



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

20210226

Håkan Borg och Ida Andersson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har 97 lägenheter med hel- dygnsomsorg fördelat på fem våningar, nio avdelningar. Våningsplanen är uppdelade i två enheter med åtta respektive tretton lägenheter på varje sida. De som bor på boendet har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen och den övervägande delen är insatser enligt SoL. Kattrumpstullen bedriver både somatisk och demenssjukvård.....	3
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Patienters och närståendes delaktighet.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Egenkontroll.....	12
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	13
Riskanalys.....	15
Utredning av händelser - vårdskador.....	15
Informationssäkerhet.....	16
RESULTAT OCH ANALYS.....	16
Egenkontroll.....	16
Avvikelser.....	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador.....	21
Riskanalys.....	21
Mål och strategier för kommande år.....	22

Sammanfattning

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har 97 lägenheter med hel-dygnsoomsorg fördelat på fem våningar, nio avdelningar. Våningsplanen är uppdelade i två enheter med åtta respektive tretton lägenheter på varje sida. De som bor på boendet har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen och den övervägande delen är insatser enligt SoL. Kattrumpstullen bedriver både somatisk och demenssjukvård.

År 2020 blev ett år som ingen av oss väntat, dock har vi under åren som gått arbetat genom att förbereda oss utifrån grunder som varit av största vikt i en situation som pandemin kräver av oss. Att vår personal har fått använda sig av all den kunskap och kompetens som de besitter är utan tvekan. Att arbeta utifrån organisation och struktur är något som vår personal är vana vid, men att ställa om och utsättas dagligen av utmaningar och svårigheter har skapat frustration hos samtliga medarbetare, men genom planering av bemanning och andra strategier som tex skapa ett lugn, trygghet samt hålla oss ajour med senaste informationen har gjort så att personalen har kunnat fokusera på att säkerställa den kvalitet och patientsäkerhet som krävs.

Utifrån den information om gällande situation, har vi haft regelbunden handledning och uppföljning samt skapat en strategi som hjälpt oss igenom denna svåra period. Tillsammans har vi arbetat aktivt med att säkerställa att vi har den kunskap och aktuell information om hur viruset Covid-19 ska hanteras, och genom det i möjligaste mån förhindra smittspridning mellan personal och boende.

Många av de satta målen för 2020 har fått stå åt sidan för hantering av smittan. Upplevelse har dock visat att det goda teamarbete vi har arbetat med de senaste åren har gett resultat då vi ser att vi tillsammans har kunnat hantera en pandemi i en skör utsatt miljö. Vi har haft god följsamhet till framtagna rutiner och riktlinjer, vilket gjort situationen hanterbar.

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 2020 med gott resultat. Vi fortsätter arbetet med att teamet ska arbeta med personcentrerad omvårdnad utifrån ett salutogent arbetssätt där vi utifrån redan framtagna rutiner arbetar med dokumentation utifrån IBIC- (individens behov i centrum).

Arbetet med den kollegiala journalgranskningen (HSL) har pågått under 2020 där varje plan har fått en planering att följa vilket leder till att samtliga boende/sjuksköterskor blir granskade en gång/år. Återkoppling från granskningen lyfter vi på HsL- mötet, och belyser goda exempel. Ett sätt att säkerställa att dokumentationen är av god kvalitet. Analys och resultat återkopplas årligen till Norlandias MAS men även i uppföljningsprocessen i samarbete med Östermalms Sdf. Loggkontroller har utförts enl rutin under 2020 och resultat har återkopplats till MAS.

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötande-planer för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD utvecklas löpande vilket bidrar till ett aktivt lärande. Under 2020 har arbetet med BPSD utgått från en dokumenterad handlingsplan utformad utifrån behov. I mötesforum för BPSD administratörer som sker regelbundet arbetar vi tillsammans för att säkerställa att de åtgärder vi använder i de boendes bemötandeplaner ger det önskvärda resultat som boende behöver för att kunna leva ett gott liv. Vi arbetar även med att delge alla goda exempel samt handleda/guida varandra i olika svårigheter som kan uppstå. Dessa möten är inplanerade en gång/mån och leds av silviasjuksköterskan på huset. Antal skattningar/registeringar följs regelbundet upp i månadsuppföljningsmallen enligt rutin.

Vi följer Norlandias koncept på 5 kvalitetsgrupper (miljö, välbefinnande, kontaktmannaskap, vård, mat och måltid), dock har detta arbete fått stå åt sidan pga annat fokusområde kring hantering och förhindra smittspridning av covid-19.

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 avvikelshantering som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroller. Riskerna för ev vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem.

Under 2020 har det inkommit ett få antal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer arbetar regelbundet med återkoppling till anhöriga och till personalen. Klagomålen/synpunkterna tas upp på aktuell avdelning där klagomålet uppkommit men även på APT för att undvika klagomål av samma karaktär på andra avdelningar. Klagomål och synpunkter redovisas regelbundet på samverkansträffar med SdF Östermalm.

Övergripande mål och strategier

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

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina personliga villkor och behov.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i TQM. TQM är företagets ledningssystem för kvalitet där de fem kvalitetsgrupperna har en stor roll för hur kvalitetsarbetet löper på. 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 Kattrumpstullen 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.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

Sjukskötersketätheten på Kattrumpstullen är hög (vi följer gällande avtal), vi kan även välja att bemanna upp extra om vi anser att behov finns för att säkerställa patientsäkerheten över dygnet.

Resultat: Då vi har bra rutiner och ett tydligt strukturerat arbetssätt så är det också lättare att rekrytera sjuksköterskor till boendet. Vi har tillgång till vikarier som är återkommande vilket i sin tur kvalitetssäkrar omvårdnaden, då dem har kännedom om boende, rutiner och riktlinjer.

· Hälso- och sjukvårdsinsatser ska vara av god kvalitet. Målet är att nyanställda samt befintlig personal har lämplig utbildning och erfarenhet.

Resultat: Vi följer vår utbildningsplan och registrerar all utbildning i vårt personalsystem. Vi har under året arbetat aktivt med att säkerställa att personal har tillräcklig kunskap och aktuell information om hur viruset fungerar och agerar, samt utfört de webbutbildningar som rekommenderats gällande basala hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial och hur vi ska arbeta för att förebygga smittan mellan boende och personal. Inom företaget har det tillkommit nya rutiner samt reviderat gamla gällande hantering av smitta osv. Ett samarbete med vårdhygien har också kunnat erbjudas personal med utbildning om dess smittvägar. Att arbeta utifrån kohortvård, planering/placering av bemanning/personal har varit en bidragande strategi till att kunna begränsa smittspridningen mellan boende och personal, samt att vi började arbeta med visir och munskydd som en ytterligare strategi för att begränsa smittspridning samt ett väl fungerande samarbete med smittspårningsenheten för att identifiera smittad personal i ett tidigt skede har även kunnat vara bidragande. Även att i ett tidigt skede införa låst entredörr med tillhörande instruktioner för att begränsa och aktivt styra mötet med anhöriga och närstående på respektive avdelning har gett resultat, och även besöksstopp när väl det infördes på regeringsbeslut kan ha hindrat en spridning. Initialt när smittan kom in i vår verksamhet hade vi dagliga informationsmöten för all personal för att kunna ge personalen stöd och sprida aktuell information, utbilda i basala hygienrutiner och påtala vikten om att hålla hygien i vår närmiljö och på tagytor samt att följa de riktlinjer som följde från folkhälsomyndigheten och regionen. Vi har arbetat med stängda dörrar till avdelningarna vilket medfört ett minimerat spring” mellan avdelningar för att på så sätt begränsa smittspridning. Som chef och ledare försökte vi redan från början av utbrottet vara tillgängliga för att säkerställa att skyddsmaterial fanns tillgängligt samt svara på frågor, handleda och följa upp dagligen på de avdelningar där det ev fanns smitta. Syftet var att personalen skulle känna trygghet och att få chans att ställa frågor som uppkommer under tid, få information och handledning i en svår situation som var/är ny för oss alla. Att arbeta med frågor som rädsla” har varit ett ständigt aktuellt ämne att diskutera

och handleda kring. Det som har varit en utmaning initialt är att vi fick ny information dagligen och detta har följt med under hela denna period genom att vi har fått vara flexibla i att ändra och revidera i vår plan för att säkerställa att vi arbetar på rätt sätt.

· 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.

Resultat: Vi ser att fler medarbetare tar ett större ansvar att söka information i TQM för att kunna säkerställa att det arbetar utifrån aktuella riktlinjer och rutiner. Dock behöver vi fortsätta att uppmuntra och handleda medarbetare till att söka information i vårt ledningssystem.

· Kvalitén ska systematiskt utvecklas och säkras. Norlandias kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar. Det lokala kvalitetsteamets arbete går ut på att säkerställa att våra 5 kvalitetsgrupper arbetar med avvikelser och förbättringsarbeten samt att rutiner följs upp och arbetas vidare med. Det lokala kvalitetsteamet träffas för utvärdering en ggr/mån tillsammans med verksamhetschef.

Resultat: Under året har arbetet med våra kvalitetsgrupper fått stå åt sidan då vi fokuserat på att inte sammankalla personalen i grupper för att på sätt hindra smittspridning. Arbetet med våra kvalitetsgrupper har inte varit fullt ut aktiva även om vår mat och måltidsgrupp samt välbefinnande gruppen har arbetat med aktuella ärenden för att i en svår tid ändå utveckla det ”goda” i vardagen. Mat och måltidsgruppen har kunnat följa upp och säkerställa att vi följer riktlinjer kring nattfasta för våra äldre.

· Samverkan har pågått mellan HsL och läkarorganisationen Capio Legevisitten. Vi träffas på samverkansmöten för att kunna diskutera kring utveckling av patientsäkerheten. Ett byte av läkare har skett under året.

Resultat: Målet att öka tillgängligheten av läkare på boendet har vi arbetat aktivt med, där vår nya läkare har utfört regelbundna hembesök för de kliniska bedömningar och kontakt med anhöriga. Vi har fått regelbunden återkoppling från samverkansmöte med legevisitten och vår MAS gällande hantering av smittan och hur dess förebyggande arbete ska planeras i samråd.

· Aktiv registrering sker i kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Under 2020 har vi fokuserat på att följa upp planerade/utförda åtgärder i Senior Alert. Även arbetat aktivt för att säkerställa att samtliga avlidna på Kattrumpstullen ska vara registrerade i Palliativa registret. Vi har även anmält Kattrumpstullen till Svedem och kommer under 2021 att påbörja arbeta i detta register. Årlig granskning och uppföljning via verktyget QUSTA av Östermalms sdf.

Resultat: Gott resultat på antal registrerade i kvalitetsregister som Senior Alert, antal uppföljningar av planerade/utförda åtgärder i Senior Alert under 2020 har ökat jämförelsevis med 2019. Regelbundna registreringar i BPSD rapporteras månadsvis. Fortsatt arbete med att öka antalet registreringar i palliativa registret. Godkänd uppföljning av QUSTAN av Östermalms Sdf.

· Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa och Nikola.

Resultat: Gott resultat på antal boende med aktuell riskbedömning i Vodok.

-Alla delegeringar ska uppdateras med kunskapstest och webutbildning ”att jobba säkert med läkemedel” 1 gång/år

Resultat: God följsamhet i uppföljning av delegeringar.

-Egenkontroller utförs regelbundet av enhetschef

Resultat: God följsamhet i uppföljning av egenkontroller. Resultat överförs till Norlandias månadsuppföljningsmall som granskas av företaget MAS med återkoppling.

· 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.

Organisation och ansvar

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

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 kvalitén i varje enskild verksamhet. Regionchef ansvarar i samråd med företagets kvalitetschef för att vid behov vidta kvalitetsåtgärder.

Företagets 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 fortlöpande 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 finns verksamhetschef som har de övergripande ledningsansvaret samt två enhetschefer som har det samlade ledningsansvaret kring hälso- och sjukvårdslagen samt kring SoL och chefsansvaret för omsorgspersonalen. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av de tre cheferna och äldrepedagog och silviasjuksköterska.

Företaget har en MAS 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 patientsäkerhet 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. Kattrumpstullen har ett nära samarbete med SLL vårdhygien när det gäller frågor som ev behöver förtydligas och arbetas vidare med.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Det förebyggande arbetet och identifieringen av risker involverar hela teamet kring den boende. Vi ser att omvårdnadspersonalen har en mycket viktig uppgift att observera risker eftersom de arbetar nära den boende. Vi arbetar därför aktivt med våra teamkonferenser där samverkan i teamet (ssk, At, Sg och usk ev chef) har en betydande roll kring det förebyggande arbetet med trycksårskick, fallrisk, undernäring och munhälsa.

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 Catio Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna samverkansmöten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna veckovisa teamkonferenser 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 enl S-BAR. 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 ordinationshandlingar samt en akutremiss (gäller akut) där aktuellt status, allergi, läkarfrågeställning och aktuella telefonnummer och adresser. Informationsöverföring sker via läsbehörighet i Take Care.

Samverkan med uppdragsgivare: Regionchef, verksamhetschef, enhetschefer och MAS har under 2020 haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren, där man under året har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det sker en omedelbar återkoppling ifall allvarligare händelser inträffar eller särskilda synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Kattrumpstullen har samverkan fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom samverkansmöten under året samt en avtalsuppföljning under hösten 2020. De avvikelser som framkommit har vi arbetat aktivt med.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten: Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadspersonalen kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Vidare har personalen haft regelbundna temakonferenser tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson och silviasjuksköterska (demensavd). Vi har reviderat rutiner ytterligare för att säkerställa att den boende får en patient och kvalitetssäker omvårdnad. Vi har även valt att behandla boendes genomförandeplan på dessa teamkonferenser för att säkerställa att planen är aktuell och uppdaterad utifrån status och behov/önskemål hos boende. 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.

Samverkan med den mobila tandvården Oral Care sker gällande munhälsobedömningar och även tandläkarinsatser och rådgivning om munhygien. Oral Care utför även utbildning för personalen i munhälsa och kommer även fortsätta med detta framöver.

Samverkan med Apoteket gällande kvalitetskontroll och granskning av läkemedelshantering sker enl plan

Kattrumpstullen har även tillgång till en dietist om behov uppstår.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning bjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med kontaktperson in den boende och dess anhöriga till ett inflyttning/välkomstsamtal. Där diskuteras bland annat hur samverkan ska ske under vårdtiden.

Vårt samlade dokument ”Välkomstmappen” som boende och anhörig får vid inflytt fungerar som ett bra underlag för att skapa trygghet och få insikt om hur verksamheten fungerar samt få en bild av vad vi erbjuder den äldre inom vård och omsorg. Vi erbjuder även ett uppföljningssamtal inom 2-4 veckor. Vi tror att detta gynnar samverkan mellan oss och våra boende och dess anhöriga då vi upplever att boende och anhöriga har många 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 uppföljningsmöte kring den äldre. För att öka de anhörigas delaktighet och inflytande över genomförandeplanen förvaras den inne i den boendes lägenhet (om boende samtycker). Vid behov erbjuder sjuksköterska och kontaktperson möte med boende och/eller närstående. 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 ”välkomstmappen”. Där finns namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och avdelning. I välkomstmappen 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 två dagar/vecka och däremellan dagligen/telefon. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan anhörig och läkare.

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

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 varit svårt att få medlemmar från anhörigrepresentanter till rådet, dock har vi haft flerfaldigt deltagande av politiker under 2020. Rekrytering av anhöriga pågår regelbundet. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats tre gånger under året.

Då vi har drabbats av smittan i samhället så har vi valt att inte träffas i våra anhöriggrupper under året. Vanligtvis har grupperna haft 2 möten/termin med olika tema tex nationella värdegrunden och den palliativa vårdfilosofin. Ombudens uppgift är att utveckla stödet till anhöriga.

Verksamhetschefen har under 2020 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal har rapporteringsskyldighet när de upptäcker en avvikelse eller ett tillbud. Genomgång med personal om rapporteringsskyldigheten genomförs vid nyanställning.

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 2020 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. Processansvariga (medarbetare ur ledningsgrupp samt sjukgymnast) analyserar regelbundet inkomna avvikelser samt beslutar om åtgärdsansvarig samt avslutar händelser vartefter. Vid allvarliga risker eller vårdskador är MAS delaktig och går regelbundet igenom dessa avvikelser i TQM tillsammans med chefer och avslutar dessa.

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

Uppföljning: Sjuksköterska/Fysioterapeut följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs.

Sjukgymnast/Fysioterapeut/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och fysioterapeuten är processansvarig för samtliga fall. Ansvarig fysioterapeut återkopplar dessa fall till ansvarig sjuksköterska. Fysioterapeut/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.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna klagomål och synpunkter registreras i ledningssystemets avvikelsemodul. Verksamhetschef gör kvartalsvis en analys av det som inrapporterats för att ta fram statistik, kunna se trender och göra analyser av orsaker. Utifrån analysen tas sedan fram förbättringsförslag och åtgärder för verksamheten. 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.

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 2020 har vi tagit emot synpunkter/klagomål som dokumenterats och utretts i TQM. Synpunkter och klagomål tas alltid upp på samverkansmötena med stadsdelen.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 ggr/år	Qusta Östermalms sdf
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	1 ggr/år	Hogia
Självskattning/följsamhet i Basala hygienrutiner och klädregler	5 gånger per år	PPM databas, Årshjul Norlandia, månadsuppföljningsmallen
Avvikelse sammanställning och analys	4 gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Händelsemodulen i TQM

Avvikelsehantering	1 ggr/vecka	TQM
Punktprevalensmätning	2 ggr/år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion och skyddsåtgärder
Trycksår	1 ggr/mån och 2 gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Senior alert, PPM
HsL journalgranskning	1 ggr/mån	Protokoll/ Månadsuppföljningsmallen
Delegeringar	4 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen
Narkotikajournaler	1 ggr/mån	Protokoll
Nattfasta	4 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Händelsemodulen i TQM
Palliativa registret/Senior Alert	1 ggr/mån	Månadsuppföljningsmallen
Antal Lex Maria/Lex Sarah samt ärenden till IVO, Patientnämnden	1 ggr/mån	Händelsemodulen i TQM
Kontroll av registrering i palliativa registret	1 ggr /mån samt uppföljning 2 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under år 2020 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom att aktivt rapportera olika händelser i TQM samt med systematik följa upp dessa i systemet. Analys och sammanställning av händelser sker kvartalsvis för att uppmärksamma trender.

Lokala instruktioner och rutiner har uppdaterats och revideras enl rutin. Rutinerna är baserade på ledningssystem där vi har gjort lokala justeringar. Ledningssystemet och de lokala rutinerna stämmer mot SOSFS 2011:9. Vi har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

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 2020 fortsatt att arbeta med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna är utbildade BPSD administratörer. Vi arbetar löpande i BPSD registret och med dess åtgärder för boende med demensdiagnos. Silviasjuksköterskan ansvarar för handledning och utbildning av befintlig och ny personal. Silviasjuksköterskan har också ett uppföljningsansvar gällande följsamheten till registreringar/åtgärdsplaner i BPSD register.

Fall: Arbetsterapeut och Sjukgymnast har följt upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Varje vecka har vi haft teamkonferenser ”veckans boende” där alla professioner deltar och där bla veckans fallavvikelser behandlas och följs upp. Fall registreras samt dokumenteras i Vodok, TQM, Parasol och i Senior Alert.

Läkemedelshantering och delegeringar: Det har under 2020 funnits en tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering. Uppföljning sker regelbundet genom egenkontroll. Samtlig personal som har delegeringsansvar har genomgått webutbildning i ”att jobba säkert med läkemedel”. Även påbörjat arbete med att arbeta utifrån delegeringsmodulen i Vodok.

Nutrition: Sjuksköterskan har som rutin att kontrollera den boendes vikt 1 gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Vi har under året arbetat vidare utifrån Norlandias rutin för egenkontroll av nattfastemätning och utfört dessa kontroller/analyser av resultat fyra gånger under 2020. Resultatet visar att arbetet med att implementera dygnsplaneringen som ett uppföljningsverktyg under arbetspassets gång visar att våra äldre får ta del av mellanmål och nattmål, vi kommer dock att fortsätta arbeta med detta område då nutritionen fördelat över dygnet är en viktig del.

Munhälsa: Alla sjuksköterskor har gått utbildning i munhälsobedömning. Alla boende har anmälts in till tandvårdsstödsenheten ”Symfoni-registret”. Alla boende har fått årlig munhälsobedömning samt munhälsobedömning vid inflyttning.

Basala hygienrutiner: Kattrumpstullen har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Viss omsorgspersonal har även fått utbildning och har ett hygienansvar på respektive enhet/avdelning. Under 2020 har vi fortsatt via vårdhygien utbildat våra medarbetare i basala hygienrutiner och fokuserat på dess olika smittvägar och hur vi kan förhindra att smittan förs vidare. Vi fortsätter årligen våra egenkontroller utifrån självskattning och observationer i basala hygienrutiner. Vi har aktivt regelbundet uppdaterat vår kunskap gällande ny information om hur Covid-19 ska hanteras för att inte sprida smitta vidare mellan boende och personalen. Hur skyddsutrustning ska användas och hanteras.

Utbildning. Fokus under 2020 har varit på att säkerställa att samtlig personal har rätt kunskap och information gällande att hantera smitta för Covid-19.

Detta har skett löpande under året då ny information framkommit med jämna mellanrum.

Påbörjat arbeta med att ”Stjärnmärka” Kattrumpstullen för att på så sätt öka kunskap och kompetens hos personalen, detta ska generera en god och kvalitetssäker vård för våra demenssjuka äldre. Detta kommer att fortsätta under 2021 för att även säkerställa vården på somatisk avdelning.

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. Semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Kvalitetsbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde sker i 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 som ger sitt godkännande är registrerade i Senior Alert, där analys görs regelbundet. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssjukdom registreras i registret för BPSD utifrån givet samtycke. Ansvarig för registrering i Senior Alert är sjuksköterska. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är sjuksköterskan. I BPSD-registret utförs registreringarna av dem som är utbildade till BPSD-administratörer, dessa kan vara en sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller en undersköterska. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering, dokumentation kring samtycke sker i Vodok.

Riskbedömning i Vodok: Vid inskrivning i Vodok sker riskbedömning enligt norton, dnton, inkontinensutredning samt ROAG och MNA löpande inom två veckor.

Sunnås: 1 gång/år eller och vid behov

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 sommaren samt Jul/Nyår/sommar med semestrar. Vi har även utfört den enligt rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2020 sammanställt rapport utifrån registreringar i TQM 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.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Ingen händelse har behövt utredas som vårdskada under 2020.

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. Vi arbetar även med en riskbedömning för enskild boende där ställningstagande tas till olika frågor som kan vara av vikt att veta vid inflytt.

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. Samtliga sjuksköterskor har gått webutbildning i S-BAR.

Vi genomför loggkontroller samt granskar boendes journal för att se att det dokumenteras enl riktlinjer och påtalar eventuella brister, men även följer upp och granskar journaler för att se att det dokumenteras och håller en god kvalitet. Även den kollegiala journalgranskningen utgör ett underlag för att kunna utveckla dokumentationen ytterligare, lära av varandra.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd Åtgärd	Resultat	Analys
Att samtlig personal följer rutiner för basala hygienrutiner	Att det finns produkt och material tillgängligt, har utökat detta till tvättsugor och skjöljar	Samtliga har utb i basal hygienrutiner 1 ggr/år	God följsamhet i basala hygienrutiner	Vi fortsätter påminna om att följa hygienrutiner då detta är ett ständigt pågående arbete
Säkerställa att avvikelser registreras i TQM	Avvikelsehantering sker i TQM, avvikelser tas upp på teamkonferensen	Den som upptäcker avvikelse dokumenterar i TQM. Utbildning i TQM	God följsamhet på registrering i TQM	Fortsätta uppmantra personal till registrering i TQM Analys och mäta effekt av åtgärder
Antal trycksår på verksamheten	Kontroll utifrån nyckeltal månadsvis	Senior Alert, PPM riskbedömningar	Gott resultat där trycksår är ej vanligt förekommande	Riskbedömning samt god hantering av

				luftmadrassen
En godkänd Hsl Journalgranskning	Månadsvis kollegial journalgranskning, journalgranskning av enhetschef	Kollegial granskning utifrån ett schema, återkoppling på HsL möten, handledning/utbildning av dokumentationsgruppen	Godkänd dokumentation utifrån uppföljning.	Fortsatt uppmuntran till kollegial granskning. Lära av varandras dokumentation
Att medarbetares delegeringar är aktuella	Kontroll av delegeringar enl schema, att göra web utb ”att jobba säkert med läkemedel”	Kontroll enl schema	God följsamhet på delegeringar	Arbete med delegeringsmodul i Vodok påbörjat under 2020
Att samtliga boende ska ha en aktuell riskbedömning	Registrering i Senior Alert Samt i bedömningsinstrument i Vodok	Ec granskar i Vodok och Senior Alert	God följsamhet i vodok. Vi har dock ökat antal registreringar i Senior Alert	Resultatet visar att vi kan bli bättre på att följa upp åtgärder i Senior Alert. God följsamhet på riskbedömningar i Vodok
Att identifiera ev svinn i narkotikajournaler	Månatlig kontroll av journaler	Enl schema	God följsamhet gällande narkotikakontroller	Inga avvikelser gällande narkotikakontroll inget svinn
Säkerställa att våra boende erbjuds mellanmål under dygnet samt bryta nattfasta	Enl årshjul	Uppföljning dagligen på dygnplanering	Resultat visar att vi behöver fortsätta med egenkontroller för att säkerställa att boende inte överstiger 11 timmars nattfasta.	Vi behöver fortsätta tydliggöra vikten av mellanmål under dygnet
Att förebygga vårdrelaterade infektioner på verksamheten	Mätning av vri på verksamheten månadsvis, arbeta preventivt med basal hygien, minska antalet kvarliggande KAD, följa upp hälsoplanen i Vodok.	Följa rutiner för att säkerställa att vri inte uppkommer	God följsamhet i det preventiva arbetet, uppföljning i månadsuppföljningsmallen månadsvis.	Samarbete med läkare för att arbeta med preventiva åtgärder för att förebygga vri på enheten

Egenkontroller har genomförts under det gångna året. Egenkontroller 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 2020 arbetat med egenkontroller enligt följande:

Avvikelsehantering: Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras i TQM. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om

akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen och enhetschefer upp och analyserar vissa allvarigare 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 åtgärdshandling.

Riskbedömningar: Regelbunden egenkontroll utförs på genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per enhet/plan. Vi har god följsamhet gällande riskbedömningar.

Hygien: Verksamheten har avtal med Vårdhygien som vi tar hjälp av när situationer kräver handledning. Egenkontroll utförs gällande självskattning, förutsättningar och följsamhet av basala hygienrutiner. Web utbildning i basala hygienrutiner utförs 1ggr/år för samtlig personal. Vid egenkontroller påvisas god följsamhet till basala hygienrutiner.

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

Vårdrelaterade infektioner i särskilt boende

Statistik Plan 1-5 / år - Katrumpstullen VOB Norlandia

	<i>Antal</i> 2020	2019
Summa totalt		
1. Antibiotikabehandl: Pneumoni	20	17
2. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion suprapubisk urinkateter	2	0
3. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion urinkateter via urinröret	4	7
4. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion utan kateter	11	14
5. Antibiotikabehandl: Sårintektion	24	37
6. Antibiotikabehandl: Annan hud- & mjukdelsinfektion	9	10
7. Antibiotikabehandl: Clostridium difficile-diarré	6	6
8. Antibiotikabehandl: Annan infektion	0	11
9. Utbrottsbenägna virusinfektioner: Influensa	34	5
10. Utbrottsbenägna virusinfektioner: magsjuka	0	0

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

Arbetet i Senior alert har fungerat bra under året. Sjuksköterskorna utför riskbedömningar minst två gånger per år och däremellan uppföljning.

2020	Antal personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder
------	----------------	--------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------

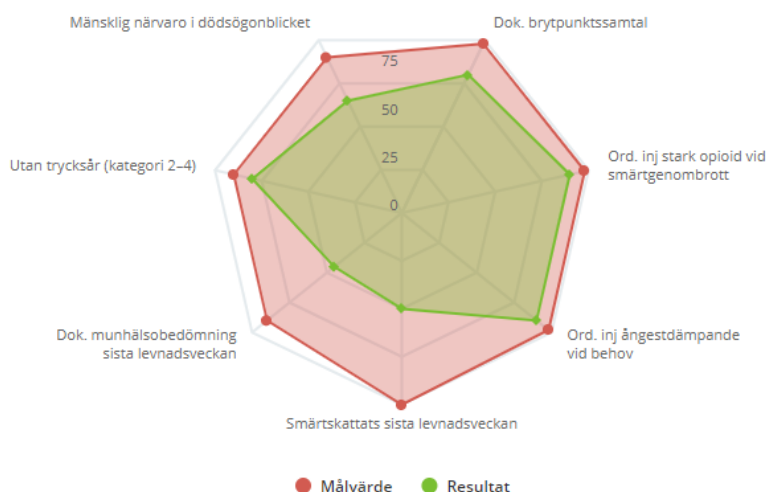
					er vid risk
Kattrumpstullen	94	98%	83%	93%	67%

Palliativa registret: Samtliga avlidna ska registreras.

2020	Antal registreringar i palliativa registret	Närvarande vid dödsögonblicket	Erbjudande om efterlevandesamtal
Kattrumpstullen	23	65%	52,2%

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2021-01



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

2020	Antal boende	Antal registreringar
Kattrumpstullen	53	35

Kvalitetsgranskning av läkemedel: En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. 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. Endast ett fåtal åtgärder till handlingsplan som är åtgärdad.

Dokumentation: Företagets MAS/enhetschef HsL 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. Godkänd dokumentation utifrån uppföljning från sdf och MAS under 2020. Loggkontroller är utförda enligt rutin under 2020, resultatet är återkopplat till MAS. Inga avvikelser i loggkontroll funna vid årets granskningar.

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: 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.

Avvikelser

Antal avvikelser gällande hälso-och sjukvård

Frågeställning	2018	2019	2020
Läkemedel totalt reg i TQM			
Hantera läkemedel säkert	43	55	34
Utebliven dos	29	22	13
Feldosering	0	0	0
Felaktigt i ordningställande	0	0	0
Fall registrerat i TQM			
Fall i verksamheten	140	142	89
Fraktur pga fall	9	10	6
Synpunkter och klagomål	18	12	8

Klagomål och synpunkter

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utretts, analyserats och återkopplats av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras allvarigare och generella klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelse 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.

Händelser och vårdskador

Vi arbetar löpande med utredning av händelser, avvikelser eller vårdskador i vårt kvalitetsledningssystem TQM.

Analys av avvikelser/händelser sker regelbundet på våra teamkonferenser tillsammans med teamet. Om risk för vårdskada eller att vårdskada uppkommer så ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att starta en utredning i TQM samt delge MAS och ansvarig chef om uppkommen händelse. Det vi kan se som förbättringsområde är att det är viktigt att återkoppla information om uppkommen avvikelse/händelse samt den planerade åtgärden till samtliga medarbetare.

Risکانالys

Risکانالys av olika slag genomförs vid förändringar/händelser som kan ha en negativ inverkan på patientsäkerheten. Vi arbetar i vår riskhanteringsmodul i vårt ledningssystem TQM.

Risکانbedömningar för fall, nutrition och trycksår genomförs regelbundet med uppföljning genom egenkontroll.

Risکانالys vid verksamhetsförändringar: Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en risکانalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts risکانalys inför sommaren med tillhörande bedömning för kommande värmebölja, samt Jul/Nyår med semestrar. Vi har även utfört den enl rutin årliga risکانkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten. Vi har arbetat med risکانalys relaterat till smittoläget i samhället och personal och bemanning.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2020 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.

Mål och strategier för kommande år

Palliativ vård: Fortsätta utveckla arbetet med att skapa förståelse för den palliativa vårdfilosofin. Vi fortsätter under 2021 med att implementera NVP (nationell vårdplan för palliativ vård), samt öka antalet registreringar i Palliativa registret.

Strategi: Våra palliativa ombud har som uppgift att handleda/guida och stödja medarbetare, boende och närstående i vård i livets slut. Vi fortsätter med forum för regelbundna möten med palliativa ombud för att de tillsammans ska utforma en handlingsplan utifrån NVP som ska vara ett stöd i vård i livets slut. Vi kommer att utbilda personalen i NVP och dess kunskapsstöd. Vi behöver stärka de palliativa ombudens roll på Katrumpstullen, tydliggöra syfte och målen för ombuden.

Inkontinensvård: Vi har påbörjat och kommer fortsätta under 2021 med ett kvalitetssäkringsarbete gällande inkontinensvården på samtliga avdelningar. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har fått utbildning via TENA, där planering/handlingsplan finns framtagen och uppföljningsarbete är planerat. Målet är att samtliga boende ska ha en individuell inkontinensplan som följs upp regelbundet på teamkonferensen.

HLR utbildning för undersköterskor planeras att utföras under 2021, då vi tycker att det är en kvalitetsparameter och ökar patientsäkerheten om så många undersköterskor som möjligt har kunskap om hjärt- och lungräddning. Vi har utbildat en HLR instruktör bland sjuksköterskorna

Läkemedelshantering där vi kommer att implementera en App” E-signering för läkemedel, ett sätt att ytterligare kvalitetssäkra hantering av läkemedel. Även fortsätta arbetet med att föra över våra delegeringsbeslut till Vodok (delegeringsmodul).