



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

BILAGA TILL VERKSAMHETSBERÄTTELSEN

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Östermalms sdf äldreomsorg

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende

År 2012

Ansvarig för innehållet:

2013-02-22

Verksamhetschef: Maria Ivarsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och

Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR)



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanfattning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	8



Patientsäkerhetsberättelse enligt SOSFS 2012:9 kap.3 §

Sammanfattning:

De viktigaste **åtgärderna** som vidtagits för att öka patientsäkerheten.

- Under år 2012 har man implementerat det nya ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2009:11. Arbetat fram lokala rutiner och beskrivit våra processer.
- SoL dokumentationen och förståelsen kring dokumentationskravet har förbättrats genom ökade utbildningsinsatser internt.
- Fortbildning och seminarium i läkemedelshantering
- Påbörjat arbetsgrupper med värdegrundsarbete. Arbetsmaterial från Socialstyrelsens "Äldreomsorgens nationella värdegrund" används.
- Samtlig ordinarie personal har genomgått webbaserad utbildning i Demens - ABC utbildning med efterföljande reflexionsgrupper på de olika planen. Då ca 15 % av personalstyrkan består av timanställda har även en större del av dem genomgått Demens-ABC.
- Samtliga anställda har fått en repetitionsutbildning i förflyttningsteknik.
- Vi har följt upp ett antal kvalitetsindikatorer såsom fall, läkemedel, statistik över antal sår, infektioner, olika ordinationer och skriftligt rapporterat detta till stadens MAS. Vi har även följt upp övriga avvikelser/synpunkter/klagomål och rapporterat detta fortlöpande till stadens avtalsuppföljare.
- Under våren har samtliga medarbetare erhållit grundläggande brandskyddutbildning (teori samt praktisk brandsläckning) via Haralld & Tesch Brand AB
- Vi har haft regelbunden kommunikation med våra närstående och aktivt arbetat via olika forum för deras medverkan. Vi har även skapat små anhörigagrupper och erbjudit dem träffar med vår Silviasyster



Hur patientsäkerheten genom **egenkontroll** har följts upp.

- Livsmedelshantering
- Hygienrond
- Skyddsround
- Riskbedömningar inom SoL och HSL
- Kontinuerliga planmöten
- Fördelning av ansvarsområden

Hur risker för **vårdskador identifieras** och hanteras.

- Kvalitetsrådet gör riskanalyser, uppföljningar och föreslår åtgärdsplaner
- med protokoll 1 ggr/mån, resultatet presenteras på arbetsplatsträffmöten.
- Planmöten.

Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att **rapportera risker, tillbud och negativa händelser**

- Personalen har blivit bättre på att identifiera och analysera riskerna.
- Förbättrad SoL och HSL dokumentation.

Hur **patienter och närståendes synpunkter och klagomål** som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Finns en tydlig synpunkt- och klagomålsrutin tillgänglig i verksamheten, eventuella klagomål behandlas inom 2 arbetsdagar och redovisas snabbt för stadsdelen.

De **viktigaste resultaten** som uppnåtts

Lokala rutiner är upprättade och arbetet med att implementera de i verksamheten är snart slutfört.

Förbättrad kunskap och kompetens hos personalen.

Övergripande mål och strategier

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

1. Att bedriva en god vård och omsorg enligt de riktlinjer som följer SOSFS 2011:9.
2. Att verksamhetens fokus ligger på kvalitetsutveckling.
3. Att ge den boende en meningsfull dag med fokus på de individuella önskemålen.
4. Att ge kontinuerlig kunskap och kompetensutveckling till all personal.
5. Att följa avtalet med Östermalms stadsdelsförvaltning utan anmärkningar.

Övergripande mål

Att tillgodose boendes, närståendes och uppdragsgivarens förväntningar genom att bedriva en säker vård och omsorg av hög kvalitet som uppfyller de krav och mål som gäller enligt Socialtjänstlagen, Hälso- och Sjukvårdslagen, och Patientsäkerhetslagen.

Att arbeta med kvalitetssystem, planerings- och uppföljningsprocesser.

Att arbeta med kvalitetssystem för att uppnå visionen ”Noll vårdskador”.

Vi har brutit övergripandemål till flera delmål:

- Förbättra verksamheten på ett systematiskt sätt: kartlägga och avlägsna undvikbara risker och brister i verksamheten
- Identifiera, beskriva och fastställa processer för riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patientsäkert vård genom tydlig mötesstruktur och bra temaarbete
- Implementera samverkan mellan HSL och SOL genom vårdplaneringar, rehab-möten samt teammöten.
- Systematisk hantering av synpunkter och klagomål

Strategier för patientsäkerhetsarbetet

Ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso och sjukvårdsfrågor för att uppnå en trygg och säker hälso- sjukvårdvård.

Ett systematiskt kvalitetsarbete i SoL frågor för att uppnå en god omsorg som fokuserar på de individuella behoven.

Kompetenshöjning i personalgrupperna genom interna och externa utbildningsinsatser.



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Som utförare har Äldreomsorgschefen och verksamhetschefen det yttersta ansvaret för att Stiftelsen Rödakorshemmets systematiska patientsäkerhetsarbete fortlöper och utvecklas.

Östermalms stadsdelsdirektör, äldreomsorgschef och MAS ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd. Entreprenörens MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§.

Staddelens MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Detta sker genom en årlig avtalsuppföljning och ett flertal tidsangivna samverkanmöten samt spontanbesök till verksamheten.

Verksamhetschefen har enligt HSL 29§ ansvar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Verksamhetschef och intern MAS hos entreprenör har på uppdrag att i det dagliga ledningsarbetet förmedla Stiftelsen Rödakorshemmets kvalitetsarbete baserat utifrån det gällande ledningssystemet SOSFS 2011:9 tillkommer alla medarbetare.

Verksamhetschefen är ansvarig för allt kvalitets- och utvecklingsarbete som även ska stimulera medarbetarna till att framföra synpunkter, öka förståelsen, känna delaktighet och därigenom få ett ökat engagemang. Verksamhetschefen är bärare av Stiftelsens värdegrund, vision och arbetsmetoder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet och god omvårdnad av den Enskilde patienten. Aktivt delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.

Aktivt undervisa och handleda vårdpersonalen.

Aktivt delta i uppföljning av mål, åtgärder och resultat inom HSL.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårduppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet och god omsorg.

Aktivt delta i uppföljning av mål, åtgärder och resultat inom Sol.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Under 2011 arbetade Stiftelsen Rödakorshemmet fram ett nytt ledningssystem, som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Varje vecka redovisas på sjuksköterskemöten till ansvarig verksamhetschef och intern Mas hälso- och sjukvårdsstatistik enligt följande:

- antal trycksår
- svårare sårproblematik
- infektioner
- avlidna
- svårare händelser
- sjukhusvistelser
- begränsningsåtgärder
- riskbedömningar

Kvalitetsrådet arbetar med att analysera avvikelser och händelser som har inträffat.

Kvalitetsrådet sammanträder 1 ggr/mån.

Kvalitetsrådet består av VC, kvalitetsansvarig ssk, kvalitetsombuden 5 st.

Kvalitetsrådet skall utföra riskanalyser för att fastställa risken om händelserna skulle kunna upprepas. Förslag på åtgärder baseras på utförda riskanalyser.

Kvalitetsmötet protokollförs och redovisas på nästkommande arbetsplatsmöte.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vi etablerade en mötesstruktur och kom igång med de månatliga och veckovisa mötena.

Nya lokala rutiner har skapats under årets gång utifrån generella riktlinjer i ledningssystemet och den praktiska erfarenheten ute på enheter.

Förstärkt sjuksköterskebemanning med 0,4 årsarbetare.

Avvikelsehanteringen strukturerades och förbättrades under årets gång. Genomgång och sammanställning av alla avvikelser görs en gång per månad på Kvalitetsrådsmöten.

Under 2012 har personalen fått fortutbildning i livsmedelshygien leverantör av mat.



Utbildning av handledare i SoL dokumentation, kallas i verksamheten för dokumentationsstödjare.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Egenkontrollen innefattar:

Följande uppdrags ansvariga finns på varje plan på Katrumpstullen för att förbättra och förstärka strukturen och vårdkvaliten kring och för våra boende.

- Gruppledare
- Kostombud
- Dokumentationsstödjare
- Hygienombud
- Inkontinensombud
- Aktivitetsombud
- Hjälpmedelsansvariga
- Brandskyddsombud

En gång per år genomför företaget en brukar- och anhörigundersökning som är vägledande i enhetens utvecklingsarbete.

Förtroenderådsmöten 4 ggr/år.

Boenderåd 4 ggr/år.

Anhöriggrupper.

Resultat av

”Uppföljning av hälso- och sjukvården på Kattrumpstullen 2012”

Uppföljningen är utförd av stadsdelsnämndens Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) Lili Briese (LB) och medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) Linnéa Svanström Leistedt (LSL).

Text som är hämtad direkt ur dokumentet redovisas med **grå bakgrund**:

Kattrumpstullen består av 5 våningsplan, plan 1 med 13 boende, plan 2 till och med plan 5 med 21 boende på varje plan uppdelade i två gruppboenden med 8 + 13 boende var. Verksamheten har två vårdinriktningar: demensvård (planen 2, 3) och somatisk vård (planen 1, 4, 5). Stiftelsen Rödakorshemmet tog över driften av Kattrumpstullen 15 september 2008.

Ansvar för uppföljningen och metod

Stadsdelsnämndens MAS Lili Briese och MAR Linnéa Svanström Leistedt (LSL) har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kattrumpstullen under oktober, november och december 2012. Uppföljningen har omfattat granskning av tillämpliga delar av ledningssystemet och dokumentationen, intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal, planerade och oplanerade besök på alla våningsplan, inventering av de boendes nutritionsstatus, skyddsåtgärder och andra relevanta medicinska uppgifter, statistik om rapporterade avvikelser och genomförda riskbedömningar. 2. Åtgärder 3. Uppföljning och utvärdering av omvårdnadsarbetet.

Sammanfattande bedömning

Det har skett en mycket positiv utveckling av sjuksköterskornas bedömningar av de boendes risk för fallolyckor, trycksår och malnutrition. Jämfört med förra uppföljningen visar aktuell uppföljning att det finns aktuella riskbedömningar för i stort sett alla boende gällande nutrition (95 %), trycksår (90 %) och falltendens (93 %). Upprättande av planer inom rehabiliteringsområdet har ökat jämfört med tidigare granskning av journaler. Verksamheten har utvecklat sitt kvalitetsarbete av vården och omsorgen genom de veckovisa tvärprofessionella team mötena då varje våningsplans berörd omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonal samverkar kring varje boendes behov och önskemål. Verksamheten har också utvecklat sin avvikelsehantering genom att verksamhetschefen går igenom varje våningsplans händelser, åtgärder och förebyggande arbete tillsammans med berörd personal före de månatliga kvalitetsrådsmötena där verksamhetens samtliga händelser genomlysas. Samtliga möten protokollförs och redovisas på respektive arbetsplatsmöten.

Förbättringsområden

1. Ledningen behöver upprätta en plan för kompetensutveckling inom inkontinensvård för de sjuksköterskor som saknar aktuella kunskaper.
2. Nattfasteregistrering bör genomföras i början av 2013 och en rutin om regelbundna mätningar av de boendes nattfasta bör upprättas.
3. Omvårdnadsprocessen ska dokumenteras för alla boende med skyddsåtgärder.
4. Ledningen behöver upprätta en skriftlig rutin om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes.
5. Omsorgspersonalen behöver uppdatera sina kunskaper i basala hygienrutiner.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Kontakt har tagit med Röda Korsets Högskola för samarbete kring utbildning av inkontinensvård.	Verksamhetschef	Då Stiftelsen Rödakorshemmet avvecklar verksamheten förmedlas kontakt till den nya utföraren under hösten 2013
Upprättande av ny rutin kring nattfasta. Ny mätning av nattfasta	Verksamhetschef Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor Samtlig omsorgspersonal	Kontinuerlig
Upprättande av ny rutin kring inspektion av fötter för diabetessjuka har upprättats. Dokumentera i Vodok	Verksamhetschef och intern-MAS Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor	130410 Kontinuerlig
Utbildning i basala hygienrutiner Skriftligt dokument gällande basala hygienrutiner förmedlas vid nyanställning	Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor Verksamhetschef	Kontinuerlig

Bemanning och ansvar**Sjuksköterskor**

Verksamheten har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor (2,16 årsarbetare) som arbetar enligt ett rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de 97 boende och är också arbetsledare för omsorgspersonalen. Det finns 9 dagsjuksköterskor (8,75 årsarbetare) som arbetar dag- och kvälls-pass enligt schema alla dagar på året och de har ett arbetsledande ansvar för omsorgspersonalens dagliga arbete förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar. På 4 av de 5 våningsplanen där det bor sammanlagt 21 boende har alla 8 dagsjuksköterskor omvårdnadsansvaret för 11 respektive 10 boende var. På plan 1 har sjuksköterskan omvårdnadsansvaret för samtliga 13 boende. Det är minst 5 sjuksköterskor i tjänst på vardagar och mellan 5-6 sjuksköterskor de två dagar som läkaren är på plats.

Alla kvällar och helger dagtid tjänstgör 1 sjuksköterska per arbetspass med ansvar för 97 boende. Vid LB:s uppföljning stämmer bemanningen av sjuksköterskor med avtalet enligt ledningens bemanningslista från december 2012.

Rehabiliteringspersonal

De 2 arbetsterapeuter och 1 sjukgymnast arbetar alla vardagar mellan 8-16.30 och övriga tider är det tjänstgörande sjuksköterskan som ansvarar utifrån sitt yrkesansvar. Det finns 1,00 sjukgymnast och 1,75 arbetsterapeuter vilket stämmer med ledningens bemanningslista från december 2012.



Förebyggande hälso- och sjukvård

Följande nio områden är aktuella i det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet: fallskadeprevention, kontinens- och inkontinensvård, läkarens årliga genomgång av boendes hälsotillstånd och vaccinationer, läkemedelsgenomgångar, munhälsa, nutrition, skyddsåtgärder och trycksår.

Allmänt om fallskadeprevention, nutrition och trycksår De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuterna för att minimera risker för fallolyckor, undernäring och trycksår hos de boende. Sjuksköterskorna har huvudansvaret för att bedöma de boendes risknivåer för malnutrition⁵, trycksår⁶ och falltendens⁷ inom 14 dagar vid inflyttning samt minst en gång per år och oftare vid behov. Utifrån resultatet av ovan riskbedömningar vidtar sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen (sjukgymnasten och arbetsterapeuterna) åtgärder för de boende vars risknivåer visat behov av förebyggande eller behandlande insatser. Sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen följer upp effekten av de vidtagna åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen vid team mötena⁸. Sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen arbetar även hälsofrämjande och identifierar resursområden hos de boende och uppmuntrar och stödjer till exempel de boendes förmåga att kunna äta själva.

1. Fallskadeprevention

Som utgångspunkt för det fallpreventiva arbetet finns sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens ADL⁹ status. Utifrån resultaten från nämnda bedömningar vidtar sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen lämpliga fallskadepreventiva åtgärder. Alla fallolyckor registreras som avvikelser av sjuksköterskorna i avvikelsemodulen VODOK och dokumenteras i journalen. Fallolyckorna analyseras gemensamt av sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen och individuella åtgärder vidtas och följs upp.

2. Kontinens- och inkontinensvård

Vid inflyttning gör sjuksköterskan en bedömning om de boende behöver hjälp med toalettbesök eller har problem med läckage. Sjuksköterskan ansvarar för utredning och förskrivning av adekvata inkontinensskydd vid behov. Arbetsterapeuten kan prova ut och förskriva lämpliga hjälpmedel för toalettbesök och sjukgymnasten bedömer den boendes behov av hjälp vid förflyttning. Tre av de nio dagsjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Fler av dagsjuksköterskorna behöver kompetensutveckling i inkontinensvård för att förskriva rätt inkontinenshjälpmedel.

Förbättringsområde: Samtliga sjuksköterskor ska ha aktuella kunskaper om inkontinensvård.

Åtgärder: Ledningen behöver upprätta en plan för kompetensutveckling inom inkontinensvård för de sjuksköterskor som saknar aktuella kunskaper.

Uppföljning: LB följer upp ovan nämnda åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Kontakt har tagit med Röda Korsets Högskola för samarbete kring utbildning av inkontinensvård.	Verksamhetschef	Då Stiftelsen Rödakorshemmet avvecklar verksamheten förmedlas kontakt till den nya utföraren under hösten 2013
Uppmuntra dagsjuksköterskor att vidareutbildna sig inom äldreomsorg alternativt distriktssköterska	Ledningen	Kontinuerlig

3. Läkarens genomgång av boendes hälsotillstånd och vaccinationer

I läkarens uppdrag ingår att göra en genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd minst en gång per tolv månadersperiod. I läkarens preventiva arbete ingår också att bedöma lämpligheten och ordinera kostnadsfria (landstingets betalningsansvar) vaccinationer gällande influensa och pneumokockinfektion varje höst för alla boende över 65 år som tackat ja. Vaccinationer beträffande pneumokockinfektion behöver endast upprepas efter c:a 6 år. Vaccinationerna kan utföras av sjuksköterskorna på boendet om de är formellt och reellt kompetenta och bedöms lämpliga av den ordinerande läkaren.

4. Läkemedelsgenomgångar

Läkaren ska genomföra en dokumenterad läkemedelsgenomgång¹¹ tillsammans med sjuksköterskan inom två månader efter de boendes inflyttning och därefter minst en gång årligen. En skriftlig överenskommelse mellan Stockholmsgeriatriken och stadsdelsnämndens MAS har upprättats för strukturerade läkemedelsgenomgångar inklusive symtomskattning utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Överenskommelsen används regionalt i centrala Staden. Sjuksköterskorna medverkar alltid vid läkemedelsgenomgångarna och dokumenterar i journalen att de genomförts. Enligt sjuksköterskorna har läkemedelsgenomgångar genomförts på samtliga boende det senaste året. Sjuksköterskan genomför provtagningar samt inhämtar viktiga uppgifter från den boendes kontaktman vid symtomskattningen som görs på alla boende före läkemedelsgenomgångarna.

5. Munhälsa

Landstinget har upphandlat en vårdgivare som utför en munhälsobedömning kostnadsfritt årligen för varje boende som tackat ja till detta. Vårdgivarens uppdrag omfattar även individuell rådgivning om munvården samt utbildning och handledning till hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen gällande



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

den dagliga munvården för varje boende. Vid inflyttningen gör sjuksköterskan en bedömning av de boendes munstatus och förmåga att äta och svälja. Sjuksköterskan ansvarar också för att de boende årligen erbjuds och erhåller en munhälsobedömning enligt ovan samt ansvarar för att utfärda tandvårds- stöd-sintyg i dataprogrammet U-symfoni när de boende behöver nödvändig tandvård. Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna genomförs årliga bedömningar av munhälsan på alla boende som tackat ja. För de boende som har nedsatt beslutsförmåga genomför sjuksköterskan ett presumtvt samtycke och informerar närstående. Detta för att säkra att alla boende får tillgång till bedömning av sin munhälsa.

Enligt sjuksköterskorna är omsorgspersonalen angelägen att följa munhälso-bedömarnas ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård.

6. Nutrition

LB har genomfört en inventering av alla boendes nutritionsstatus. De 9 dag-sjuksköterskorna med omvårdnadsansvar har redogjort skriftligen om sina riskbedömningar och åtgärder utifrån bedömningsresultaten. Av 95 (vid tillfället fanns 2 tomma platser) bedömda boende visar resultaten att 62 är i riskzonen för undernäring. Enligt sjuksköterskorna finns 60 vårdplaner upprättade med cirka 86 omvårdnadsåtgärder för att förbättra de boendes nutritionsstatus. Tidigare hade i stort sett alla boende vars bedömningsstatus låg nära undernärld energi- och proteintät kost. Men de boende ville oftast inte äta den maten utan ha likadan mat som grannen. Numer berikar omsorgspersonalen de boendes kost med grädde, smör och proteinpulver som accepteras mycket bättre. De boende som är i riskzonen för undernäring vägs minst varannan månad eller oftare. Vid inflyttning vägs alla boende och därefter var tredje månad eller oftare vid behov. I början av vistelsen observeras de boende under tre dygn med vätskelista och kalorimätning. Någon nattfasteregistrering har inte skett under 2012 vilket LB rekommenderar att verksamheten genomför i början av 2013. Sjuksköterskorna informerar läkaren om vilka boende som har ät- och sväljsvårigheter och läkaren skriver remiss till logoped¹³ om behov föreligger.

Förbättringsområde: Nattfasteregistrering har inte skett under 2012.

Åtgärder: Nattfasteregistrering bör genomföras i början av 2013 och en rutin om regelbundna mätningar av de boendes nattfasta bör upprättas.

Uppföljning: LB följer upp ovan nämnda åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Upprättande av ny rutin kring nattfasta.	Verksamhetschef	Kontinuerlig
Ny mätning av nattfasta	Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor	
	Samtlig omsorgspersonal	

7. Skyddsåtgärder

Vissa skyddsåtgärder såsom positioneringsbälte, grensele eller brickbord kan användas för att mobilisera och förbättra sittställningen hos en boende som haft en stroke eller har andra problem med bålstabiliteten. Sänggrindar eller rörelselarm kan användas för att skapa en trygghet för de boende. Vid LB:s uppföljning fanns följande skyddsåtgärder:

Sänggrindar för 49 boende

Grensele för 0 boende

Positioneringsbälte för 1 boende

Brickbord för 2 boende

Rörelselarm för 29 boende

Det finns inte fullständig dokumentation för alla boende med skyddsåtgärder enligt sjuksköterskorna.

Förbättringsområde: Omvårdnadsprocessen ska dokumenteras för alla boende med skyddsåtgärder.

Åtgärder: Indikation, samtycke, åtgärder och uppföljningsdatum ska dokumenteras för samtliga boende med skyddsåtgärder. Riskanalys och ställningstagande till andra alternativ ska också dokumenteras.

Uppföljning: LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Indikation, samtycke, åtgärder och uppföljningsdatum skall dokumenteras.	Verksamhetschef Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor	På sjuksköterskemöte 120109 Kontinuerlig

8. Trycksår

Parallellt med nutritionsarbetet arbetar sjuksköterskorna profylaktiskt med bedömningar av de boendes risk för att utveckla trycksår samt åtgärder och följer upp boende med trycksår eller risk för trycksår. Sjuksköterskorna strävar efter att de boende ska aktiveras optimalt och ha en god nutritionsstatus men kan vid behov ordinera trycksårsförebyggande- eller behandlande madrass såväl som lägesförändringar. Rehabiliteringspersonalen arbetar preventivt med olika träningsmoment, lämpliga sittställningar och sittdynor.

Dokumentation

LB och LSL har tillsammans granskat 25 journaler med samtycke av de boende. Då flertalet av boende med demenssjukdom inte kunnat ge sitt samtycke omfattas de inte av denna journalgranskning. Istället har LB genomfört flera intervjuer med respektive personalkategorier på planen för boende med demenssjukdom. LB har gjort planerade och oplanerade besök och intervjuer samt genomfört skriftliga inventeringar av till exempel nutritionsområdet och området beträffande skyddsåtgärder.



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

Sjuksköterskornas dokumentation



2013-279-1.2.1. BILAGA 3



2013-279-1.2.1. BILAGA 3



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK, som är Stadens elektroniska journalprogram för hälso- och sjukvård. Av statistikgranskningen framgår att det finns aktuella riskbedömningar om nutrition för 95 % av de boende, om falltendens för 93 % av de boende och om trycksår för 90 % av de boende vilket är en mycket positiv utveckling jämfört med förra uppföljningen 2011. Det har skett en 23 % ökning gällande risk- bedömningar om nutrition, 31 % ökning för riskbedömningar om trycksår och 20 % ökning för riskbedömningar om falltendens. Av LB:s journalgranskning framgår att samtliga sjuksköterskor vidtar åtgärder för boende med identifierade riskområden men i några journaler saknas dokumentation av uppföljning och utvärdering av effekten av åtgärderna. LB har framfört det till ledningen och efter ledningens önskemål skickat ett skriftligt exempel på omvårdnadsprocessens samtliga delar till alla sjuksköterskor.

LB följer upp sjuksköterskornas arbete med omvårdnadsprocessen vid 2013 års uppföljning.

Rehabiliteringspersonalens dokumentation

Av LSL:s journalgranskning framgår att de boende får bedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast avseende funktions- och ADL- förmåga och hjälpmedelsbehov i samband med inflyttning. Bedömningarna följs upp och åtgärder genomförs vid bedömt behov. Planer inom rehabiliteringsområdet upprättas. Riskbedömningar för fallolyckor har genomförts av sjuksköterskorna. Planer för fallprevention har upprättats i större delen av de granskade journalerna.

Fotsjukvård

Läkaren ska utfärda remiss för de boende som behöver fotsjukvård till exempel boende med diabetes och som har sår eller början till sår, perifer neuropati eller förändringar som deformiteter med mera. Enligt avtalet ska verksamheten bekosta fotsjukvården om den boende har en läkarremiss. Vid uppföljningen var 5 boende remitterade till fotsjukvård.

Boende med diabetes

Vid uppföljningen finns det 5 boende med insulinbehandlad diabetes. Vid LB:s granskning av rutiner finns ingen dokumentation om sjuksköterskans ansvar för att inspektera fötterna på boende med diabetes och hur ofta det bör ske. Kontroller av plasmaglukos och HbA1c₁₄ ordinerar individuellt av ansvarig läkare.

Förbättringsområde: Det saknas skriftliga rutiner om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes.

Åtgärder: Ledningen behöver upprätta en skriftlig rutin om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes och hur ofta det bör ske.

Uppföljning: LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Upprättande av ny rutin kring inspektion av fötter gällande patienter med diabetes.	Verksamhetschef	130109
Utbildning till omsorgspersonal att uppmärksamma förändringar gällande hud och fotstatus hos diabetespatienter,	Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor	Kontinuerlig
	Samtlig omsorgspersonal	

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och därmed tillgång till vårdhygienisk kompetens. Sjuksköterskorna registrerar alla antibiotikabehandlingar av de boende i Vårdhygiens statistikmall vilket är bra och på sikt kan bidra till en minskning av onödiga antibiotikabehandlingar. Hygienrond har genomförts oktober 2011. Vid oanmälda besök på våningsplanen har LB och en dietist observerat att några av omsorgspersonalen inte följt de basala hygienrutinerna. *Förbättringsområden:* Omsorgspersonalen behöver uppdatera sina kunskaper i basala hygienrutiner.

Åtgärder: Omsorgspersonalen bör genomgå Vårdhygiens utbildningar i basala hygienrutiner.

Uppföljning: LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

Åtgärder/handlingsplan	Ansvarig	Klart
Kontinuerlig utbildning i praktik och teori på planmöten samt arbetsplatsträff Skriftligt utbildningsmaterial till omsorgspersonal.	Verksamhetschef Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor Samtlig omsorgspersonal	Kontinuerlig

Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan

Daglig informationsöverföring. Mellan sjuksköterskor sker muntlig överrapportering varje morgon, eftermiddag och kväll. Omsorgspersonalen överrapporterar också till varandra morgon, eftermiddag och kväll. På varje våningsplan träffas sjuksköterskan och omsorgspersonalen för rapportering varje morgon. Vid behov informerar sjuksköterskan omsorgspersonalen även eftermiddagar och kvällar. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

Team möten och tvärprofessionell samverkan samt ansvarsområden
Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna har varje våningsplan tvärprofessionella team möten en gång per vecka då sjuksköterskan, omsorgs- och rehabiliteringspersonalen träffas och går igenom alla boendes resurser, risker och problem. All närvarande personal följer upp åtgärder som vidtagits för de boende och effekten av åtgärderna samt beslutar eventuellt om andra åtgärder för att bättre kunna uppfylla de boendes behov och önskemål inom vården och omsorgen. Verksamhetschefen träffar hälso- och sjukvårdspersonalen varannan vecka med fokus på viktiga frågor inom hälso- och sjukvården och varannan vecka träffas hälso- och sjukvårdspersonalen själva. Enligt verksamhetschefen finns det en dagordning och struktur för dessa möten och mötenas fokus är att säkra vården och omsorgen. Det finns ett skriftligt material som innehåller ansvarsområden för varje sjuksköterska till exempel kostfrågor, inkontinensskydd, profylaktiska och behandlande madrasser. Materialet är väl genomtänkt.

Kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal

Alla sjuksköterskor har fått utbildning i dokumentation och bland annat hur de ska dokumentera sina ordinationer i PARASOL. Sjuksköterskorna har tillsammans med kollegor från övriga äldreboenden på Östermalm fått utbildning i god läkemedels- behandling av äldre¹⁵ hösten 2012. Alla sjuksköterskor som genomgått utbildningen får också en bok om läkemedel vars huvudsyfte är att stödja sjukvården i arbetet med att erbjuda en förbättrad läkemedelsanvändning för den enskilde patienten och därmed en förbättrad livskvalitet, minskat behov av vård och omsorg men även minskade läkemedelskostnader. (LB:s ansvar genom stimulansmedel).

Ledningssystem

Under år 2011 har man upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2009:11 med tillämpliga lokala rutiner. Arbetet med att identifiera relevanta arbetsprocesser pågår liksom implementeringen av de uppdaterade rutinerna.

Lex Maria och avvikelshantering

I verksamheten finns det ett kvalitetsråd som träffas en gång per månad för genomgång av förra månadens händelser, synpunkter och klagomål. Deltagare är verksamhetschefen, kvalitetsombud från varje våningsplan (en omsorgspersonal) rehabiliteringspersonal och minst en sjuksköterska. Kvalitetsrådets möte protokollförs och redovisas på näst- kommande arbetsplatsmöte. Före varje kvalitetsråd har verksamhetschefen träffat sjuksköterskan och omsorgspersonalen för genomgång av månadens händelser på aktuellt plan, vidtagna åtgärder och det förebyggande arbetet med att förhindra upprepning av händelserna. Även detta möte protokollförs enligt specifik mall. Verksamheten har inte haft någon Lex Maria anmälan senaste året.



2013-279-1.2.1. BILAGA 3

Statistik över rapporterade avvikelser

Sedan 1 mars 2011 har Östermalms entreprenörer inom äldreomsorgen enligt avtalen börjat rapportera avvikelser i Stadens gemensamma avvikelsemodul som tillhör VODOK. Avvikelsemodulen är ett registreringsverktyg och tillhör inte journalen.

Rapporterade avvikelser enligt statistik i Sammanställningar 1/3 t o m 31/12 2011	Fallolyckor som lett till fraktur	Läkemedels-hanteringen	Övrigt	Lex Maria
Fallolyckor 50	0	29	0	



Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS:2011:9,4 kap.6§, 7kap.2 3 § p 3

I förbyggande syfte finns det schemalagda samverkanmöten mellan

HSL-personalen och övrig vårdpersonal varje vecka.

Kvalitetsrådsgruppen träffas 1 ggr/mån.

Kvalitet och patientsäkerhetsfrågor är en stående punkt på arbetsplatsträffarna.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda händelsen som rör hälso- och sjukvård som hen får kännedom om. Följa den händelserutin som verksamheten arbetar efter
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal, därefter dokumenteras uppföljningen med dess slutresultat i Vodok
- MAS eller verksamhetschef ska snarast kontaktas om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av sådan karaktär att det föreligger allvarlig skada eller risk för att sådan kan uppstå
- Delta på kvalitetsrådsmöten
- Vara delaktig i rutin och förbättringsarbetet
- Kontakta läkare när händelsen så kräver för att utesluta eller bedöma att skada föreligger
- Kommunicera med övrig vårdpersonal
- Initiera och kontrollera inventering av MTP
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP

En händelse analys ska alltid göras:

- Då en händelse som skulle kunna ha gett allvarliga följder har inträffat
- Risken för upprepning av händelsen finns
- Vid alla Lex Maria- och Lex Sarahanmälningar
- Vid alla särskilda händelser
- Vid alla övriga händelser

Analysen skall svara på:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- När hände det?
- Hur kan vi undvika att det händer igen?

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Som ett led i vårt systematiska kvalitetsarbete arbetar vi aktivt med förslag och eventuella klagomål från boende eller närstående.

Att arbeta aktivt med förslags- och klagomålshantering ger oss möjlighet att utveckla och eller förebygga sådant som hänt eller kan hända.

- Personal informerar Boende/Närstående om rutin för Förslags och Klagomålshantering vid inflyttning
- Vid samverkan/anhörigträffar är inkomna förslag/klagomål en stående punkt på dagordningen
- Personalen informerar om vilka blanketter som används. Röda Korsets och/eller Östermalms blankett för förslag/klagomål
- Personalen informerar att förslag/klagomål kan lämna i märkt postlåda eller direkt till verksamhetschef och/eller till Östermalms staddelsförvaltning. Förslag och Klagomål kan även lämnas anonymt i angivna postlådor på Katrumpstullen
- Personal tar emot eventuella förslag/klagomål. Om förslag/klagomål inte är skriftligt skriver personal ner synpunkt och lämnar till verksamhetschef
- Verksamhetschef gör en direkt återkoppling vad som åtgärdats till den Boende/Närstående som lämnat ett förslag/klagomål inom 2 arbetsdagar eller beroende på klagomålets karaktär
- All personal vet och kan hanteringen kring denna rutin

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla förslag/klagomål behandlas i Kvalitetsrådet som sammanställer och för statistik över inkomna förslag/klagomål.

Kvalitetsrådet följer även upp vidtagna åtgärder. Verksamhetschefen informerar Östermalms staddelsförvaltning samt sin egen organisation. Detta sker på de månatliga lednings möten.



Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi ser närstående som en mycket viktig samarbetspartner i vård- och omsorgsarbete. Närstående har stor betydelse för den boendes självkänsla och vi vill därför, om den boende så önskar, involvera närstående i planering, utförande och uppföljning av vården och omsorgen.

Som exempel finns:

- Vårdplanering två gånger per år plus vid behov
- Anhörig råd
- Boenderåd och samtalsgrupper inom Kattumpstullen

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kattrumpstullen har under 2012 uppnått följande:

- En förbättrad kunskap hos personalen gällande lokala rutiner och patientsäkerhetsarbete genom förbättrat egenkontrollssystem.
- En förbättrad förståelse av vårt uppdrag och vilket ansvar vi har gentemot våra boende och uppdragsgivare
- Förbättrad kontinuitet av planbunden personal

Övergripande mål och strategier för 2013

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Försatt utvecklingsarbete gällande dokumentation
- Utarbeta en plan för en bra avslut för Röda Korset som driftansvarig
- Försatt arbeta i tvärprofessionella team
- Fortsätta utbildningar till undersköterskor
- Starta samtliga registreringar i Senior Alert
- Utbildning för omvårdnadspersonal i mat och måltider
- Utbildning för omvårdnads personal i inkontinensvård



2013-279-1.2.1. BILAGA 3



2013-279-1.2.1. BILAGA 3