



# Patientsäkerhetsberättelse för Kattrumpstullen

År  
2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-03-01

Ida Andersson och Håkan Borg

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Informationssäkerhet	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Hantering av klagomål och synpunkter	16
Samverkan med patienter och närstående	16
Sammanställning och analys	18
Resultat	18
Övergripande mål och strategier för kommande år	21

---

## Sammanfattning

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboendet har 97 lägenheter med hel-dygnsvård fördelat på fem våningar, totalt nio avdelningar. Från start har 55 lägenheter varit avsedda för personer med somatisk sjukdom och 42 lägenheter för personer med demenssjukdom. Dock genomfördes inte tanken helt och hållet, vilket innebär att Plan 3 fortfarande endast består av demensplatser. Fördelning den sista december 2017 var 45 lägenheter demens samt 52 lägenheter somatik.

Kattrumpstullen har under 2017 fortsatt att arbeta med och att utveckla ett teambaserat arbetssätt. Vi har haft planeringsdagar med samtliga avdelningar med fokus på att stärka teamarbetet. Ett nytt forum har skapats för att ytterligare stärka teamarbetet mellan arbetsledare, teamledare och sjuksköterskor. Dessa möten äger rum en ggr/mån tillsammans med chefer, äldrepedagog och silviasjuksköterska. Teamledare har även möte med chefer regelbundet varannan vecka.

För att arbeta preventivt samverkar HSL personal med de olika professionerna tillsammans med omsorgspersonalen. Fokus i samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt att identifiera risker, planera åtgärder och följa upp inom områdena nutrition, fall, trycksår, inkontinens och munhälsa. Arbetet i Senior Alert, palliativa registret och BPSD har fortsatt under 2017. Vi har även haft fokus på att teamet ska arbeta med personcentrerad omvårdnad, där vi tagit fram rutiner, tex en mötesagenda och checklista till teamkonferensen så att bemötandeplan och genomförandeplan har ett större fokus än tidigare. Vi har också vidareutvecklat vår dagplanering till att täcka hela dygnet vilket resulterat i en ny mall ”dygnsplanering” där fokus på måltider/mellanmål och nattfastan kan följas upp på ett tydligare sätt.

Under 2017 har vi fortsatt att arbeta intensivt med att ytterligare säkerställa sjuksköterskans journalföring med stöd och hjälp av dokumentationshandledare. Vi har haft möten ca: en ggr/mån för att arbeta fram en kvalitetssäker journalföring i Vodok. Vi har också startat upp en dokumentationsgrupp där personalen ska fungera som dokumentationsstöd till övriga kollegor, ta emot frågeställningar, samt återkoppla dessa till gruppen. Vi har även börjat med kollegial journalgranskning (HSL) där varje plan har fått en planering att följa vilket leder till att samtliga boende/sjuksköterskor blir granskade en ggr/år. Återkoppling från granskningen lyfter vi bland annat på ssk mötet, upp goda exempel och guidar varandra i mindre bra exempel så att vi hela tiden kan lära av det vi granskar. Ett sätt att säkerställa att dokumentationen är av god kvalitet.

---

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandepaner för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD är fortfarande under utveckling. Vi har under 2017 utbildat ytterligare BPSD administratörer för att säkerställa att det alltid finns tillgänglig kompetens på huset. Vi har skapat ett mötesforum för att BPSD administratörer ska kunna utbyta goda exempel samt handleda/guida varandra i olika svårigheter som kan uppstå. Dessa möten är inplanerade en ggr/mån och leds av silviasjuksköterskan på huset. Antal skattning-ar/registreringar följs regelbundet upp i månadsuppföljningsmallen enligt rutin.

Vi följer Norlandias koncept på 5 kvalitetsgrupper (miljö, välbefinnande, kontaktmannaskap, vård, mat och måltid). Arbetet pågår med planerade möten som sker en ggr/mån, där chef deltar. Vi har uppdaterat gruppernas medlemmar utifrån intresse och delaktighet för att på det sättet få ett större genomslag för att informationen från grupperna ska delges övriga medarbetare.

Avvikelse från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i Norlandias ledningssystem TQM, Total Quality Management med handlingsplan, uppföljning och återkoppling. I TQM registreras även avvikelser såsom tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Genom avvikelsehanteringen som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem.

När det gäller jämförelser mellan antalet avvikelser inkomna under 2016 och antalet inkomna under 2017 så kan vi göra en analys av att vi behöver fortsatt arbeta aktivt med kravet på att våra medarbetare ska dokumentera avvikelser i TQM då vi kan se en minskning på antalet inkomna avvikelser under 2017. Personal uppmanas att skriva avvikelser och allvarliga avvikelser tas upp med all personal på arbetsplatsträff eller planmöten. Under 2017 har vi inga Lex Maria ärenden. En Lex Sarah gällande en person som avvek från boendet.

Under 2017 har det inkommit ett antal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer har arbetat mycket med återkoppling till anhöriga och till personal. Klagomålen har varit av varierande karaktär. Klagomålen/synpunkterna tas även upp på APT. För att på sådant sätt få en delaktighet samt ett lärande i avvikelsehanteringen.

---

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §*

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Under 2017 har äldrepedagog och silviasjuksköterska hållit i reflektionsgrupper för personalen med utgångspunkt utifrån den nationella värdegrunden.

TQM och kvalitetsgrupperna är företagets ledningssystem för kvalitet. Under 2017 har Katrumpstullen arbetat i Norlandias ledningssystem som finns i TQM. Företagets ledning fastställer kvalitetspolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvalitén.

På Katrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen, det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet i kvalitetsgrupperna.

Under 2017 har Katrumpstullen arbetat mycket med att i arbetet med boende följa de rutiner och riktlinjer som finns. Vi även skrivit om och uppdaterat lokala rutiner och instruktioner.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

- Insatser ska vara av god kvalitet. Målet är att nyanställda samt befintlig personal har lämplig utbildning och erfarenhet.
- Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt att de har kunskaper om den nationella värdegrunden. Varje avdelning arbetar regelbundet med reflektion och handledning i värdegrundsfrågor.
- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten, teamkonferenser, teamledarmöten och arbetsplatsträffar.
- Kvalitén ska systematiskt utvecklas och säkras. Norlandias

---

kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar.

- Samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten.
- HSL-personal samt övrig personal utbildas regelbundet.
- Aktiv registrering sker i Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Vi har även anmält Katrumspullen till Svedem och kommer under 2018 att arbeta i detta register.
- Alla boende ska ha aktuella riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa.
- Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad och lämnas över till stadsdelen, på samverkansmöten.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet.

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget. Regionchef ansvarar för att följa upp varje region månadsvis. Regionchef har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Regionchef ansvarar i samråd med företagets kvalitetschef för att vid behov vidta kvalitetsåtgärder.

Företaget har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. MAS arbetar fortlopande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen och enhetscheferna ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen och enhetscheferna har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen och enhetschef för HSL-personal ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer

---

kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

På Kattrumpstullen hade verksamhetschefen Marie Tunander från 31 mars 2016 till och med, juli-17 det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårds lag (HSL) 29 §. Håkan Borg tillträder som verksamhetschef from juli-17. Enhetschef Ida Andersson har det samlade ledningsansvaret enligt hälso-och sjukvårdslagen och tillsammans med Håkan Borg chefsansvaret för omsorgspersonalen. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av cheferna och äldrepedagog och silviasjuk-sköterska.

Företaget har under året haft MAS Birgitta Wickbom utsedd för verksamheterna i Stockholm och ansvarig för regionen, dennes ansvar regleras i HSLF 2017:80 4 kap 6 §.

På Kattrumpstullen har vi i enlighet med det avtal Kattrumpstullen har med Stockholm stad/ Östermalms stadsdel bemannat verksamheten med sjuksköterskor dygnet runt, dag, kvällar, helger och nätter. Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patient-säkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur företagets rutiner för rapportering av avvikelser sker samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information ska vidarebefordras överordnad chef/regionchef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta även till vår MAS.

Kvalitetsgrupperna är verksamhetens forum där man systematiskt

---

arbetar med förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Arbetet och utveckling av kvalitetsgrupperna fortsätter.

Vid avvikelser eller ärenden som berör hela verksamheten tas detta upp på arbetsplatsträff som exempel och underlag för förbättringsförslag. Mindre allvarliga medicinska avvikelser följs upp och dokumenteras av ansvarig HSL personal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/teamledare har regelbundna rapporter/avdelningsmöten där mindre avvikelser följs upp. Avvikelser av mer allvarlig karaktär lämnas till verksamhetschef/enhetschef. Avvikelser kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitetssystem som finns i företaget. Personalen uppmanas att arbeta med och skriva avvikelser i TQM för att förbättra och säkra upp den vård och omsorg som ges.

Klagomål från boende och närstående behandlas av verksamhetschef/enhetschefer. En analys görs av klagomålet, om det är rutiner som brister, och vilka åtgärder som krävs för att det inte ska upprepas. Återkoppling ges till den person som lämnat synpunkt och klagomål. När behovet finns sker kontinuerlig uppföljning i möten med boende och/eller närstående. Rapport och översikt över klagomål görs var 4:e månad och lämnas till Östermalms stadsdel.

Uppföljning av basala hygienrutiner görs i samråd med Vårdhygien Stockholm SLL. Sjuksköterskan har till hjälp ett självskattningsmaterial för utvärdering hur de basala hygienrutinerna efterföljs. En gång om året genomgår alla medarbetare den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner.

Vid inflyttning och över tid erbjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska alla patienter preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår, inkontinens samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en hälsoplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas.

Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier. Varje enhet har en kvalitetsgrupp kopplad till hälso-och sjukvårdsfrågor, kvalitetsgrupp Vård. I denna grupp hanteras utvalda avvikelser av vikt och uppföljning av de mål som satts i HSL-arbetet. I gruppen ingår såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor och representanter för rehab. Under 2017 har vårdgruppen fokuserat på basala hygienrutiner där egenkontroller och dess underlag varit ett mätbart instrument för att kunna förbättra resultatet månad för månad.

Beskrivning av hur risker för vårdskador har hanterats i verksamheten Fallrapporter skrivs av den som upptäcker fallet och läkemedelsavvikelser skrivs i TQM av den som upptäcker avvikelserna. Samtliga HSL-



---

avvikelser ska registreras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i TQM. Riskbedömningar görs på alla boende när de kommer till Kattrumpstullen och uppdatering sker var tredje månad eller vid behov. På respektive temakonferens på varje avdelning varannan vecka följs bland annat avvikelser upp.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2*

MAS har under året i samverkan med verksamheten reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet. Lokala instruktioner och rutiner har uppdaterats och revideras regelbundet. Rutinerna är baserade på ledningssystem där vi har gjort lokala justeringar. Ledningssystemet och de lokala rutinerna stämmer mot SOSFS 2011:9. Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser samt systematiskt följt upp dessa i ledningssystemet. Vi har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår, även deltagit i registrering i Svenska HALT.

Dokumentation HSL: Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Denne har ansvaret för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Ansvariga arbetsterapeuter och sjukgymnast har samverkat med sjuksköterska samt omsorgspersonal kring de boendes patientsäkerhet. Verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska har utifrån genomförd granskning, godkänt dokumentationen av hälso- och sjukvård.

Register: Verksamheten har under år 2017 fortsatt att arbeta med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna är utbildade BPSD administratör. Under 2017 har vi arbetat i registret och med BPSD åtgärder för boende med demensdiagnos. Silviasjuksköterskan ansvarar för handledning och utbildning av befintlig och ny personal.

Fall: Arbetsterapeut och Sjukgymnast har följt upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Varje vecka har vi haft teamkonferenser med alla professioner där veckans avvikelser behandlas och följs upp. Fall registreras samt dokumenteras.

Läkemedelshantering och delegeringar: Det har under 2017 funnits en

---

tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering.

Nutrition: Kattrumpstullen har som rutin att kontrollera den boendes vikt en gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Under 2017 har Kattrumpstullen fortsatt att arbeta utifrån denna rutin. Vi har under året implementerat Norlandias rutin för nattfastemätning och utfört egenkontroller på dessa mätningar fyra gånger under 2017. Resultatet visar att vi kommer att fortsätta arbeta med detta område som ett förbättringsområde.

Munhälsa: Alla sjuksköterskor har gått utbildning i munhälsobedömning. Under 2017 har vi också utbildat omvårdnadspersonalen i munhälsa vilket bidrar till en kvalitetssäker munvård. Alla boende har anmälts in till tand-vårdsstödsenheten ”Symfoni-registret”. De boende har fått årlig munhälsobedömning samt munhälsobedömning vid inflyttning.

Vårdhygien: Kattrumpstullen har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Vi har haft särskilt utsedd hygiensjuksköterska. Viss omsorgspersonal har även fått utbildning och har ett hygienansvar på respektive enhet/avdelning.

Förändrat vårdbehov: Vid förändrat vårdbehov som exempelvis vid livets slut och ökad vårdtyngd har gjorts en analys av resursbehov gällande personal. Extra vak har satts in vid livets slut och vid behov.

Utbildning: Ytterligare en sjuksköterska har gått utbildning i palliativ vård under 2017. Två undersköterskor påbörjade Norlandias internutbildning i demens 2016 vilken fortsätter under 2017. Vi har två vårdbiträden som går på undersköterskeutbildning via Lernia under 2017.

Personalen gör årligen den webbaserade utbildningen i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuterna har utbildat personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar samt belastningsergonomi. HLR utbildning är utförd enligt rutin vartannat år. Vi har även utbildat två nya instruktörer i HLR under 2017. Övriga utbildningar vi har genomfört under 2017 är munhälsa och inkontinensvård. Vi har även haft föreläsning i demensvård av professor Margareta Skoog. Äldrepedagogen handleder personal vid behov när det gäller SOL-dokumentation. Semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Egenkontroll har genomförts under det gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av hur riktlinjer, rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Kattrumpstullen har vi under 2017 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Avvikelsehantering: Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen och enhetschefer upp och analyserar vissa allvarligare händelser, tar ställning till vilka ytterligare åtgärder som krävs. Särskilda rutiner finns i TQM för hantering av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. För Lex Maria ärenden och allvarliga avvikelser deltar MAS i utredning, analys och åtgärdshantering.

Riskbedömningar: Regelbunden egenkontroll görs för genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per enhet/plan.

Hygien: Verksamheten har sjuksköterskor med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Verksamheten har avtal med Vårdhygien. Hygienrund är inte genomförd under 2017. Egenkontroll utförs gällande förutsättningar och följsamhet av basala hygienrutiner.

Livsmedelshygien: Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshanteringen och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

Infektionsregistreringar: Har gjorts månadsvis och sammanställs i slutet på varje månad i månadsuppföljningsmallen som företagets MAS följer upp regelbundet.

Senior Alert: Riskbedömningar och åtgärder samt uppföljningar dokumenteras i registret.

---

Palliativa registret: Samtliga avlidna registreras.

BPSD registret: Boende med demensdiagnos skattas och registreras minst 1 ggr/år eller vid behov. Bemötandeplaner upprättas. Regelbunden uppföljningen sker.

Kvalitetsgranskning av läkemedel: En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Ingen granskning under 2017 dock är en apoteksgranskning planerad till februari 2018. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshanteringen upplevs mycket väl fungerande. Resultat/återkoppling av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten.

Dokumentation: Företagets MAS genomför granskning av HSL journaler varje år. Egenkontroll av verksamhetens HSL journaler granskas också parallellt genom kollegial granskning samt av enhetschef. Enhetschef för HSL ska genomföra loggkontroll. Loggkontroller är utförda enligt rutin under 2017, resultatet är återkopplat till MAS.

Klagomål och synpunkter: Alla kunder, anhöriga, närstående och personal informeras vid ankomstsamtal om att de kan lämna in synpunkter för att förbättra verksamheten. På varje avdelning samt i entrén finns blanketter och brevlådor där synpunkter kan lämnas in. Inkomna synpunkter följs upp och återkopplas till synpunktslämnaren av verksamhetschef/enhetschef.

Kvalitetsgrupper Norlandia: Består av fem grupper, vård, mat och måltid, kontaktmannaskap, välbefinnande och miljö. Förslag från medarbetare, avvikelser, synpunkter från närstående och boende sorteras till respektive område och gruppen analyserar alla förslag som kommer in, och föreslår förbättringar. Grupperna kan besluta själva om förbättringar i kontakt med verksamhetschef eller enhetschef.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse: Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. På Kattrumpstullen har vi läkarorganisationen Legevisitten som

---

ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna möten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna möten där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras.

Samverkan med sjukhus: Sjuksköterskan har ansvarat för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan har också ansvarat för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om boende har haft pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsatta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information. När en boende har skickats in till sjukhus skickas information med gällande den boende. Information som då skickas med är: slutanteckning, ordinationshandlingar samt en akutremiss (gäller akut) där aktuellt status, allergi, läkarfrågeställning och aktuella telefonnummer och adresser. Telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende har följt med och lämnat uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Vid utskrivning från sjukhus har sjuksköterskan kontrollerat att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnads- och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Samverkan med uppdragsgivare: Regionchef, verksamhetschef, enhetschefer och MAS har under 2017 haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren, där man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då allvarligare händelser inträffat eller särskilda synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Kattrumpstullen har samverkan under 2017 fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom två samverkansmöten, avtalsuppföljning under våren 2017 och samt två samverkansmöten under hösten. De avvikelser som framkommit har det arbetats aktivt med.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten: Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Kattrumpstullen har de legitimerade medarbetarna tillsammans med omvårdnadspersonalen kontinuerligt haft uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner

---

och ordinationer. Vidare har Kattrumpstullen haft regelbundna temakonferenser tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson och siliviasjuksköterska (demensavd). Samverkan runt patienten har fungerat bra, men vi har under året valt att utveckla dessa temakonferenser genom att arbeta med ”veckans boende” där vi har tagit fram rutiner och checklista för att säkerställa att den boende får en patient och kvalitetssäker omvårdnad. Omvårdnadspersonalen har haft tät kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontaktar sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov har jourläkare kallats till boendet. Under 2017 har Kattrumpstullen genomfört två boenderåd, två på våren och ett på hösten. Intresset från våra boende har varit stort. Deltagande från ledning i boenderådet har varit verksamhetschef, äldrepedagog och enhetschef.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde är Senior Alert, Palliativa Registret och BPSD-registret. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den boende leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Alla boende är registrerade i Senior Alert, där analys görs. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssymtom registreras i registret för BPSD. Ansvarig för registrering i Senior Alert är Sjuksköterska samt Fysioterapeut och Arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är Sjuksköterska. BPSD-registret registreras av dem som är utbildade BPSD-administratörer, dessa kan vara sjuksköterska eller Undersköterska/Vårdbiträde. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering.

Riskanalys vid verksamhetsförändringar: Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts riskanalys inför sommarensamt Jul/Nyår med semestrar.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2017 fyra gånger sammanställt en rapport till varje samverkansmöte med inkomna synpunkter/klagomål. Dessa lämnas vid samverkan över till stadsdelen och det görs en bedömning om det finns någon övergripande brist i verksamheten. Klagomål, synpunkter och avvikelser lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

---

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vi arbetar aktivt med att göra olika sorters riskanalyser både i boendes hem, för att minimera att boende samt personal utsätts för olika faror eller risker. Men även att sjuksköterskor gör riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Samtliga sjuksköterskor har verktyget SBAR och arbetar aktivt med det exempelvis på rondan.

Vi genomför loggkontroller och granskar boendes journal för att se att det dokumenteras och påtala eventuella brister men även följer upp och granskar journaler för att se att det dokumenteras och håller en god kvalitet.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Rapportering av händelser/ Avvikelser: Alla medarbetare har kunskap om hur våra rutiner för rapportering av avvikelser ska ske samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare ska göras. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

På Kattrumpstullen har under 2017 hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterat risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada i enlighet med de riktlinjer för avvikelsehantering som finns i ledningssystemet. MAS är delaktig i dessa avvikelser och går regelbundet igenom avvikelserna i TQM tillsammans med chefer och avslutar dessa.

Nyanställda har fått information om arbetet med avvikelser inklusive rutiner för Lex Sarah och Lex Maria.

Uppföljning: Sjuksköterska följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs. Sjukgymnast/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och sjukgymnast är processansvarig för samtliga fall. Ansvarig sjukgymnast återkopplar dessa fall till ansvarig sjuksköterska. Sjukgymnast/arbetsterapeut tillsammans med teamet ansvarar sedan för uppföljning och fallpreventiva åtgärder.

---

Vid allvarlig händelse kontaktas MAS. Se Ledningssystemet TQM samt dokument Lex Maria samt Lex Sarah ger vidare instruktioner gällande detta.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

Alla medarbetare har kunskap om Kattrumpstullens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd har skett inom kort tid utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen, enhetschefer och legitimerade medarbetare har informerats snarast. Om klagomålet bedömts som allvarligt har det rapporterats direkt till överordnad chef, MAS och uppdragsgivaren.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten har lämnats till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan även lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i foajén eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef. Under 2017 har vi tagit emot synpunkter/klagomål från ett fåtal anhöriga.

Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal. Synpunkter och klagomål kan alltid tas upp på samverkansmötena med stadsdelen. Allvarligare synpunkter/klagomål rapporteras utan dröjsmål till stadsdelen. Synpunkter och klagomål från närstående och boende har hanterats på olika nivåer beroende på om klagomålet/synpunkten rört hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten har fått återkoppling. MAS har informerats om synpunkter och klagomål som rör HSL.

Klagomål och synpunkter ses alltid som ett led i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete och hanteringen av klagomål/synpunkter ska alltid syfta på att rätta till eventuella systemfel.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På Kattrumpstullen fortsätter vi att samverka med boende och närstående. Vi har under 2017 utarbetat en ”välkomstmapp” där vi samlat



---

all information som kan vara bra att ha vetskap om när man ska flytta in på Kattrumpstullen. Nytt är också att vi erbjuder ett uppföljningssamtal inom 2–4 veckor efter ankomstsamtalet. Vi tror att detta gynnar samverkan mellan oss och våra boende och dess anhöriga då vi upplever att boende och anhöriga har mycket frågor initialt, och behöver ta del av information som kan spridas över tid då frågor ofta uppkommer i efterhand. Detta är ett sätt för oss att fånga upp boendes och anhörigas tankar och frågeställningar i ett tidigt skede. Anhöriga uppmuntras till att aktivt delta i vårdplaneringar. Genom väl genomarbetade genomförandeplaner i samarbete med boende och närstående främjas samverkan. Vid behov har sjuksköterska och kontaktperson möte, med boende och/eller anhöriga. Den boende avgör själv vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Ingen information ges utan att först ha den boendes godkännande.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och avdelning. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd. Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig dagligen. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan närstående och läkare.

De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Under året har vi fortsatt haft boenderåd. I boenderådet har deltagandet varit stort. Det förs samtal om den boendes upplevelser av den vård och omsorg som bedrivs på enheten. Minnesanteckningar har förts, de förbättringsförslag som tas upp har vi arbetat vidare på. Vi har även ett förtroenderåd på verksamheten som ska bestå av chefsrepresentanter från enheten, en representant från stadsdelen, representanter från Pensionärsrådet i stadsdelen, politiker från stadsdelen och närstående. Det har under 2017 varit svårt att få medlemmar till rådet, dock har vi haft deltagande från politiker under hösten 2017. Rekrytering av anhöriga pågår regelbundet. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats fyra gånger under året.

Vi har även fortsatt med våra anhöriggrupper under året. Dessa leds av vår Silviasjuksköterska samt av vår Äldrepedagog. Grupperna har haft

---

möten varje månad med ett tema varje gång.

Verksamhetschefen har under 2017 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet har innehållit kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utretts, analyserats och återkopplats av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras allvarligare och generella klagomål och synpunkter på ar-betsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter kan diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehabmöten och avdelningsmöten. Vi följer de mål och riktlinjer som har satts upp.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Strukturmått: Samtliga avdelningar har under 2017 haft planeringsdagar med fokus på teamarbetet.

Utbildning i förflyttningsteknik ges årligen till all personal.

Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner genomförs årligen av medarbetare.

Två sjuksköterskor och två undersköterskor har gått utbildning i palliativ vård i stadens regi.

Två sjuksköterskor har under året gått utbildning i nutrition och måltider ur ett omvårdnadsperspektiv 7.5 Högskolepoäng.

Två sjuksköterskor har utbildats till HLR instruktörer under året.

Processmått: Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och sedan löpande och vid behov för alla våra boende. Riskbedömningarna uppdateras var tredje månad eller oftare samt vid behov.

Arbete fortgår med Palliativregistret, Senior Alert och BPSD. Senior

Alert uppdateras var 6:e månad, åtgärder utvärderas var 3:e månad.

Genomförandeplaner skrivs vid inflyttning och uppdateras var tredje månad eller oftare vid behov.

Läkarorganisationen Legevisitten som har läkaransvaret genomför läkemedelsgenomgångar enligt regelverket.

Enhetschefer gör egenkontroller gällande vårdhygien.

Resultatmått:

<b>Frågeställning</b>	<b>Antal/år</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner		72	59
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten		Totalt antal avlidna patienter 2016: 46 stycken. Registrerade 18	Totalt antal avlidna patienter 2017: 36 stycken. Registrerade 19
Antal registrerade patienter i Senior Alert	97 boende	100 riskbedömn. 63 åtgärder 54 uppföljningar	103 riskbedömn. 122 åtgärder 56 uppföljningar
Antal Lex Maria/Lex Sarah		3	1
Antal ärenden till IVO			
Antal ärenden från Patientnämnden		0	0

**Antal avvikelser gällande Hälso-och sjukvård**

<b>Frågeställning</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Läkemedel totalt reg i Vodok</b>		
Hantera läkemedel säkert		27
Utebliven dos	12	7
Dubbel dos	1	0
Felaktigt iordningsställande	3	0
Utebliven signering	0	20
<b>Fall (registrerade i Vodok)</b>		
Fall i verksamheten	131	103
Frakturer pga. fall	5	7
<b>Synpunkter och Klagomål</b>		

---

Inkomna synpunkter/klagomål	20	23
-----------------------------	----	----

### Måluppfyllelse:

Övergripande mål:

- Äldre har en meningsfull tillvaro
- Äldre är delaktiga i utformningen av sin livssituation
- Äldre är självständiga utifrån sin förmåga
- Äldre är trygga

Dessa mål mäts med hjälp av brukarenkäten. Kattrumpstullen arbetar ständigt för att de äldre ska känna att de är delaktiga i utformningen av sin egen vård och omsorg.

Mål satta i verksamheten för 2017

1. Fortsätta registrering i Senior Alert, Palliativregistret och BPSD, Svedem samt utveckla och analysera resultatet
2. Utveckla samarbetet i teamet runt den boende.
3. Utifrån resultatet i granskningar av dokumentation utveckla kvalitetsarbetet
4. Arbete med vårdhygien genom hygienutbildning för all personal samt införande av hygienronder samt självskattningar och observationer.

### Resultatet:

1. Aktiv registrering har skett i Senior Alert och Palliativa registret. Det har utvecklats teammöten där HSL personal och omsorgspersonal samverkar för att öka patientsäkerheten. Alla boende har riskbedömningar upprättade inom 14 dagar. BPSD arbetet fortsätts att utvecklas. All personal som arbetar med demenssjuka har fått utbildning i BPSD.
2. Samarbetet i teamen utvecklas ständigt. Vi har haft planeringsdagar med samtliga avdelningar där fokus har varit att stärka teamarbetet genom att tydliggöra skillnaden mellan att vara en grupp och att vara ett team. Under 2017 har teamkonferenserna utvecklats ytterligare genom att det har obligatoriskt att kontakt-personen deltar vid träffen.
3. Kvalitetsarbetet har utvecklats under året. Efter avtalsgranskning är

---

bedömningen från MAS på Östermalms sdf att Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har förutsättningar för att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten.

4. All personal genomför regelbundet hygienutbildning. Utbildningarna sker fortlöpande. Självskattningar i form av egenkontroller av förutsättningar för basala hygienrutiner samt följsamhet av detta har gjorts.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Dokumentation: Fortsatt arbete med att upprätthålla en god och kvalitetsäker dokumentation i Vodok. Ett vägledande/uppföljande arbete från dokumentationsgruppen. Fortsätta den kollegiala journalgranskningen utifrån mallar framtagna av MAS samt följa upp tankar och förbättringsområden utifrån granskning. Implementera och börja arbeta aktivt med ”att göra listan” i Vodok. Vi kommer även att arbeta aktivt med att höja kvaliteten i genomförandeplaner och i dokumentationen i Parasol. MAS och äldrepedagog kommer att utbilda personalen i hur man skriver en genomförandeplan och vad som ska stå i plan och vad som ska stå i journalen.

Riskbedömningar: Alla boende ska ha en riskbedömning i Vodok. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, inkontinens och munhälsa samt uppdaterade hälsoplaner i de fall risker upptäcks. Riskbedömningarna kopplas till Senior Alert

Strategi: Som en egenkontroll utförs regelbundna stickprov på riskbedömningar i VODOK. Detta för att säkerställa att de är uppdaterade och aktuella. Sjuksköterskorna har som arbetsuppdrag att uppdatera riskbedömningarna var tredje månad el vid behov.

Register: Att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Boende med de-menssjukdom registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera i Senior Alert.

Strategi: Koordinator för de olika registren är Kattrumpstullens silviasjuksköterska. Hon ansvarar för att behörig personal får behörighet och inloggningsuppgifter.

---

BPSD: Målet inom demensvården på Kattrumpstullen är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandepå plan för alla boende med demenssjukdom.

Strategi:Handledning av Silviasjuksköterska görs på demensavdelningar och vid behov även på somatiska avdelningar.

Trycksår och sår: Att registrera antalet uppkomna sår på enheten samt att aktivt arbeta förebyggande.

Strategi: Ställningstagande till eventuellt insättande av avlastande luftmadrass vid inskrivning om det finns risk för trycksår. Genom att identifiera olika riskområden för varje individ minimeras risken för trycksår.

Avvikelse, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag: Uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser och synpunkter.

Strategi: Införandet av TQM har tagit tid, men vi upplever under året att det skrivs fler avvikelser och att vid olika diskussionsforum tas frågan upp om avvikelser är inskrivna i TQM eller inte, vilket visar på en större medvetenhet hos personalen för vikten av hantering av avvikelsemodule. Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper uppmuntras personalen att skriva avvikelser och att vi ser det som en viktig del i kvalitetsarbetet samt att vi använder oss av informationen för att kunna skapa nya rutiner och utveckla kvalitetsarbetet. Vissa avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar som exempel på händelser som har inträffat och för diskussioner om det som skett. Närstående/boende får information vid inflyttning om var man lämnar klagomål samt vikten av att Kattrumpstullen får in synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevlådor där man anonymt kan lämna synpunkter.

Kvalitetsgrupper: Kvalitén ska systematiskt utvecklas och säkras under kommande år. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi: Mötesagenda finns för hela året. Varje personal ska själv planera in sitt möte. Synpunkter och förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig kvalitetsgrupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på dessa möten. Minnesanteckningar finns tillgänglig i en pärm där alla kan ta del av informationen från respektive kvalitetsgrupp.

Utbildning: Insatser ska vara av god kvalitet. Vårt mål är att all personal har lämplig utbildning och erfarenhet. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kunskap och kompetens som krävs, samt

---

kunskaper om den nationella värdegrunden.

**Strategi:** Varje avdelning ska ha handledning utifrån värdegrunden varje månad. Demensutbildning och handledning sköts av Silviasjuksköterska. Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner, planerad utbildning i basala hygienrutiner och dess smittspridning under 2018 av hygiensjuksköterska på Vårdhygien. Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia. Vi kommer även att upprätta en utbildningsplan för 2018 där samtliga utbildningar sammanställs utifrån personalen och ledningens behov och önskemål.

**Ledningssystem:** Katrumpstullen ska fortsätta med kvalitetsarbetet utifrån det nya ledningssystem TQM. Utbildning och handledning i TQM ska ske fortlöpande under året med de som behöver mer utbildning i TQM samt med nyanställda medarbetare. Alla nya lokala rutiner, instruktioner och manualer ska fortsättas att läggas in i ledningssystemet för åtkomst.

**Strategi:** Utbildning i TQM ska fortgå under året.

**Samverkan:** Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten samt med Vårdhygien SLL. Fortsatt arbete med att arbeta för god intern samverkan mellan de olika yrkeskategorier inom Katrumpstullen.

**Strategi:** Avtalet och samarbetet med Vårdhygien fortsätter. Fortsatt samarbete med läkarorganisationen Legevisitten görs genom i förväg planerade kontinuerliga samverkansmöten. Vi kommer också att ha samverkans-möten med ansvarig läkare och med våra sjuksköterskor regelbundet ca en ggr/mån. Katrumpstullen fortsätter att arbeta med att säkra teamarbetet runt den boende genom samverkan mellan yrkeskategorierna, exempelvis teamkonferensen, HSL-möten samt samverkan mellan teamledare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

**Egenkontroller:** Fortsätta att kvalitetssäkra egenkontroller.

**Strategi:** Att arbeta enligt upprättat årshjul för egenkontroller. Dessa är: infektionsregistrering, läkemedelsgenomgångar, kvalitetsregister, hygienrond, läkemedelsgranskning, basal hygien, avvikelser, delegeringar, MTP och journalgranskning. Enhetschef HSL utför även löpande egenkontroller på signeringslistor för läkemedel, narkotikajournaler, luftmadrasser och nattfasteregistreringar.