



Patientsäkerhets- berättelse för

Kattrumpstullen

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-02-10

Carin Johansson

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	14
Hantering av klagomål och synpunkter	15
Sammanställning och analys	16
Samverkan med patienter och närstående.....	16
Resultat.....	17
Processmått	17
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	21

Sammanfattning

Kosmo bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt dagverksamhet för äldre. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). Där Kosmo har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

KOSMO, Kropp Och Själ Med Omtanke, driver Katrumpstullen sedan den 1 december 2013 genom ett entreprenadavtal med Stockholm stad. I februari 2015 köptes aktierna i Kosmo av Norlandia Care. Detta innebär år 2015 inte några stora förändringar i verksamheten.

Katrumpstullens vård- och omsorgsboendet har 97 lägenheter med heldygnsoomsorg fördelat på fem våningar totalt nio avdelningar. Från start har 55 lägenheter varit avsedda för personer med somatisk sjukdom och 42 lägenheter för personer med demenssjukdom. Under hösten 2015 har det blivit en ny fördelning av platser. Målsättningen är att vi ska ha 4 demensgruppboenden med 8 lägenheter samt 5 somatiska avdelningar med 13 lägenheter. Fördelning den sista december 2015 var 45 lägenheter gruppboende demens samt 52 lägenheter somatik.

Katrumpstullen har under året börjat arbeta mer teambaserat. För att arbeta preventivt samverkar HSL personal med de olika professionerna tillsammans med omsorgspersonalen. Samverkan fokuserar på 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 intensifierats ännu mer under året.

Under året har vi arbetat intensivt med att ytterligare säkerställa sjuksköterskans journalföring samt arbete med riskbedömningar. Vi har även reviderat och implementerat lokala rutiner såsom exempelvis egenkontroll, samverkan, skydds- och begränsningsåtgärder, förflyttning, omvårdnad livets slut och MTP.

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandepaner för alla boende med demenssjukdom. Detta har inneburit att vi år 2015 har utbildat alla personal som arbetar inom demensvård i BPSD.

Avvikelse från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i ledningssystemet med handlingsplan, uppföljning och återkoppling och det finns forum för behandling av avvikelser, synpunkter och klagomål. Under året har Super 8-grupper startats med representanter från alla våningarna. Super 8 vård samt Super 8 trygghet

och säkerhet är de grupper där avvikelser gällande HSL behandlas. Genom avvikelshantering som följer de riktlinjer som finns i lednings-systemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vård skador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem. Checklista finns för bedömning av risker för att förebygga fallincidenter.

Vi har under 2015 fått in fler avvikelser än år 2014. Verksamhetschef och enhetschefer arbetar mycket med att informera och uppmana personal att skriva avvikelser med perspektiv på det som avviker från det normala. Vi har inte haft några Lex Maria-ärenden.

Under första delen av 2015 har det inkommit ett flertal klagomål och synpunkter. Analys av inkomna klagomål visar att det handlar om främst bristande bemötande. Dessa klagomål har resulterat i disciplinära åtgärder för viss personal.

Övergripande mål och strategier

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

Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet. Utformningen av det stöd som ges ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet.

Företagets värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad, se ovan. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Under året har vi tillsammans i personalgruppen tagit fram ett underlag utifrån den nationella värdegrunden. I detta har vi konkretiserat hur vi ska arbeta med att skapa trygghet, hur den boende ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt meningsfullhet.

Företagets intranät och Super 8- arbete är företagets ledningssystem för kvalitet. 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 Kosmo Katrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen som kom den 1 januari 2011. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet med Super8-grupper.

Under 2015 har Katrumpstullen arbetat intensivt med att få en struktur

och arbeta efter de rutiner och riktlinjer som finns. Vi har även skrivit och uppdaterat lokala rutiner och instruktioner.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

- Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Under året har två vårdbiträden läst klart till undersköterska samt att 16 vårdbiträden har läst hela grundpaketet till undersköterska. Fördjupningen beräknas bli klar mars 2016.
- Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt kunskaper om den nationella värdegrunden. Varje avdelning arbetar regelbundet med coachning och handledning i värdegrundsfrågor.
- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten.
- Kvaliteten ska systematiskt utvecklas och säkras. Våra Super 8 grupper arbetar intensivt med att utveckla och arbeta med förbättringsförslag.
- Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten.
- HSL-personal samt övrig personal utbildas regelbundet.
- Aktiv registrering sker i Senior Alert, Palliativa registret samt PBSO.
- Alla boende ska ha aktuella riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Tillhör nyckeltal och rapporteras in varje måndag.
- Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget.

Regionchef ansvarar för att följa upp varje region månadsvis.

Regionchef har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Likaså säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchef ansvarar i samråd med företagets kvalitetschef för att vid behov vidta kvalitetsåtgärder.

Företaget har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar

om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

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

På Kattrumpstullen hade verksamhetschefen Lena Ritzén Jonsson haft det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjuk-vårds lag (HSL) 29 § fram till 15 mars 2015. Från 16 mars 2015 har Verksamhetschef Carin Johansson haft det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjuk-vårds lag (HSL) 29 §. Carin har även haft direkt ansvar för viss del av omsorgspersonalen. Enheten har även en Enhetschef Ida Andersson som närmast chef för den legitimerade personalen. Ida har haft detta ansvar från den 1 augusti 2015. Lindita Dautovic var enhetschef fram till den 31 juli 2015. Enhetschef Petra Källgren har ansvar för viss del av omsorgspersonalen. Ärenden diskuteras i ledningsgrupper som består av verksamhetschef, enhetschefer, teamsamordnare, Äldrepedagog och Silviasjuksköterska

Företaget har en MAS Tabitha Nodeh utsedd för verksamheten i Stockholm, dennes ansvar regleras i 24§ HSL.

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 sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

Kvalitetsrådet/Super 8 grupperna är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Super 8-arbetet har pågått under året, men inte riktigt fungerat fullt ut. Grupperna har därför arbetat med vissa synpunkter och klagomål som inte kräver snabb behandling och återkoppling.

Vid avvikelser eller ärenden som berör hela verksamheten tas detta upp på arbetsplatsmöten som exempel och underlag för förbättringsförslag. Mindre allvarliga medicinska avvikelser följs upp och dokumenteras av ansvarig HSL personal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har regelbunda avdelningsmöten där mindre avvikelser följs upp. Avvikelser av mer allvarlig karaktär lämnas till Verksamhetschef/Enhetschef. Avvikelser kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitetssystem som finns i företaget, Super8. Personalen uppmanas att arbeta med och skriva avvikelser för att förbättra och säkra upp den vård och omsorg som ges.

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

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

Varje måndag följs nyckeltal upp gällande antal boende med aktuell vårdplan, antal boende med aktuell analys i Senior Alert, antal boende med aktuell riskanalys avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Sjuksköterskan rapporterar dessa nyckeltal till Verksamhetschef/Enhetschef. Nyckeltalen rapporteras sedan vidare till företaget.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår, inkontinens samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas.

Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.

Varje enhet har kvalitetsgrupper kopplade till hälso-och sjukvårdsfrågor, Super 8 vård. I dessa Super 8-grupper hanteras avvikelser och uppföljning av de mål som satts i HSL-arbetet. I gruppen ingår såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor och representanter för rehab. Frågorna tas sedan upp i enhetens ledningsgrupp. I ledningsgruppen deltar Verksamhetschef, Enhetschefer, Teamsamordnare, Äldrepedagog och Silviasjuksköterska.

Beskrivning av hur risker för vård skador har hanterats i verksamheten

Fallrapporter o läkemedelsavvikelser skrivs och hanteras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Detta ska även tas upp i Super8 vård respektive Super 8 trygghet och säkerhet. Riskbedömningar görs på alla boende när de kommer till Katrumpstullen och uppdatering sker var tredje månad eller vid behov. Under 2015 har vi börjat arbeta mer teambaserat med Sjuksköterska/Arbetsterapeut/Sjukgymnast och omsorgspersonal.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts under det gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS inför tillsyn. Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Katrumpstullen har vi under 2015 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Avvikelsehantering

Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att han-

tera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen upp och analyserar händelser, tar aktiv ställning till vilka som kräver en förbättring eller korrigerande åtgärd, denna åtgärd genomförs och uppföljning sker för att säkerställa att åtgärden gav det resultat som önskades. Särskilda rutiner finns för hantering av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. För Lex Maria ärenden och allvarliga avvikelser deltar MAS i utredning, analys och åtgärdshantering. Under 2016 kommer vi att implementera ett nytt avvikelshanteringssystem som finns i koncernen.

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

Hygien: Verksamheten har sjuksköterskor med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Verksamheten har avtal med Vårdhygien. Hygienrond är inte genomförd under 2015. Egenkontroll utförs gällande efterlevnad av basala hygienrutiner.

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

Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis och sammanställs var tredje månad till företagets MAS

Senior Alert, riskbedömningar och åtgärder dokumenterad i registret.

Palliativa registret. Avlidna registreras.

BPSD registret Boende med demensdiagnos skattas och registreras. Bemötandeplaner upprättas. Regelbunden uppföljning.

Kvalitetsgranskning av läkemedel. En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det är Apoteket som ansvarar för denna granskning som genomfördes i november 2014. Ny granskning kommer att genomföras våren 2016. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshanteringen upplevs mycket väl fungerande. Resultat av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten.

Dokumentation

HSL personal rapporterar in varje vecka antal dokumenterade aktuella hälsoplaner, riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

Företagets MAS genomför granskning av HSL journaler varje år. Verksamhetschef ska genomföra loggkontroll.

Klagomål och synpunkter

Alla kunder, anhöriga, närstående och personal informeras vid ankomstsamtal om att de ska lämna in synpunkter för att förbättra verksamheten. Blankett "Min synpunkt" används till detta. På varje avdelning samt i entrén finns blanketter och brevlådor där "Min synpunkt" kan lämnas in. Inkomna synpunkter följs upp av verksamhetschef/enhetschef eller respektive Super 8 grupp. Klagomål följs alltid upp av verksamhetschef/enhetschef och återkopplas till den som klagat.

Super 8 processen och nyckeltal

Super 8 består av att inom varje verksamhet skall 8 olika arbetsgrupper finnas som fokuserar på var sitt område inom verksamheten. Förslag från medarbetare, avvikelser, synpunkter från närstående och kund sorteras till respektive område och gruppen analyserar alla förslag som kommer in, och föreslår förbättringar. Tillsammans med verksamhetschefen beslutas om vilka som kan genomföras och dessa planeras in och genomförs. Varje Super 8-område mäts regelbundet med nyckeltal. Genom denna egenkontroll kan verksamhetschefen finna de områden som behöver åtgärdas.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

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

Dokumentation HSL

Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan har ansvarat 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 med vissa förbättringsförslag. Granskningen avser journaler förda efter övergång till nya journaltypen som bygger på ICF.

Register

Verksamheten har arbetat med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna har gått utbildning till BPSD administratör. Under året har vi arbetat aktivt i detta register och med BPSD åtgärder för boende med demensdiagnos. Arbetet med BPSD har formats under året. Silviasjuk-

sköterskan ansvarar för utbildning och införandet av BPSD.

Fall

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

Läkemedelshantering och delegeringar

Det har funnits en tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering.

Nutrition

Kattrumpstullen har som rutin att kontrollera den boendes vikt en gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Vi har arbetat utifrån denna rutin.

Munhälsa

Alla sjuksköterskor har gått utbildning i munhälsobedömning. Alla boende har anmält in till tandvårdsstödsenheten "Symfoni-registret". De boende har fått årlig munhälsobedömning samt munhälsobedömning vid inflytt.

Vårdhygien

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

Förändrat vårdbehov

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

Utbildning

Vi har generellt höjt kompetensnivån inom alla yrkeskategorier. Under 2015 har 16 omsorgspersonal fortsatt sin utbildning till undersköterska. Dessa beräknas vara klara undersköterskor i början på år 2016. HSL personal har gått utbildning i Senior Alert- användare samt i BPSD metoden. De har även gått kurser i Palliativ vård. Sjukgymnast och Arbetsterapeut har även gått kurser i fallprevention samt hjälpmedel.

Personalen går årligen den webbaserade utbildningen i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten har utbildat personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar samt belastningsergonomi. Övrig utbildning vi har fokuserat på och genomfört är: Dokumentation

enligt SOL, kontaktmannaskap, livsmedelshygien, demens samt BPSD. Alla teamledare har utbildats till handledare för elever som studerar omvårdnadsprogrammet. Handledarutbildningen är godkänd för att ta emot lärlingar. En del av personalen har även fått HLR-utbildning och första hjälpen. Vi har även utbildat sex personal i Svenska som andraspråk grundvux. Semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. På Kattrumpstullen har vi läkarorganisationen Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna möten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna möten där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras.

Samverkan med sjukhus

Sjuksköterskan har ansvarat för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan har också ansvarat för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om boende har haft pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta 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: Epikris (gäller icke akut), ordinationshandlingar samt en akutremiss (gäller akut) där aktuellt status, allergi, läkarfrågeställning och aktuella telefonnummer och adresser. Telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende har följt med och lämnat uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Vid utskrivning från sjukhus har sjuksköterskan kontrollerat att utskrivningssmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Samverkan med uppdragsgivare

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

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

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Kattrumpstullen har de legitimerade medarbetarna tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerligt haft uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Vidare har vi haft regelbundna boendegenomgångar tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. Samverkan runt patienten har fungerat bra, men vi ser det fortfarande som ett förbättringsområde. Omsorgspersonalen 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. Vi har haft boenderåd 2 ggr under hösten. På boenderådet medverkar 5-8 boende, Verksamhetschef och Enhetschef. Underlag för samtal och förbättringsförslag har varit delar av resultatet från årets brukarundersökning som delats in i områden, Aktivitet och stimulans, mat och måltid, trygghet, bemötande samt övrigt.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde är Senior Alert, Palliativa Registret och BPSD-registret. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den boende leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Alla boende är registrerade i Senior Alert där analys görs. Alla avlidna är registrerade i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssymtom registreras i registret för BPSD. Ansvarig för registrering i Senior Alert är Sjuksköterska samt Fysioterapeut och Arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är Sjuksköterska. BPSD-registret registreras av dem som är

utbildade administratörer, dessa kan vara Sjuksköterska eller Undersköterska/Vårdbiträde.

Risikanalys 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 en riskanalys inför omfördelning av boende mellan avdelningarna för att skapa mindre gruppboendestäder demens med 8 platser istället för demensavdelningar med 21 platser.

Inför sommar- och vintersemestrar samt eventuella utbrott av influensa, kräksjuka, stopp i trafiken etc har det gjorts en riskanalys med åtgärdsplan.

Analys av klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen sammanställer en rapport inför varje samverkansmöte med stadsdelen från inkomna klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns ett mönster i verksamheten som indikerar på att kvaliteten brister. Detta görs 4 gånger/år. Framkomna brister och mönster analyseras, och åtgärdas. Korrigering och förebyggande åtgärder har satts in. Klagomål, synpunkter och avvikelser lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rapportering av händelser/ Avvikelser

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

På Katrumpstullen har 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. Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelse rapporter och för över dessa till VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. MAS går regelbundet igenom avvikelserna i VODOK och avslutar dessa.

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

Uppföljning

Sjuksköterska följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs. Sjukgymnast/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och ska alltid signera alla rapporter. Sjukgymnast/arbetsterapeut ansvarar sedan för uppföljning och fallpreventiva åtgärder.

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

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om Kattrumpstullens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd har skett inom kort tid utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare har informerats snarast. Om klagomålet bedömts som allvarligt har det rapporteras 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 2015 har vi endast haft ett fåtal synpunkter som har hanterats omgående.

Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal. På förtroenderådet kan också synpunkter lämnas. Synpunkter som anses vara av generell karaktär har diskuterats på förtroenderådet och i den lokala samverkansgruppen med Östermalms sdf. Synpunkter och klagomål från närstående och boende har hanteras på olika nivåer beroende på om klagomålet/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten har fått återkoppling. MAS har informerats om synpunkter och klagomål som rör HSL.

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och återkopplas av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehab-möten och avdelningsmöten. Det har inte gjorts någon anmälan enligt Lex Maria under året.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

På Kattrumpstullen har vi haft samverkan med boende och närstående som ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar och i genomförandeplaner och levnadsberättelse uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och chefer. För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående. Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Ingen information ges utan att först ha den boendes godkännande.

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

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Under året har vi startat boenderåd. I boenderådet är cirka 5-8 boende representerade. Det förs samtal om den boendes upplevelser av den

vård och omsorg som bedrivs på enheten. Till grund för boenderådet har vi utfall på årets boendeenkät. Minnesanteckningar har förts, de förbättringsförslag som tas upp har vi arbetat vidare på. Vi har även ett närståenderåd/förtroenderåd på verksamheten. Närståenderådet/förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats fyra gånger under året. Verksamhetens förtroenderåd har medlemmar (närstående) från flera våningsplan, politiker, intresseorganisationer samt representant från uppdragsgivaren.

Vi har även startat anhöriggrupper under året. Dessa leds av vår Silvia-sjuksköterska samt av vår Äldrepedagog. Grupperna har haft möten varje månad. Av och till har det hållits föreläsningar och informationsmöten med de anhöriga.

Verksamhetschefen har skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet har innehållit kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse. Sedan augusti har det skrivits veckobrev som lagts ut på hemsidan samt mailats till de närstående som önskat.

Varje enhet har ordnat närståendeträffar. Dessa träffar har varit av informationskaraktär eller i form av mingel.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Utbildning i förflyttningsteknik ges årligen till all personal.

Utbildning för användare i Senior Alert har gjorts av den legitimerade personalen,

Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner genomförs årligen av medarbetare.

16 medarbetare är i slutfasen av att vara klara undersköterskor. Beräknas klara mars 2016.

Utbildning i HLR för legitimerade medarbetare samt en del omvårdnadspersonal.

Två sjuksköterskor har gått utbildning i palliativ vård.

En sjuksköterska har gått utbildning i "Symtomlindring vid livets slut"

All personal som arbetar på gruppboende demens har gått BPSD utbildning.

Processmått

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och sedan löpande och vid behov för alla våra boende. Detta är ett av

våra nyckeltal och mäts varje vecka. Riskbedömningarna uppdateras var tredje månad eller oftare samt vid behov.

Arbete fortgår med Palliativregistret, Senior Alert och BPSD. Senior Alert uppdateras var 6:e månad, åtgärder utvärderas var 3:e månad.

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

Läkarorganisationen Legevisitten som har läkaransvaret genomför läkemedelsgenomgångar enligt regelverket.

Enhetschef gör egenkontroller gällande vårdhygien.

Måluppfyllelse

Övergripande mål:

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

Dessa mål mäts med hjälp av brukarenkäten. Det Katrumpstullen har som utmaning är att de äldre ska känna att de är delaktiga i utformningen av vården och omsorgen.

Mål satta i verksamheten för 2015:

1. Fortsätta registrering i Senior Alert, Palliativregistret och BPSD samt utveckla och analysera resultatet
2. Utveckling av Super 8-arbetet och upprätta handlingsplaner för arbetet i grupperna.
3. Utveckla samarbetet i en stabil organisation för HSL
4. Utifrån resultatet i granskningar utveckla kvalitetsarbetet
5. Arbete med vårdhygien genom hygienutbildning för all personal samt införande av hygienronder samt självskattningar och observationer.

Resultatet:

1. Aktiv registrering har skett i Senior Alert och Palliativa registret. Det har utvecklats teammöten där HSL personal och omsorgspersonal samverkar för att öka patientsäkerheten. Alla boende har riskbedömningar upprättade inom 14 dagar. Vi har kommit igång mer med BPSD arbetet, kan bli mycket bättre. All personal som arbetar med demenssjuka har fått utbildning i BPPSD.
2. Alla super8 grupper har statat under året. Har däremot svårt att få personal att medverka och komma till mötena. Fortsatt arbete med detta år 2016.

3. Samarbetet är utvecklat. Teammöten fungerar bra. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska handleder omsorgspersonalen i omvårdnadsarbetet.
4. Kvalitetsarbetet har utvecklats under året. Efter avtalsgranskning är bedömningen från MAS på Östermalms sdf att Katrumpstullens vård- och omsorgsboende har förutsättningar för att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten.
5. All personal genomför regelbundet hygienutbildning. Vi ser att detta arbete alltid måste fortgå. Självskattningar i form av egenkontroller av förutsättningar för basala hygienrutiner samt följsamhet av detta har gjorts.

Frågeställning	Antal /år	2014	2015
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	100 ca	100	62
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten		Totalt antal avlidna patienter på Katrumpstullen 2014: 26 Registrerade 11	Totalt antal avlidna patienter på Katrumpstullen 2015: 44 Registrerade: 19
Antal registrerade patienter i Senior Alert	97 boende	126 inmatade riskbedömningar 35 inmatade åtgärder 24 inmatade uppföljningar	84 inmatade riskbedömningar 47 inmatade åtgärder 45 inmatade uppföljningar
Antal Lex Maria anmälningar under året		1	0
Antal ärenden från IVO		0	0
Antal ärenden från Patientnämnden		0	0

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård

Frågeställning	2014	2015
Läkemedel (registrerade i Vodok)		
Utebliven dos	31	28
Dubbel dos	2	2
Felaktigt iordningsställande	5	0
Utebliven signering	1	0
Fall (registrerade i Vodok)		
Fall i verksamheten	94	302
Frakturer pga. fall	8	10
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	14	24

Övergripande mål och strategier för kommande år

Dokumentation

Mål

HSL-personal ska utvecklas mer och få fördjupande kunskaper gällande den lagstadgade dokumentationen enligt ICF

Strategi

Utbilda ytterligare handledare i ICF. Handledarna formar en grupp som tillsammans med HSL personal tar fram egen handbok och plan och guide för att säkerställa dokumentationen. Arbete enligt plan.

Riskbedömningar

Mål

Alla boende ska ha en riskbedömning i Vodok 2. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, inkontinens och munhälsa samt uppdaterade hälsoplaner i de fall risker upptäcks. Riskbedömningarna kopplas till Senior Alert

Strategi

Nyckeltal gällande antal uppdaterade hälsoplaner och riskbedömningar redovisas varje måndag till verksamhetschef för uppföljning.

Register

Mål

Alla avlidna registreras i Palliativa registret. Boende med demenssjukdom registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera i Senior Alert.

Strategi

En utsedd sjuksköterska utses som ansvarig för de olika registren. Nyckeltal gällande hur många som registreras i Senior Alert samt antal BPSD registreringar.

BPSD

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

Strategi

Handledning av Silviasjuksköterska. Nätverksträffar, extern handledning samt utveckla BPSD team

Trycksår och sår

Mål

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

Strategi

Användning av Biolight som ett komplement vid behandling och profylax vid sår. Insättande av avlastande luftmadrass vid inskrivning om det finns risk för trycksår.

Avvikelser, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag

Mål

Öka antalet rapporterade avvikelser och synpunkter.

Strategi

Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper samtalas det och informeras om vikten av att skriva avvikelser då de upptäcks. Inför digitalt avvikelshanteringssystem TQM från januari 2016. Närstående/boende får information vid varje inflytt samt i anslutning till närstående/anhörigråd samt boenderåd information om var man lämnar klagomål samt vikten av synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevlådor där man anonymt kan lämna "min synpunkt"

Super 8

Mål

Kvaliteten ska systematiskt utvecklas och säkras. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi

Mötesagenda finns för hela året. Varje personal ska själv planera in sitt möte. Synpunkter och förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig Super 8 grupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på vissa möten.

Utbildning

Mål

Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt kunskaper om den nationella värdegrunden. HSL- personal ska få ökad kunskap dokumentation, läkemedel och äldre. All personal har en personlig kompetensutveckling enligt överenskommelse.

Strategi

Varje avdelning ska ha värdering och handledning varje månad. De-

mensutbildning och handledning av Silviasjuksköterska. HSL-personal och övrig personal ska få kontinuerlig handledning och utbildning efter egna behov av utveckling. Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner. Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia.

Ledningssystem

Mål

Nytt ledningssystem TQM, all personal ska få utbildning. Alla lokala rutiner, instruktioner och manualer ska läggas in i ledningssystemet för åtkomst.

Strategi

Utbildning i TQM inleds januari 2016. Alla lokala rutiner, manualer etc finns i systemet per den sista mars. All personal arbetar i systemet per den sista september.

Samverkan

Mål

Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten samt med Vårdhygien SLL. En mycket bra intern samverkan mellan olika yrkeskategorier inom Katrumpstullen.

Strategi

Nytt avtal upprättat med Vårdhygien, kontakt tas för samverkan. Kontakt tas med Legevisitten för kontinuerliga samverkansmöten. Fortsätta med att utveckla samverkan mellan yrkeskategorierna, exempelvis teammöten, HSL-möten samt samverkan mellan teamledare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

Egenkontroller

Mål

Kvalitetssäkra egenkontroller.

Strategi

Att arbeta enligt upprättat årshjul för egenkontroller. Dessa är: infektionsregistrering, läkemedelsgenomgångar, kvalitetsregister, hygienrond, läkemedelsgranskning, basal hygien, avvikelser, delegeringar, MTP och journalgranskning.