

Patientsäkerhetsberättelse För Norlandia Kattrumpstullen År 2022



Datum 20230228

Ansvarig för innehållet Håkan Borg och Ida Andersson

Diarienummer



Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	7
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	19
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
Klagomål och synpunkter.....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	21

SAMMANFATTNING

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har sedan i maj 2021 stängt en somatisk avdelning på plan 1 så att vi under året har haft 84 platser öppna för beläggning, dessa platser är heldygnsoomsorg fördelat på 4 våningar, 8 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 vård och omsorg och demenssjukvård.

Att arbeta utifrån organisation och struktur är något som vår personal är vana vid, genom planering av bemanning och andra strategier som tex skapa ett lugn, trygghet samt hålla oss ajour med ny informationen har gjort att personalen har kunnat fokusera på att säkerställa den kvalitet och patientsäkerhet som vården och omsorgen kräver.

Målen som sattes för 2021 har vi arbetat aktivt med under 2022 vilket i sin tur har skapat goda förutsättningar för att kunna hålla en god kvalitet och en säker vård för våra äldre. Stort fokus har fortsatt under 2022 varit att förhindra smittspridning och fokus på att säkerställa att rutiner efterlevs utifrån en god följsamhet i basala hygienrutiner. Resultat har visat att det goda teamarbete vi har arbetat fram de senaste åren har gett resultat då vi ser att vi tillsammans har kunnat hantera eventuell smitta på ett säkert sätt och på detta sätt också förhindrat att föra smittan vidare. Egenkontroller har visat god följsamhet till framtagna rutiner och riktlinjer.

Fokus i samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt att identifiera risker, planera åtgärder och följa upp inom områden som nutrition, fall, trycksår, inkontinens och munhälsa. Arbetet i Senior Alert, palliativa registret och BPSD har fortsatt under 2022 med gott resultat. Vi har under 2021-2022 också utbildat 80% av våra medarbetare i "Stjärnmärkt", där personalen har fått en grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat, något som har högsta prioritet i socialstyrelsens nationella riktlinjer. Detta innebär att Kattrumpstullen erhållit ett certifikat och får därmed kalla sig för "Stjärnmärkta".

Arbetet med den kollegiala journalgranskningen (HSL) har pågått under 2022 där varje plan har fått en planering att följa vilket leder till att samtliga boende/sjuksköterskor blir granskade enligt Stockholms stads mall en gång/år. Återkoppling från granskningen lyfter vi på HsL- möten, och belyser goda exempel. Detta ser vi som 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 2022 och resultat har återkopplats till MAS.

Vi har fortsatt med målet inom demensvården att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandeplaner för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD utvecklas löpande vilket bidrar till ett aktivt lärande. 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/EC på huset. Antal skattningar/registreringar följs regelbundet upp i månadsuppföljningsmallen enligt rutin. Dessa skattningar har under 2022 ökat vilket var ett av målen att uppnå.

Vi följer fortsatt Norlandias koncept på 5 kvalitetsgrupper (miljö, välbefinnande, kontaktmannaskap, vård, mat och måltid).

Avvikelse från medarbetare 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. Även förbättringsåtgärder hanteras i avvikelsemodulen i TQM. Genom avvikelsehanteringen som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom att mäta effekten av planerade och utförda åtgärder samt egenkontroller. Risker för ev vårdskador identifieras genom olika bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem Vodok.

Under 2022 har det inkommit ett fåtal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer arbetar regelbundet med återkoppling till anhöriga och till medarbetare. 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.

<i>Målsättning 2021</i>	<i>Resultat av utförda insatser</i>	<i>Åtgärder för vidare arbete 2023</i>
Fortsatt utveckling av den palliativa vårdfilosofin	Vi har ökat antal registreringar i Palliativa registret.	Ombuden kommer framledes fortsätta sina månatliga forum för att planera och fortbilda

	<p>Vi har utbildat ytterligare två palliativa ombud (ssk) för att i sin tur handleda och stödja samt öka kompetensen hos övriga medarbetare. Ombuden har haft forum för att kunna nätverka och samtala om hur rollen kan stärkas, dock har vi inte implementerat NVP i den takt vi önskat.</p>	<p>både sig själva och övriga medarbetare utifrån den palliativa vårdfilosofin. Fortsätta arbetet med att implementera NVP som kunskapsstöd.</p> <p>Att registrera i palliativa registret under närståendeenkät så att vi kan ta del av informationen från denna.</p>
HLR utbildning för undersköterskor	<p>Resultat ej uppnått då fokus har legat på att utbilda sjuksköterskor som ska ske vartannat år</p>	<p>Fortsatt arbete under året 2023 med utbildning av HLR för undersköterskor/sjuksköterskor</p>
Läkemedelshantering	<p>Ej uppnått resultat i att implementera Alfa E-Care signeringsapp.</p>	<p>Kommer inte implementeras under 2023 då Katrumpstullen kommer återtas i kommunal regi.</p>
BPSD administratör	<p>En undersköterska har utbildats till BPSD administratör, vi har påbörjat arbetet med att registrera i Svedem</p>	<p>Fortsatt utbildning för nyanställda sjuksköterskor på demensenhet kommer att utbildas under april 2023, fortsätta registrera patienter i Svedem</p>

Inkontinensprojekt	Arbetet med att kvalitetssäkra inkontinensvården har fungerat bra under året, en hög % av våra patienter har ett individuellt utprova inkontinensskydd	Dock har vi upptäckt brister i utformande av hälsoplaner i Vodok. Fortsatt handledning
--------------------	--	--

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad. Målet är att våra äldre ska få sin vård och omsorg utifrån sina personliga önskemål och behov.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete utifrån rutiner och riktlinjer i TQM.

TQM är Norlandias ledningssystem för kvalitet där de fem kvalitetsgrupperna har en stor betydande roll för hur kvalitetsarbetet löper på. Ledningssystemet skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal. Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet för vård och patientsäkerhet. 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 kvaliteten.

På Katrumpestullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen, det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser,



avvikelsehantering, 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 och dess kvalitet över dygnet.

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.

Vi följer vår utbildningsplan och registrerar all utbildning i vårt personalsystem Hogia. Vi har fortsatt under året att arbeta aktivt med att säkerställa att personal har tillräcklig kunskap för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt samt utfört de webbutbildningar som rekommenderats gällande basala hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial och hur vi ska arbeta för att förebygga ev smitta mellan boende och personal. Ett samarbete med vårdhygien har också kunnat erbjudas personal med utbildning om dess smittvägar om behov har uppstått. Att fortsätta arbeta utifrån source control, kohortvård samt planering/placering av personal har varit en bidragande strategi till att kunna begränsa ev smittspridning mellan boende och personal.

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.

Vi behöver ständigt utbilda och påminna medarbetare om att söka aktuell information i vårt ledningssystem.

Kvaliteten ska systematisk utvecklas och säkras. Norlandias kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar. Det lokala kvalitetsteamets arbete går ut på att säkerställa att våra fem 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.

Arbetet med våra kvalitetsgrupper har under året varit ett utvecklingsområde då vi ser att omsorgen av våra äldre tar alltmer tid. En svårighet är att få kontinuitet i deltagandet i respektive grupp. Detta ligger som ett fortsatt utvecklingsområde under 2023. Dock är det god följsamhet i Mat och måltidsgruppen som har kunnat följa upp och säkerställa att vi följer riktlinjer kring nattfasta för våra äldre.

Samverkan har pågått mellan HsL och läkarorganisationen Capiro Legevisitten. Vi träffas på samverkansmöten för att kunna diskutera kring utveckling av patientsäkerheten.

Målet att öka tillgängligheten av läkare på boendet har vi arbetat aktivt med, där vår läkare har utfört regelbundna hembesök för de kliniska bedömningar och kontakt med anhöriga. Ett införande av en ny rondplattform från Legevisitten har skett för att på ett mer effektivt sätt kunna planera och hantera medicinska frågor under tid i stället för att invänta specifik dag för rond. Detta ökar patientsäkerheten så att medicinska frågor tas direkt via ett digitalt system där tillgänglig läkare svarar på frågeställningar regelbundet. Detta frigör även tid för läkaren som kan lägga mer tid på hembesök hos patienten om behov föreligger.

Aktiv registrering sker i kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Under 2022 har vi fokuserat på att följa upp planerade/utförda åtgärder i Senior Alert. Vi har börjat registrera i Svedem. Även arbetat aktivt för att säkerställa att samtliga avlidna på Katrumpstullen ska vara registrerade i Palliativa registret. Att arbeta efter och implementera NVP som kunskapsstöd har vi inte kunna uppfylla under året utan det får ligga kvar som ett förbättringsarbete under 2023. Årlig granskning och uppföljning har skett via verktyget QUSTA av Östermalms sdf.

Gott resultat på antal registrerade i kvalitetsregister som Senior Alert. Även målet kring antal uppföljningar av planerade/utförda åtgärder i Senior Alert under 2022 är uppnått. Regelbundna registreringar i BPSD rapporteras månadsvis.

Godkänd uppföljning 2022 av QUSTAN av Östermalms Sdf.

Alla delegeringar ska uppdateras med kunskapstest och webutbildning "att jobba säkert med läkemedel" 1 gång/år. Vi hade som mål att påbörja E-signering för att öka följsamheten i läkemedelsadministrering, detta är ett projekt som har lagt på is då vår enhet inte varit aktuell för denna satsning initialt. Kommer inte att implementeras under 2023 heller.

God följsamhet i uppföljning av delegeringar.

Egenkontroller utförs regelbundet av enhetschef

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

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, 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 kvaliteten i varje enskild verksamhet. Regionchefen 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 riskbedömningar 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 uppföljningsansvaret för omsorgspersonalen. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av tre cheferna.

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. Sjuksköterkan har omvårdnadsansvar för respektive 13 patienter på somatisk avdelning samt 8 patienter på demensavdelning. På kvällar, helger och nätter så arbetar en sjuksköterska som ansvarar då för 97 patienter.

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 samverkansavtal med Capio Legevisitten som läkarorganisation.

Kattrumpstullen har ett nära samarbete med SLL vårdhygien när det gäller frågor om smitta och hygien som behöver förtydligas och arbetas vidare med.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdskador kan förebyggas genom att vi arbetar strukturerat med avvikelserhantering i TQM. Det förebyggande arbetet och identifieringen av risker involverar hela teamet kring den boende. Vi ser att omvårdnadspersonalen har en mycket viktig uppgift tillsammans med sjuksköterska 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 ,chef) har en betydande roll kring det förebyggande arbetet med trycksårsrisk, fallrisk, undernäring och munhälsa. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna veckovisa teamkonferenser där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras utifrån en framtagen agenda.

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 Capio Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stads-delsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna samverkansmöten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisa-tionen.

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas/informeras för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan har också ansvaret för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information enligt 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.

Regionchef, verksamhetschef, enhetschefer och MAS har under 2022 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 uppföljning i hälso- och sjukvård under hösten 2022. De avvikelser som framkommit har åtgärdats.

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. Vi har även valt att uppdatera boendes genomförandeplan på dessa teamkonferenser för att säkerställa att planen är aktuell och uppdaterad utifrån status och behov/önskemål hos boende. Omvårdnadspersonalen har regelbunden kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontaktar sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende.

Samverkan med den mobila tandvården Oral Care som ansvarar för munhälsobedömningar på verksamheten. Tandläkarinsatser och rådgivning om munhygien sker på uppdrag av olika aktörer på marknaden som den äldre väljer själv. Utbildning i munhälsa sker regelbundet årligen för personalen och vi kommer även fortsätta med detta framöver.

Samverkan med Apoteket gällande kvalitetskontroll och granskning av läkemedelshantering har skett under oktober 2022 med ett godkänt resultat.

Kattrumpstullen har även tillgång till en dietist om behov uppstår.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsarbetet i Norlandia baseras på gällande lagstiftning och aktuella avtal. Informationshantering skall ske på ett sådant sätt att risker för skada på personer, värden, information, informationssystem och våra lokaler minimeras

- informationsförsörjningen skall vara säker, effektiv och bidra till ökat skydd och stöd för medarbetare, samverkande partners och tredje man
- informationssäkerhetsarbetet skall utgöra en grundpelare för att Norlandia även ska kunna utföra sina uppgifter vid extraordinära händelser.

Vi utför loggkontroller enl rutin som sammanställs och delges MAS vid uppföljning av verksamheten. Vi använder oss av E-legitimationer som beställs via MAS. Dessa E-legitimationer reglerar åtkomst i de system där vi hanterar och registrerar fakta om våra patienter.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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 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 webbutbildning i S-BAR.

Vi genomför loggkontroller samt granskar boendes journal för att se att det dokumenteras enligt 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.

En god säkerhetskultur

All personal har rapporteringsskyldighet när de upptäcker en avvikelse eller ett tillbud. Genomgång med personal om rapporteringsskyldighet sker regelbundet vid anställning samt på våra APT.



Alla medarbetare har kunskap om hur våra rutiner för rapportering av avvikelser, tillbud eller förbättringsarbeten 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 Katrumpstullen har under 2022 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 avvikelshantering 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 vårdskader 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.

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. Ledningssystemet TQM samt dokument Lex Maria samt Lex Sarah ger vidare instruktioner gällande detta.

Vidare kommer vi även att arbeta med Patientsäkerhetskulturtrappan som verktyg för att identifiera utvecklingsområden och därmed kunna följa upp planerade åtgärder tillsammans.

Planerade egenkontroller utifrån kvalitetsregister som Senior Alert och riskbedömningar i Vodok utförs av enhetschef vid granskning och återkoppling av resultat återkopplas till respektive sjuksköterska.

Adekvat kunskap och kompetens

På Kattrumpstullen ser vi att vi har en god förutsättning att kunna bedriva en god och säker vård då vi har en hög täthet bland sjuksköterskor över dygnet. Vi har även tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut dagtid vilket gör att teamet kompletteras med tvärprofessionell kompetens.



En stor roll i sjuksköterskans arbete är att finnas tillgänglig samt följa upp vården och handleda och utbilda medarbetare under tid.

Vår kvalitetsgrupp "vård" arbetar utifrån avvikelser som sker med olika utvecklingsprojekt för att säkerställa att patientsäkerheten är i fokus och säkerställs.

Vi följer en planerad utbildningsplan som erbjuder medarbetare kompetenshöjning av olika slag samt uppmuntrar medarbetare att ständigt söka information eller erbjuder utbildningstillfällen som kan höja kompetensen inom verksamheten. Alla utbildningstimmar samlas i vårt personalsystem inom verksamheten.

Då Kattrumpstullen bedriver vård och omsorg utifrån somatik och demens så har vi säkerställt att de som arbetar på respektive sida har den kompetens som behövs, tex så har certifiering i Stjärnmärkt varit en del i en kompetenshöjning för vår personal. Även utbildat BPSD administratörer så att det finns en eller flera administratörer på respektive demensavdelning för att kunna arbeta aktivt med BPSD som verktyg. Vi ser dagligen över schemat på respektive avdelning för att kunna säkerställa att det finns tillgänglig personal inom varje avdelning, även vårdtyngden ses över och personal fördelas utifrån behov.

Avdelningar på somatisk avdelning har under 2022 haft planeringsdagar där arbetet följs upp och nya strategier skapas för att skapa utrymme för förbättringsprojekt eller implementeringsarbete. Detta arbete följer vi upp tillsammans på våra avdelningsmöten/APT/kvalitetsgrupper som sker veckovis/månadsvis på varje avdelning.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning bjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med kontaktperson in den boende och dess anhöriga till ett inflyttning/välkomstsamtal.



Vårt samlade dokument "Välkomstmappen" som boende och anhörig får vid inflytt fungerar som ett bra underlag för att skapa trygghet och samtidigt 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 ett 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.

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. Information gällande ev synpunkter och klagomål finns i välkomstmappen som överlämnas vid ankomsten. Ansvarig läkare finns tillgänglig två dagar/vecka och däremellan dagligen/telefon. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan anhörig och läkare.

Boende ska alltid lämna samtycke för samtliga kvalitetsregister, detta dokumenteras i Vodok. Sjuksköterskans ansvar är att säkerställa att boende samtycker till planerade åtgärder utifrån en bedömd risk, detta sker i samband med inskrivning av ny patient. Den sammanförda informationen om varje enskild patient tas upp på teamkonferensen veckovis där representanter från teamet och även den boende och anhöriga som önskar kan delta.

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

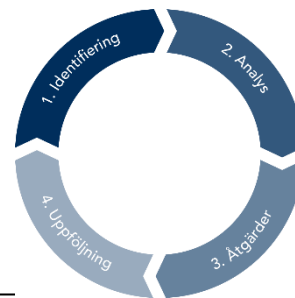
Vi har även ett förtroenderåd på verksamheten som ska bestå av chefsrepresentanter från enheten, en representant från stadsdelen, representanter från Pensionärsrådet i stadsdelen, politiker från stadsdelen och närstående. Det har varit svårt att få medlemmar från anhörigrepresentanter till rådet. Rekrytering av anhöriga pågår regelbundet. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats tre gånger under året.

Verksamhetschefen har under 2022 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

1. Identifiering

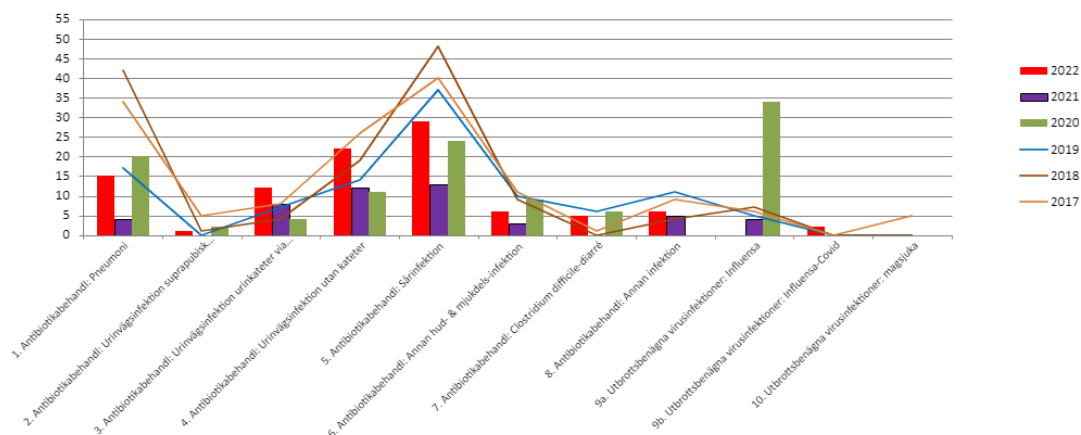


Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 ggr/år	Qusta Östermalms sdf
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	1ggr/år	Hogia
Självskattning/följsamhet i Basala hygienrutiner och klädregler	5 gånger per år	PPM databas, Årshjul Norlandia, månadsuppföljningsmallen
Avvikelse sammanställning och analyser	4gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Händelsemodulen i TQM
Avvikelsehantering	1ggr/vecka	TQM
Punktprevalensmätning	2 ggr/år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion och skyddsåtgärder
Trycksår	1ggr/mån och 2 gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Senior alert, PPM
HsL journalgranskning	1ggr/mån	Protokoll/ Månadsuppföljningsmallen
Delegeringar	4 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen
Narkotikajournaler	1ggr/mån	Protokoll
Nattfasta	4 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen
Vårdrelaterade infektioner VRI	1 ggr/mån	Månadsuppföljningsmallen
Palliativa registret/Senior Alert	1ggr/mån	Månadsuppföljningsmallen

Antal Lex Maria/Lex Sarah samt ärenden till IVO, Patientnämnden	1ggr/mån	Händelsemodulen i TQM
Kontroll av registrering i palliativa registret	1ggr /mån samt uppföljning 2 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen

Resultat 2022 av egenkontroll VRI där vi valt att analysera vidare tre områden som sticker ut

1. Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion med kateter via urinröret **12** st (2022), 8 st (2021), 4 st (2020)
2. Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion utan kateter **22** st (2022), 12 st (2021), 11 st (2020)
3. Antibiotikabehandlad sårinfektion **29** st (2022), 13 st (2021), 24 st (2020)

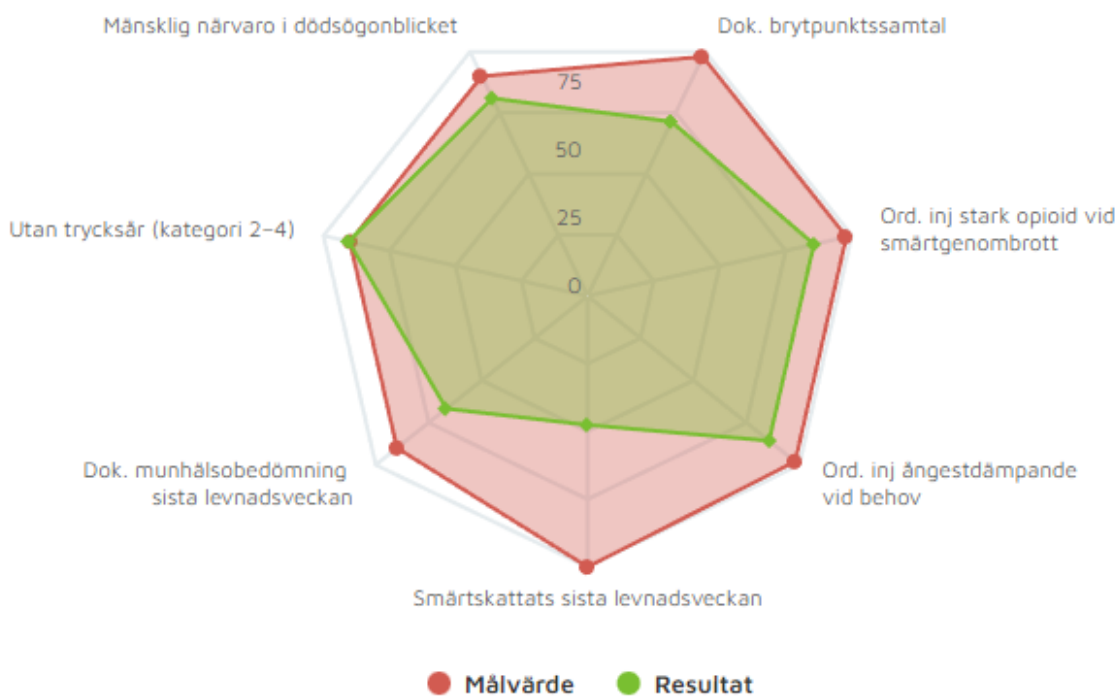


Senior Alert: Riskbedömningar och åtgärder samt uppföljningar dokumenteras i registret. Arbetet i Senior alert har fungerat bra under året. Sjuksköterskorna utför riskbedömningar minst två gånger per år och däremellan uppföljning.

	Antal personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
2021	81	96%	85%	88%	65%
2022	91	99%	91%	95%	67%

Resultat registrering i palliativa registret 2022

	Antal registreringar i palliativa registret	Närvarande vid dödsögonblicket	Erbjudande om efterlevandesamtal
2021	16	80%	73,3%
2022	21	81%	85,7%



2. Analys

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	Att all personal ska ha kunskap om följsamhet i basala hygienrutiner	Samtlig personal har utbildning med diplom 1 ggr/år	God följsamhet i basala hygienrutiner	Följsamhet genom personalsystemet Hogia Uttdrag rapporter Insamling under året	Självskattning samt observationer enligt Norlandias Årshjul	All omvårdnad samt stödfunktioner	Socialstyrelsens föreskrifter om basala hygienrutiner
Avvikelsehanteringen	Att samtliga avvikelser ska registreras i TQM	Att den som upptäcker avvikelser ska registrera i TQM	Att vi kan bli bättre på att registrera avvikelser i TQM Vi behöver öka antal registreringar	Fortsätta uppmuntra till att registrera händelser Utbilda i händelsemodulen Följa upp på avdömen att händelser är registrerade	Egenkontroller i TQM	All personal	Norlandias kvalitetsledningssystem Socialstyrelsens föreskrift 2011:9
Antal trycksår	Minska antal trycksår på verksamheten	Antal trycksår har minsakt under 2022 17 personer hade 37 trycksår 2021 19 personer hade 41 trycksår	God följsamhet i Senior Alert God prevention sbedömnings riskbedömningar	Riskbedömningar i Vodok Registrera i Senior Alert Tas upp på teamkonferensen	Uppföljning sker i månadsuppföljningsmall Samt i Senior Alert	All omvårdnads personal samt sjuksköterska/rehab	Norlandias månadsuppföljningsmall

Delegeringar	Att medarbetarens delegeringar är aktuella	God följsamhet i aktuella delegeringar	Sjuksköterska kontrollerar delegeringar Uppföljning via månadsuppföljningsmall Delegeringsmodul säger till när det är dags att uppdatera	Uppföljning enligt planering	Egenkontroll på uppföljning enligt månadsuppföljningsmallen	omvårdnadspersonal	Rutinledningssystem hänvisning till lagar
Vårdrelaterade infektioner	Att förebygga vårdrelaterade infektioner	Se diagram En viss ökning under 2022	Fler patienter med kateter	Följer VRI månadsvis Försök till avveckling av KAD Utbildning av ssk Följsamhet i hygien	Egenkontroll i månadsuppföljningsmallen	Omvårdnadspersonal och sjuksköterska	Rutin i ledningssystem vårdhandboken
Dokumentation	En godkänd dokumentation	En godkänd dokumentation av MAS och uppföljning av QUSTA	Månatlig kollegial journalgranskning Återkoppling i grupp utbildning	Utbildning Kollegial journalgranskning Tas upp på ssk möte 1 ggr/mån	Egenkontroll i månadsuppföljningsmallen	sjuksköterskor	Lagar och föreskrifter i ledningssystem
Riskbedömningar	Aktuella riskbedömningar	God följsamhet i att följa upp riskbedömningar i vodok	Riskbedömningar utförs i samband med inflytt och följs upp var 6:e månad	Riskbedömningar i Vodok Senior Alert teamkonferensen	Egenkontroll i månadsuppföljningsmallen	sjuksköterskor	Senior alert Ledningssystem Vodok

			eller vid behov. Tas upp på temakonferensen				
Nattfast a	Att inte överstiga 11 timmar	God följsamhet i att förhindra nattfasta	Vid egenkontroll visar att personalen arbetar aktivt med mellanmål	Planera mellanmål utifrån dygnsplanering	Egenkontroller enl årshjul	Omvårdnadspersonalen sjuksköterska	Rutin i ledningssystemet
Palliativa registret	Att samtliga dödsfall i registreras	God följsamhet i registrering i register	Chef följer upp månadsvis med ansvariga sjuksköterskor att samtliga dödsfall på enhet registreras	Följsamhet i rutin för omhändertagande av avliden Egenkontroll i månadsuppföljningsmallen	Antal registreras i månadsuppföljningsmallen Chef följer upp månadsvis utifrån antal avlidna	sjuksköterskor	Palliativa registret

2. Åtgärder

Samtliga identifierade områden enligt ovan följs upp utifrån egenkontroller. Dessa egenkontroller planeras utifrån Norlandias årshjul och utförs med frekvens/år. Dessa egenkontroller återkopplas till Norlandias MAS samt till dokument för uppföljning av Sdf – Qusta. Uppkommer resultat som kräver åtgärd för förbättring så analyseras resultatet och åtgärder planeras i teamet.

3. Uppföljning av åtgärd

Uppföljning av åtgärder sker på teamkonferenser som planeras löpande veckovis. För att säkerställa att riskområden identifieras och arbetas med preventivt så finns en agenda att följa.

Effekter av åtgärder utvärderas i händelsemodulen i ledningssystemet TQM, Senior alert samt i Vodok.

Även arbetsplatsträffar samt avdelningsmöten kan vara forum för att utvärdera åtgärder utifrån specifikt område.

Norlandia erhåller ett årshjul utifrån hälso- och sjukvård där planerade egenkontroller finns inplanerade under året, mallar för dessa egenkontroller finns att hämta i ledningssystemet

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker

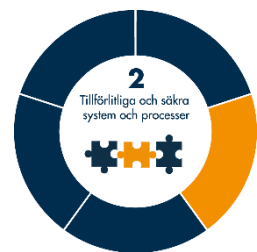
Under 2022 har Kattrumpstullen inte utrett någon avvikelse som lett till Lex Maria eller annan, dock har vi haft en avvikelse som gått vidare till MAS samt till läkarorganisation för bedömning om en Lex Maria skall anmälas eller inte. Dock utreds händelsen ej som en Lex Maria enl bedömning av MAS och ansvarig läkare. Övriga avvikelser som registreras i TQM hanteras utifrån rutin där processansvarig tar emot avvikelse och skickar den vidare till ansvarig sjuksköterska som i sin tur tar upp den på respektive teamkonferens där åtgärder planeras och kan följas upp i teamet. Även utbildning för personal ligger till grund för att förhindra ev vårdskada där förflyttning och ergonomi och hantering av hjälpmedel är årligen återkommande för personalen. Vi har valt ut tre områden som ökat under året gällande vårdrelaterade infektioner som vi ska analysera och arbeta vidare med under 2023. Trycksår förekommer även om vi kan se att många av våra äldre redan har skador vid inflytt. Vi arbetar enligt rutin med en initial riskbedömning så att förutsättningar för patient redan är påbörjad så tidigt som möjligt för att förhindra ev tryckskada.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vi har turen att arbeta utifrån ett ledningssystem (TQM) som beskriver samtliga omvårdnadsprocesser och säkerställer att vi arbetar systematiskt med patientsäkerheten inom verksamheten. Ledningssystemet erbjuder aktuella och reviderade rutiner för tex BHK, samt riskbedömning för enskild boende där bedömning av suicidrisk ingår. Samverkan med läkarorganisationen och ansvarig läkare säkerställer att vi arbetar aktivt med läkemedelsgenomgångar osv. Att implementera både nya och följa upp gamla rutiner är ett pågående arbete som behöver följas upp regelbundet under tid. Genom egenkontroller och följsamhetsgranskning så ser vi tydligt om rutiner följs eller om det behövs ett omtag kring dessa. Ofta behöver vi ta upp på våra avdelningsmöten /vecka om olika rutiner som finns och varför det är av vikt att följa dessa för att på så sätt säkerställa patientsäkerhet samt frigöra tid för rätt fokusområden.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Ngt som kan bidra till bristområden inom vår verksamhet kan vara

- Svårigheter med rekrytering av sjuksköterskor, fysioterapeut samt arbetsterapeut
- Bemanning och brist på delegerad personal
- Ev kriser som pandemi, brand, väderkatastrofer
- Snabba förändringar i verksamheten som nyanställd personal eller korta vårdtider med avslut och inflytt av nya patienter.
- Digitala system samt IT



Riskhantering

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

Riskbedömningar används för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde, detta sker i Senior Alert samt journalföring i Vodok. Vi registrerar även i palliativa registret samt i BPSD register gällande våra demenssjuka boende. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den enskilda leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Samtycke för registrering i kvalitetsregister krävs innan registrering och dokumenteras i Vodok. Riskbedömningar som utförs är Norton, Downton, ROAG och MNA inom två veckor från inflytt. Även fokus på NIKOLA är ett utvecklingsområde som kan bli bättre även om vi har kommit en bra bit på väg för att säkra upp inkontinensvården.

Riskanalyser utförs även i riskbedömningsmodulen i TQM gällande värmebölja, verksamhetsförändringar, bemanning och kompetensförsörjning på plats.

Målet är att alla avlidna på enheten ska registreras i Palliativa registret och ansvarig för detta är sjuksköterska.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5



All personal har rapporteringsskyldighet om de upptäcker en avvikelse eller ett tillbud. Vid anställning informeras medarbetaren om vad rapporteringsskyldighet innebär och vad en Lex Sarah och Lex Maria innebär, detta tas även upp på arbetsplatsträffar som planeras in under året. Utbildning i ledningssystemet och händelsemodulen sker löpande under året med samtliga medarbetare för att säkerställa att förutsättningar finns för att kunna rapportera eventuella händelser. Viktigt är att om man inte kan hantera händelsemodulen så kan avvikelser skrivas på driftstoppsjournaler som hanteras likvärdigt av ansvariga för processen.

Chefer analyserar enligt månadsuppföljningsmallen antal avvikelser.

Avvikelser som vi följer i enheten är enligt nedan, övriga avvikelser analyserar löpande i teamen eller av ansvarig processansvarig chef.

Frågeställning	2022	2021	2020	2019
Läkemedel totalt reg i TQM				
Hantera läkemedel säkert	25	28	34	55
Utebliven dos	12	11	13	22
Feldosering	0	0	0	0
Felaktigt i ordningställande	0	0	0	0
Fall registrerat i TQM				
Fall i verksamheten	43	65	89	142

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör ett led i ett ständigt fortskridande kvalitets och förbättringsarbete. Vi arbetar löpande med utredning av synpunkter och klagomål i vårt kvalitetsledningssystem TQM. Vi har även blanketter tillgängliga på respektive avdelning för berörda ska kunna lämna eventuella synpunkter och klagomål i skrift. Antal klagomål och synpunkter informeras också till representanter på samverkansmöte med Sdf.

Ofta handlar handlar klagomål och synpunkter om omsorgsinsatser där vi kan se att bristande omvårdnadsinsatser sker och att genomförandeplaner är bristfälliga i information kring utförande. Utifrån detta har vi som rutin att genomförandeplanen ska gås igenom på respektive teamkonferens för att den ska vara aktuell och uppdaterad utifrån behov och önskemål där fokus på vad boende själv har uppgett för kontaktperson och andra ansvariga.

Klagomål och synpunkter som framkommer till chefer analyseras och åtgärder skapas och återkopplas till berörda.

Kategorier inkomna klagomål och synpunkter	Antal
Uppföljning/information från ssk/kontaktperson	1
Synpunkter gällande låst skalskydd	1
Positiv synpunkt gällande utevistelse, nöjdhet med personalen, gott personcentrerat arbete som framkommit	11
Synpunkteter gällande bristfällig städning i lgh	1
Bristfälligt omhändertagande av hörapparat	1
Synpunkt gällande bemötande och kommunikation	1

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För att säkra patientsäkerheten så arbetar vi aktivt utifrån ledningssystemet i TQM där kvalitetsteamet och vi chefer som processansvariga årligen ser över både centrala och lokala rutiner och riktlinjer för att säkerställa att vi håller oss "ajour". Att arbeta i vår händelsemodul gör att vi rapporterar händelser som inkommer och systematiskt följer upp och analyserar varefter. Även chefer analyserar händelser och trender kvartalsvis utifrån en planering i månadsuppföljningsmallen.

Att säkerställa att personal har den kunskap som behövs är en årligen återkommande diskussion där vi ser att behovet är stort. Vi har en årlig planerad utbildningsplan där kravet utifrån gällande avtal är 4% som sak erbjudas personal i utbildningstimmar för att i



sin tur öka och kvalitetssäkra vård och omsorg. Sjuksköterskor erbjuds regelbundet att gå på utbildningar, det skapas också forum för fortbildningstillfällen utifrån verksamhetens behov. Vi arbetar med olika ombudsroller där spetskompetens ligger till grund för att kunna utveckla, handleda och kvalitetssäkra olika fokusområden som palliation och nutrition, hygien samt dokumentationsombud.

Norlandias årshjul säkerställer också kravet på att vi arbetar aktivt med olika webbutbildningar som har fokus på patientsäkerhet genomförs årligen i verksamheten, dessa timmar registreras löpande i personalsystemet.

Ergonomi och förflyttningsteknik ser vi som ett område som ständigt behöver belysas utifrån vissa avvikelser som inkommer. Vår paramedicinska arbetsgrupp både handleder och utbildar praktiskt i arbetet på respektive avdelning samt i planerade utbildningstillfällen årligen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målet är att under kommande år fortsätta arbeta aktivt för att på bästa möjliga sätt säkerställa att vi arbetar med patientsäkerhet och en god kvalitet. Genom årliga uppföljningar med godkända resultat utifrån stadsdelens uppföljningsmall Qusta samt Norlandias egna uppföljningsmallar så bidrar detta till att vi vet att vi arbetar utifrån de lagar och riktlinjer som gäller för att ha goda förutsättningar för att arbeta på ett patientsäkert och kvalitativt sätt. Dock finns alltid utmaningar inom vård och omsorg och även om vi har arbetat med olika områden sen tidigare så kommer vi att fortsätta arbeta och utveckla dessa områden även under kommande år 2023.

Områden som har hög prioritet är enl nedan

1. **Mål:** Att vi ska arbeta utifrån de riktlinjer som följer i den palliativa vårdfilosofin.
Strategi: Fortsätta arbeta med att öka kunskapen om den palliativa vårdfilosofin där vi under året som gått utbildat ytterligare två palliativa ombud. Ombudsrollen behöver stärkas genom att frikoppla tid för arbete kring och reflektion utifrån de behov som verksamheten behöver stöd i. Ombuden behöver utbilda/informera övrig personal om den kunskap som ombuden har och förklara syftet med att arbeta teambaserat kring området palliation, i teamet ingår även läkare.
Åtgärder: Utbilda på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten samt teamkonferenser. Planera och frigöra tid för att detta ska kunna ske
Skapa en checklista utifrån gällande rutiner för att underlätta

Registrera i palliativa registret

Börja registrera och använda oss av närståendeenkäten (palliativa registret) och dess information

2. **Mål:** Arbeta med att minska antal fall

Strategi: Att paramedicinsk personal fortbildar genom utbildningar som erbjuds inom sitt område *som i sin tur genererar god kompetens till att utbilda och handleda övrig personal.*

Åtgärder: fallprevention utifrån avvikelser i TQM, ta upp avvikelser på teamkonferensen. Utvärdera fallpreventioner i tqm, arbeta med hälsoplaner gällande fall med uppföljning av åtgärder.

3. **Mål:** att minska antalet vårdrelaterade infektioner

Strategier: analysera resultatet utifrån diagram i månadsuppföljningsmallen samt de tre områden som valts ut.

Åtgärder: Se över om hygien spelar in, avveckla katetrar som inte har någon indikation. Se över rutin för hantering/vård för kateter.

4. **Mål:** Att säkerställa att en dokumenterad hälsoplan finns kring respektive riskområde.

Strategier. analysera resultatet från kollegial journalgranskning och övrig granskning

Åtgärder. Dokumentation tas upp på HsL möten 1 ggr/mån, utbildning av handledare i Vodok. Kollegial journalgranskning

5. **Mål:** Att arbeta med patientsäkerhetskulturtrappan

Strategier: Analysera avvikelser samt identifiera förbättringsområden kring områden som kan öka/stärka patientsäkerheten i verksamheten

Åtgärder: avvikelser/förbättringsområden tas upp 1 ggr/månad på HsL möten och utifrån dessa arbeta parallellt med säkerhetskulturtrappan som verktyg för god och säker vård och därigenom skapa nya arbetssätt eller rutiner.

