



Patientsäkerhetsberättelse för Dianagården 2012

Datum: 1 mars 2013

Lili Briese
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier för patientsäkerheten	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits	9
Uppföljning genom egenkontroll	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	16
Risikanalyser	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	18
Sammanställning och analys	18
Samverkan med patienter och närstående	19
Mål och resultat	20
Mål och strategier för 2013	21

Sammanfattning

För att öka patientsäkerheten och de boendes delaktighet i sin vård och omsorg på Dianagården har hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen (nedan nämnd personalen) bedrivit sitt arbete utifrån ett hälsofrämjande och riskförebyggande synsätt. Med hjälp av resultat från riskbedömningar har personalen vidtagit åtgärder, som följts upp och vid behov ändrats för att minimera de boendes risker för undernäring, fallolyckor och trycksår. Personalen har rapporterat avvikelser som inträffat i verksamheten. Avvikelse, de boendes och närståendes synpunkter och klagomål har bedömts och analyserats i verksamhetens kvalitetsråd. Vid behov har åtgärder vidtagits av personalen och verksamhetschefen för att förbättra kvaliteten och säkerheten av vården och omsorgen. Återkoppling till de boende och närstående om kvalitetsrådets beslut har skett skyndsamt enligt rutinerna.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) har tillsammans med verksamhetschefen stöttat personalen i kvalitets-, säkerhets- och utvecklingsarbetet för en god och värdig vård och omsorg för de boende. MAS och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) har upprättat regler för hälso- och sjukvården inom sina respektive ansvarsområden samt genom möten introducerat dem för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och kontaktmannen stöttat den boendes förmåga att uttrycka sin önskan om hur vården och omsorgen ska genomföras för att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet. För att bättre uppmärksamma och förstå den boendes önskningar och behov, framförallt för boende med demenssjukdom, prioriterar personalen den närståendes medverkan.

Nattpersonalens rutiner att varje natt servera energi- och proteinförstärkt dryck till alla boende som önskar och är vakna, är en mycket föredömlig metod för att förhindra för lång nattfasta. Genom egenkontrollen har sjuksköterskorna följt upp de boendes intag av nattmål via signeringslistor. Resultaten visar cirka 98 % följsamhet av rutinerna vilket är mycket gott. Under 2012 har 10 avvikelser inom läkemedelshanteringen rapporterats. Jämfört med andra verksamheter och med hänsyn till antal boende samt i relation till att minst 35040 doser läkemedel ordinerats till de 48 boende under 2012 är 10 avvikelser eller cirka 0,03 % en mycket låg siffra.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

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

Dianagårdens patientsäkerhetsarbete utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetslagen (2010:659) och andra berörda lagar och förordningar samt berörda föreskrifter och allmänna råd föreskrivna av Socialstyrelsen. Dianagårdens åtagande för patientsäkerhetsarbetet utgår även från Stadens Integrerat Lednings System (ILS), ett nätbaserat planerings- och uppföljningsverktyg.

Mål

Under **Kommunfullmäktiges** (KF) inriktningsmål 2:

2. Kvalitet och valfrihet ska utvecklas och förbättras



finns **KF:s** mål för verksamhetsområdet:

2.3 Stockholmarna ska uppleva att de får god service och omsorg



Därunder finns **Stadsdelsförvaltningens** nämndmål:

2.3.6 Hälso- och sjukvården på vård- och omsorgsboendena ska vara säker och av god kvalitet



Utifrån vilket **Dianagårdens åtagande** är att:

Hälso- och sjukvården på Dianagården ska vara säker och av god kvalitet

Hur ska patientsäkerhetsarbetet bedrivas?

För att öka patientsäkerheten och de boendes delaktighet i sin vård och omsorg på Dianagården har hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen bedrivit sitt arbete utifrån ett hälsofrämjande och riskförebyggande synsätt.

Strategier

På Dianagården bedrivs ett systematiskt arbete med att förebygga undernäring, fallolyckor och trycksår och riskbedömningar inom dessa områden görs på alla boende minst en gång per år. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms och analyseras i verksamhetens kvalitetsråd. MAS genomför en omfattande uppföljning av verksamhetens hälso- och sjukvård en gång per år. MAR följer samtidigt upp rehabiliteringen och sina ansvarsområden av medicintekniska produkter och fallprevention. MAS ansvarar också för månatlig uppföljning av nämndens kvalitetsindikatorer i ILS utifrån ovan nämnda nämndmål: 2.3.6 samt rapporterar i tertial 1 och 2 och i verksamhetsberättelsen om resultaten tillsammans med en analys och övrig relevant information om hälso- och sjukvården.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Stadsdelsnämnden har det yttersta ansvaret för en god och säker hälso- och sjukvård inom nämndens verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Stadsdelsdirektören ansvarar för att det finns en Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska och verksamhetschef för hälso- och sjukvården inom nämndens ansvarsområden för hälso- och sjukvård.

Avdelningschefen ansvarar övergripande för att leda, planera, kontrollera och följa upp kvalitets- och säkerhetsarbetet inom nämndens hälso- och sjukvård samt att övergripande bevaka att ett kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård och omsorg upprättas i förvaltningen.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) ansvarar för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera samt dokumentera kvalitets- och säkerhetsarbetet inom nämndens verksamheters hälso- och sjukvård samt att upprätta tillsammans med MAR ett kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård i förvaltningen. MAS ansvarar enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3 § för att

- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och god vårdhygienisk standard inom nämndens ansvarsområden
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande
- det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna
- anmälan görs till nämnden om en patient i samband med vård, undersökning eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom
- upprätta hälso- och sjukvårdsregler tillsammans med Innerstadens MAS och MAR utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och Stockholms stads övergripande riktlinjer om hälso- och sjukvård
- följa upp verksamheternas avvikelshantering

Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar på motsvarande sätt som MAS enligt ovan inom sina ansvarsområden för

- rehabilitering
- medicintekniska produkter (MTP)
- fallskadeprevention tillsammans med MAS
- uppföljning av verksamheternas avvikelshantering gällande fallolyckor och olyckor med MTP

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvarar för att

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet
- vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv
- upprätta ett lokalt kvalitetsledningssystem med rutiner som implementeras och tillämpas i verksamheten
- enhetschef och samtlig personal inom berörd verksamhet informeras om MAS och MAR regler
- lokala rutiner upprättas utifrån MAS/MAR regler
- identifiera risker, problem och resurser i verksamheten med åtföljande åtgärder och förstärkningar
- genom egenkontroll följa upp och utveckla kvaliteten och ett forum för kvalitetsarbete samt formulera kvalitetsmål
- personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar förutom sitt sedvanliga yrkes- och befattningsansvar dessutom för att

- inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård och omsorg
- rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt utreda, åtgärda och följa upp avvikelsen
- delta i riskinventering, förbättrings- och utvecklingsarbete
- delta i upprättande av det lokala kvalitetsledningssystemet
- delta i egenkontrollen för att följa upp att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och andra tillämpliga lagars och föreskrifters intentioner

Omsorgspersonalen ansvarar för att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och instruktioner gällande de boendes/patienternas vård och omsorg samt genom delegering genomföra hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt berörda lagar, föreskrifter, regler och rutiner och medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Dianagårdens struktur för uppföljning/utvärdering

I all uppföljning ska den enskildes behov och önskemål vara vägledande och nödvändiga förändringar ska kunna vidtas i verksamheten för att målet *Bästa tänkbara vård och omsorg för den enskilde* ska uppnås. Stadens värdegrund inom äldreomsorgen *”Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet”* och den nationella värdegrunden *”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”* 5 kap. 4 § Socialtjänstlag (2001:453) ska vara verksamhetens ledstjärnor.

MAS/MAR regler och verksamhetens lokala rutiner

I verksamhetens patientsäkerhetsarbete finns MAS/MAR regler och utifrån dessa upprättas lokala rutiner på Dianagården för att förebygga vårdskador och bevara de boendes resurser. Vid MAS möten, 4 – 5 gånger per år, stöttar MAS hälso- och sjukvårdspersonalen och följer upp att de arbetar enligt MAS/MAR regler. Nedan beskrivs olika metoder för verksamhetens uppföljning. I all uppföljning ingår att utvärdera och analysera resultaten.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

En kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelshantering genomförs varje år av legitimerad specialistutbildad farmaceut för att säkra hanteringen av de boendes läkemedel och deras läkemedelsbehandling utifrån läkarens ordinationer.

MAS/MAR uppföljning av kommunfullmäktiges kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården

En gång per år följer MAS och MAR upp kommunfullmäktiges kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården enligt följande

- fallolyckor
- trycksår
- nutrition
- läkemedelsgenomgångar
- ADL
- inkontinensvård

MAS uppföljningar av nämndens hälso- och sjukvårdsmål

MAS följer upp tre gånger per år hälso- och sjukvårdspersonalens bedömningar av de boendes risk för fallolyckor, malnutrition och trycksår samt genomförda läkemedelsgenomgångar och analyserar resultaten och rapporterar i ILS till tertiäl 1, tertiäl 2, verksamhetsberättelsen och den årliga uppföljningen.

MAS och MAR årliga uppföljning av hälso- och sjukvården

Varje år genomför MAS en omfattande uppföljning av hälso- och sjukvården i verksamheten. MAR följer upp sina ansvarsområden inom rehabilitering, medicintekniska produkter och fallprevention.

MAS och MAR använder som uppföljningsinstrument kommunfullmäktiges stadsövergripande mall och kvalitetsindikatorer, MAS och MAR prioriterade hälso- och sjukvårdsområden utifrån tidigare uppföljningar och förbättringsområden, rapporterade avvikelser, eventuella klagomål samt identifierade riskområden. Ovanstående följs upp genom journal- och statistikgranskning i dataprogrammet VODOK, granskning av det lokala kvalitetsledningssystemet, intervjuer med hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal samt verksamhetschefen och anmälda och oanmälda besök i verksamheten. Uppföljningen sker ungefär på samma sätt som hos entreprenörerna men med den skillnaden att MAS har ett lagreglerat medicinskt ansvar för Dianagården och MAR ansvarar för sina specifika områden i verksamheten. Genom sitt medicinska ansvar har MAS och MAR därför tillgång till alla journaler utan de boendes samtycke.

Tvärprofessionell samverkan på våningsplanen i verksamheten

Varje vecka har verksamheten tvärprofessionella team möten på varje våningsplan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktmannen och rehabiliteringspersonalen deltar. Syftet med mötena är att varje boendes resurser, eventuella risker och problem ska uppmärksammas, åtgärdas och följas upp med fokus på den personcentrerade vården och omsorgen. Följande frågor ska vara vägledande:

1. Har den boende fått den vård och omsorg som han/hon behöver och önskar?
2. Har den boende fått möjlighet att delta i besluten om sin vård och omsorg och även fått delta i vård- och omsorgsarbetet utifrån sina resurser?

Verksamhetschefens dagliga möten med all personal

Verksamhetschefen har som praxis att varje morgon träffa både omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalen ute på varje våningsplan för att lyssna och vid behov stödja dem i vård- och omsorgsarbetet. Dessa möten bidrar till verksamhetschefens kvalitetssäkring av det lokala kvalitetsledningssystemet och viktig kännedom om de boendes och personalens vardag.

Kvalitetsråd

Verksamheten arbetar med egenkontroll genom sitt tvärprofessionella kvalitetsråd som består av kvalitetsombud från varje våningsplan, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och verksamhetschefen. De träffas varje månad och bedömer alla avvikelser, klagomål och synpunkter samt vidtar åtgärder vid behov och följer upp effekterna av dem. Återkoppling sker till berörd personal, boende och närstående. Genom att deltagarna i kvalitetsrådet hanterar alla avvikelser arbetar de också med analyser och försöker identifiera dolda risker och mönster för att kunna vidta rätt åtgärder och förbättra säkerheten och kvaliteten för de boende.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Övergång till egen regi, bemanning och kvalitetsråd

Under 2012 har verksamheten återgått till egen regi i stadsdelen 21 februari. Arbetet med patientsäkerheten har därför fokuserats på att bygga upp en kompetent bemanning i sjuksköterskegruppen där 2 nya dagsjuksköterskor har rekryterats. Sjukgymnastens och arbetsterapeutens arbetsområden har förtydligats med fokus på yrkes- och befattningsansvaret. För att öka omsorgspersonalens delaktighet och engagemang har olika arbetsgrupper bildats inom områdena kost, inkontinens, hygien och aktiviteter.

Ett kvalitetsråd har bildats med en representant (undersköterska eller vårdbiträde) från varje boendeenhet, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt verksamhetschefen. Rådet träffas en gång per månad och alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms, analyseras, åtgärdas samt följs upp. Återkoppling sker till övrig berörd personal på team möten. Viss återkoppling om specifika händelser och beslut sker på arbetsplatsmöten. De boende och deras närstående får också återkoppling på för dem berörda delar från kvalitetsrådet genom sjuksköterskans eller verksamhetschefens försorg.

MAS och hälso- och sjukvårdspersonalens samverkan för patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården

MAS har haft kontakt med verksamheten varje vecka om eventuella avvikelser eller andra relevanta frågor och kontaktas omedelbart vid allvarliga vårdskador. Ingen allvarlig vårdskada har inträffat under egen regi perioden 21/2 -12 till och med 31/12 -12. MAS har under 2012 endast haft kontakt med en anhörig som haft mer omfattande frågor om vården. Inga andra synpunkter eller klagomål har inkommit till MAS beträffande Dianagården. Under 2012 har MAS haft möten med hälso- och sjukvårdspersonalen 5 gånger varav 4 möten med protokoll och dagordning. Exempel på frågor som behandlats under 2012 har varit avvikelse- och läkemedelshanteringen, regler och checklistor för skyddsåtgärder, riskbedömningar och dokumentation. MAS och MAR har genom statistikprogrammet i VODOK gått igenom alla avvikelser och återkopplat till verksamheten vid behov.

MAS/ MAR årliga uppföljning

Den årliga uppföljningen av verksamhetens hälso- och sjukvård genomfördes av MAS under december -12 samt genomgång av dokumenterade riskbedömningar och journalgranskning. MAS har dessutom haft en extern distriktsköterska med mandat från äldreomsorgschefen att granska Dianagårdens hälso- och sjukvårdsjournaler på MAS inrådan.

Granskningsresultaten visade att dokumentationen höll en god kvalitet avseende allmänna uppgifter, riskbedömningar för fallolyckor, nutritionsstatus och trycksår samt omvårdnadsprocessen. Det finns förbättringsområden gällande dokumentationen av inkontinensutredningar och utvärdering av läkemedelsbehandling för smärta. Återkoppling av dessa resultat kommer att ges på första MAS mötet i mars 2013 då även sjuksköterskan som genomfört en extra granskning av dokumentationen är inbjuden för att ge sina synpunkter.

MAS projekt för ökad kvalitet och säkerhet i läkemedelshanteringen:

1. Genomlysning av läkemedelshanteringen

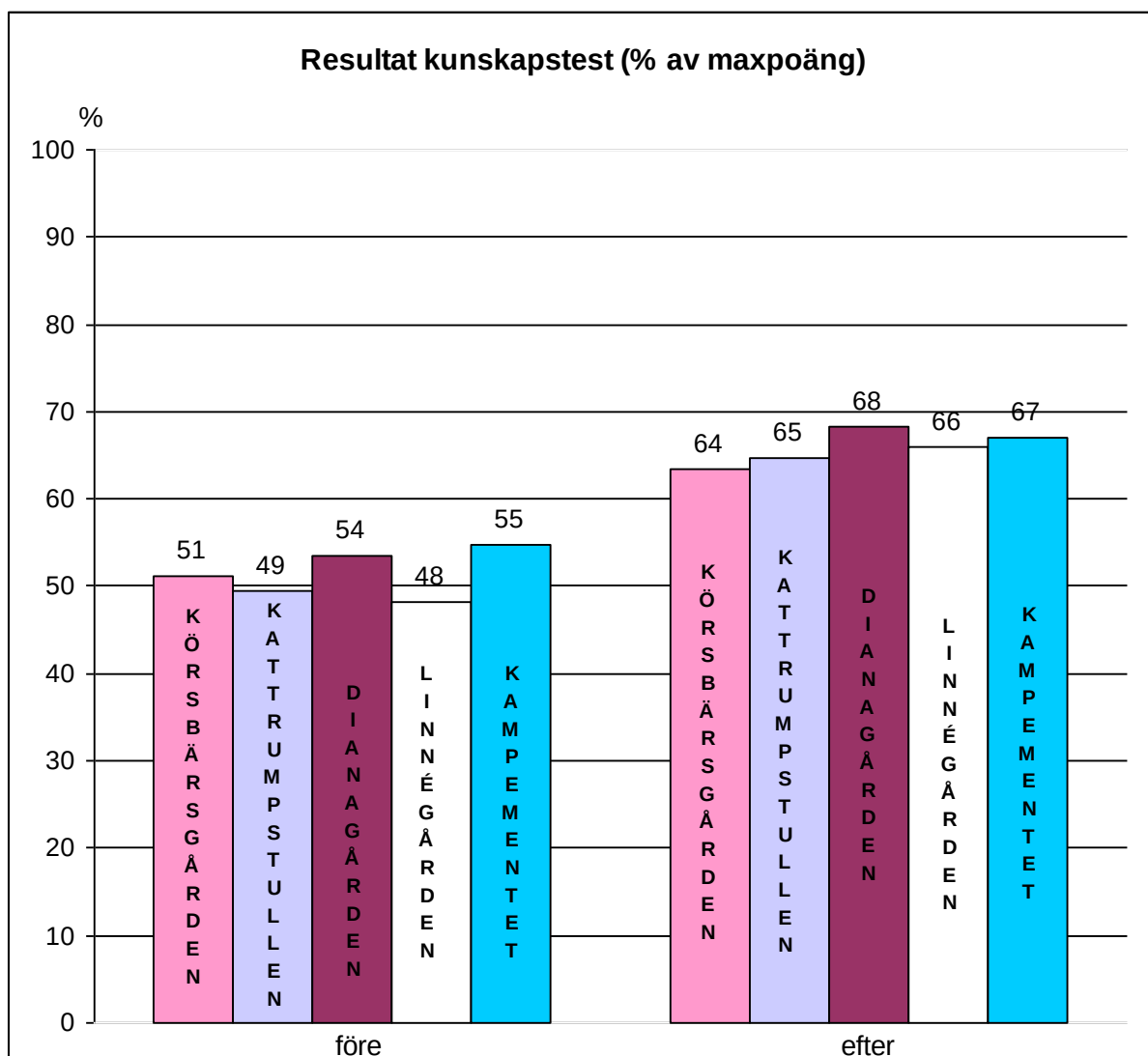
Den mest omfattande medicinska behandlingen inom hälso- och sjukvård är läkemedelsbehandlingen. Läkemedelshanteringen inom särskilda boenden för äldre består av en komplex kedja med många aktiviteter där flera aktörer med olika ansvarsområden ska samverka kring den boende. Därför har MAS med stimulansmedel upphandlat farmaceutisk specialistgenomlysning av läkemedelshanteringens samtliga områden i nämndens alla särskilda boenden för äldre.

Efter sin genomgång och noggranna inspektion har farmaceuten upprättat en plan med förslag på förbättringsåtgärder för Dianagårdens ledning och sjuksköterskor. MAS har följt upp planen för att säkra att dessa åtgärder blivit vidtagna. Jämfört med andra verksamheter var antalet förbättringsåtgärder relativt lågt för Dianagården, nämligen 8 förbättringsförslag jämfört med 61-70 förslag för andra verksamheter.

2. Utbildning i läkemedel och äldre för omsorgspersonal och sjuksköterskor

I MAS projekt om läkemedel och äldre ingick också utbildning under 2011 och 2012 för all omsorgspersonal i läkemedelskunskap, 260 personal från alla nämndens vård- och omsorgsboenden exklusive Rio vars omsorgspersonal genomgått liknande utbildning under MAS projekt 2010.

MAS lät testa omsorgspersonalens kunskaper om läkemedel direkt före och efter utbildningen och följande resultat uppmättes:



Kunskapstestet innehöll 17 frågor som gav maxpoäng 17. Den största höjningen av kunskapsnivån efter genomförd utbildning var 18 procentenheter och den lägsta var 12. Genomsnittet av kunskapshöjningen blev cirka 15 procentenheter. Det är ett gott resultat som visar att rätt utbildning ger positiv utdelning.

All omsorgspersonal som genomgått ovanstående utbildning fick också en lärobok som bygger på innehållet i utbildningen. Resultatet av omsorgspersonalens utvärdering av utbildningen visade att 91 % var mycket nöjda med innehållet i utbildningen.

I MAS projekt ingick också utbildning hösten 2012 i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre och läkemedel för 51 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor från samtliga nämndens särskilda boenden för äldre. Enligt MAS utvärdering var 100 % av sjuksköterskorna mycket nöjda med utbildningen. Sjuksköterskorna fick även ett kompendium om innehållet i deras utbildning samt en nyutkommen bok om läkemedel med fokus på äldre författad av en läkare med specialutbildning och lång erfarenhet inom området.

Socialstyrelsens värdegrundsutbildning

MAS och MAR har hösten 2012 genomgått Socialstyrelsens värdegrundsutbildning "Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen (7,5 högskolepoäng) för MAS, MAR och andra ledande befattningar inom äldreomsorgen. Ämnena som ingick i kursen var *Värdegrund, Etik och humanism, Kommunikation och Utvecklings- och förbättringskunskap*. MAS valde att i utbildningen fördjupa sig inom området det salutogena (hälsofrämjande) förhållningssättet i omvårdnads- och omsorgsarbetet och upprätta en modell för en arbetsmetod med fokus på ett ökat deltagande i sin vård och omsorg för de boende med demenssjukdom. MAS kommer att tillsammans med berörd personal att handleda detta arbete på Dianagården under 2013. Arbetsmetoden ska utgå från Stadens värdegrund inom äldreomsorgen, som beskrivits ovan. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med övriga professioner i det tvärprofessionella teamet kring den boende upprätta en resursdiagnos för varje boende med demenssjukdom utifrån den boendes önskemål och behov. MAR valde att i utbildningen fördjupa sig inom området tvärprofessionellt samarbete kring den boende och hur detta samarbete på ett effektivt sätt kan öka kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Statistik om avvikelser rapporterade i VODOK 1/1- 31/12 2012

Fallolyckor	Fallolyckor som lett till fraktur	Läkemedelshanteringen	Övrigt	Lex Maria
81	2	10	2	0

Kort analys av avvikelserna

Personalen har blivit mer benägen att rapportera fallolyckor i statistikmodulen i VODOK vilket ökar deras möjligheter att förbättra sitt fallpreventiva arbete och identifiera vilka boende som har störst risk för att råka ut för allvarliga fallolyckor. Avvikelserna inom läkemedelshanteringen handlar om uteblivna doser som omsorgspersonalen glömt att överlämna. Ingen av de boende fick några synliga skador av det.

Antalet avvikelser i förhållande till ordinerade läkemedelsdoser under 2012 är 10 avvikelser i relation till minst 35040 ordinerade doser lika med cirka 0,03 % avvikelser. Jämfört med andra verksamheter och även med hänsyn till antal boende har Dianagården en mycket låg siffra gällande avvikelser inom läkemedelshanteringen vilket sannolikt beror på flera faktorer.

En viktig faktor kan vara att Dianagården är en medelstor verksamhet med en mycket god kontinuitet av sjuksköterskebemanningen. Sjuksköterskorna som utbildat och delegerat läkemedelsuppgifterna till omsorgspersonalen är mycket kunniga och engagerade sitt arbete. Flera av omsorgspersonalen har lång erfarenhet av äldreomsorg och är också mycket kompetenta. Ovan nämnda utbildning i läkemedel och äldre för omsorgspersonalen har sannolikt haft en positiv inverkan på deras följsamhet av de regler och rutiner som ska säkra hanteringen av läkemedel till de boende. Vår gemensamma vision är 0 antal avvikelser i läkemedelshanteringen!

De övriga två avvikelserna har skett i vårdkedjan. I det ena fallet har en annan vårdgivare brustit vid informationsöverföringen. Den andra avvikelserna handlar om när vi själva brustit vid remittering av en boende till S:t Görans sjukhus. I ett stressigt ögonblick skrev sjuksköterskan fel siffra i personnumret. Felet uppdagades direkt på sjukhuset genom att dataprogrammet ”larmade”. Avvikelsen innebar ingen skada för den boende.

Exempel på avvikelseprocessen:

En fallolycka inträffar:

Omsorgspersonalen tar hand om den boende och kontaktar sjuksköterskan, upprättar fallrapport, information till övrig berörd personal, dokumenterar i PARASOL.



Sjuksköterskan tar hand om den boende, undersöker, bedömer, vidtar åtgärder och följer upp, eventuell läkarkontakt, information till berörd personal inklusive sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, chef, närstående, eventuellt MAS, MAR, dokumenterar i VODOK.



Sjuksköterskan dokumenterar alla avvikelser i journalen och i avvikelsemodulen i VODOK. MAS och MAR kan läsa de senaste rapporterade avvikelserna i sin bevakning i VODOK.

Återkoppling av avvikelser

Alla avvikelser följs upp både i det tvärprofessionella team mötet varje vecka och i kvalitetsrådet som sammanträder en gång per månad.

Avvikelsehanteringen är en viktig del i verksamhetens lokala kvalitetsledningssystem och ska leda till åtgärder som minskar risken för upprepning samt utveckling av det förebyggande arbetet. Vid allvarliga vårdskador kontaktas MAS direkt av sjuksköterskan eller verksamhetschefen.

Dianagårdens övriga egenkontroll

OMRÅDE	MÅLGRUPP	HUR = METOD	NÄR SKER KONTROLLEN	VEM KONTROLLERAR	ÅTERKOPPLING ÅTGÄRDER
Vårdhygien	Om-sorgspersonal.	Observation m checklista.	Årligen. Oplanerat tillfälle vid t ex måltider, hjälp med hygien.	Sjuksköterska	Samtal med berörd personal utifrån checklisten, ev utbildning basala hygienrutiner.
Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar	Alla boende på Dianagården.	Energi- och protein förstärkt dryck tillreds varje natt av nattpersonalen.	Varje natt erbjuds alla boende som är vakna den energi- och proteinförstärkta drycken.	Sjuksköterska Signeringslista finns.	Informationsöverföring varje morgon mellan natt- o dagpersonal o mellan natt- och dagsjuksköterska. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska dokumenterar i journalen.
Trycksår	Alla boende på Dianagården.	Granskning i VODOK: Riskbedömning m Norton.	Minst 3 ggr per år, T1,T2,VB o årliga uppföljningen.	MAS	MAS dokumenterar i T1,T2,VB o årliga uppföljningen t nämnden och återkopplar t chef och personal på Dianagården.
Nutrition	Alla boende på Dianagården.	Granskning i VODOK: Riskbedömning m MNA initial och slutlig.	Minst 3 ggr per år, T1,T2,VB o årliga uppföljningen.	MAS	MAS dokumenterar i T1,T2,VB o årliga uppföljningen t nämnden och återkopplar t chef och personal på Dianagården.
Falltendens	Alla boende på Dianagården.	Granskning i VODOK: Riskbedömning m Downton.	Minst 3 ggr per år, T1,T2,VB o årliga uppföljningen.	MAS	MAS dokumenterar i T1,T2,VB o årliga uppföljningen t nämnden och återkopplar t chef och personal på Dianagården.

Läkemedelsgenomgångar	Alla boende på Dianagården.	Granskning av journalerna.	Minst 3 ggr per år, T1,T2,VB o årliga uppföljningen.	MAS	MAS dokumenterar i T1,T2,VB o årliga uppföljningen t nämnden och återkopplar t chef och personal på Dianagården.
Kontroll av narkotika och bäst före datum på alla läkemedel	Alla läkemedel i verksamheten.	Kontrollerar narkotikajournalerna och alla läkemedelsförpackningar.	Var tredje månad eller oftare vid behov. Sjuksköterskorna signerar sina kontroller i narkotikajournalerna o på signeringslista.	Två namngivna sjuksköterskor som dokumenteras i rutinen för läkemedels hanteringen.	Kontrolleras av extern farmaceut årligen som dokumenterar sin granskning i specifikt protokoll till ledningen och ansvariga sjuksköterskor och MAS som gör en övergripande kontroll vid sin årliga uppföljning som redovisas till nämnden.
ADL	Alla boende på Dianagården.	Granskning i VODOK: Bedömning m ADL Sunnås.	Vid den årliga uppföljningen.	MAR	MAR dokumenterar i den årliga uppföljningen t nämnden o informerar rehabiliteringspersonal och chef.
Journalgranskning	Alla sjuksköterskors, sjukgymnasens och arbetsterapeutens dokumentation.	Granskning av cirka 25 % av det totala antalet pågående journaler genom slumpmässigt urval.	Vid den årliga uppföljningen.	MAS OCH MAR	MAS och MAR dokumenterar i den årliga uppföljningen t nämnden o återkopplar till sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och chef.

Kort analys av ovan beskriven egenkontroll

Mätning av omsorgspersonalens följsamhet av basala hygienrutiner är inte gjord under 2012. Vid MAS möte med verksamhetschefen i mars -13 ska datum för denna kontroll bestämmas. Den ovan nämnda metoden och rutinen, som personalen arbetar efter varje natt för att förhindra för lång nattfasta för de boende, är föredömlig. Under alla år som MAS har följt upp olika verksamheter inom äldreomsorg både egen, entreprenör och privat regi, har ingen vårdgivare presenterat någon annan metod som varit lika effektiv med att förhindra för lång nattfasta. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna bedömer att nattpersonalens servering av nattmål varje natt är en mycket värdefull komplettering i arbetet med att kvalitetssäkra de boendes nutritionstillstånd.

När det gäller riskbedömningar för de boendes falltendens, nutritionsstatus och trycksår har alla boende en uppdaterad riskbedömning inom dessa områden och måluppfyllelsen för nämndmålet är 100 %. Alla boende har också en uppdaterad ADL bedömning. Samtliga boende har också fått en årlig tvärprofessionell läkemedelsgenomgång. Kontroller av narkotikarutinerna och hanteringen av övriga läkemedel visade godkända resultat enligt farmaceutens genomlysning av läkemedelshanteringen våren -12 och även enligt den uppföljande farmaceutens kvalitetsgranskning hösten -12. Av journalgranskningen framgår att majoriteten håller en god nivå. Dock saknas i flera journaler tydlig dokumentation om inkontinensutredning och utvärdering av läkemedelsbehandling för smärta. Sjuksköterskorna kommer att arbeta mer omfattande med dessa områden enligt planen för 2013.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten samverkar alla personalkategorier i tvärprofessionella team kring den boende med fokus på att stärka de individuella resurserna och förebygga vårdskador. MAS samverkar med hälso- och sjukvårdspersonalen genom regelbundna MAS möten med dagordning som protokollförs och återkopplas vid nästa möte.

MAS har upprättat tillsammans med läkarverksamheten en överenskommelse om hur läkemedelsgenomgångarna ska genomföras enligt en strukturerad modell. Överenskommelsen används i centrala Staden och med övriga läkarorganisationer där.

MAS har tillsammans med kollegorna i den regionala MAS organisationen upprättat en överenskommelse med Stockholms sjukhem ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) Innerstaden som ska tillhandahålla konsultativt stöd i individuella patientfrågor gällande palliativ vård dygnet runt samt handledning och stöd, som syftar till erhållande av reell kompetens samt vård enligt LEON principen (lägsta effektiva omhändertagandenivå), tillgängligt vardagar 8-17. Remiss skickas till ASIH Innerstaden efter att den boende gjort ett vårdval och liknande överenskommelse kommer att upprättas med annan ASIH verksamhet som den boende väljer. Specifik blankett fylls i och undertecknas där ansvarsområden för ASIH är dokumenterade vid varje tillfälle när de ger stöd och handledning på Dianagården.

MAS har upprättat en överenskommelse i vårdkedjan mellan slutenvården och öppenvården tillsammans med stadsdelsförvaltningarna i Centrala staden och Västerort och några vårdcentraler i dessa stadsdelar, Brommageriatiken, Trygg Hälsa och Capio S:t Görans sjukhus. Rutiner för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i öppen- eller slutenvården är dokumenterade i denna överenskommelse.

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna (OAS) samverkar med landstingets Tandvårdsenhet gällande de årliga kostnadsfria munhälsobedömningarna för alla boende på Dianagården av legitimerad tandhygienist. OAS utfärdar också tandvårdsstödsintyg i landstingets dataprogram U-symfoni för boende med behov av nödvändig tandvård. MAS deltar årligen i ett samverkansmöte med landstingets Tandvårdsstab för informationsutbyte och utvärdering av munhälsobedömningarna på alla särskilda boenden för äldre och funktionsnedsatta i Stockholms läns landsting.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid större förändringar i organisationen, till exempel bemanningen eller arbetstider, gör verksamhetschefen en riskanalys eventuellt tillsammans med MAS. Inför varje års sommarbemanning inhämtar MAS en redogörelse med riskanalys från ledningen i vård- och omsorgsboenden i egen regi, i entreprenad och numer även från de två privata verksamheter inom Östermalm som äldreförvaltningen har ramavtal med. Verksamheterna ska beskriva hur de planerar sin sommarbemanning av hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen samt hur ledningen ska säkras under sommarmånaderna. Redogörelsen ska även innehålla vilka risker som identifierats och de åtgärder som vidtagits för att förebygga dessa risker. I redogörelsen ska det framgå vem som ansvarar för bemanningen under sommarveckorna och hur dessa personer ska handla vid akuta sjukdomsfall och det ska också vara dokumenterat när ledningen ska kontaktas under jourtid. Redogörelsen ska även innehålla en plan för hur den sommarvikarierande omsorgspersonalen ska utbildas inom olika relevanta områden till exempel medicinska arbetsuppgifter inom läkemedelshanteringen och förflyttningar med medicintekniska hjälpmedel exempelvis personlyftar. Kopia på analysen och redogörelsen ska skickas till MAS senast i maj enligt datum som överenskommits med äldreomsorgschefen på Östermalm.

Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen arbetar dagligen med riskbedömningar för att förebygga vårdskador för de boende framförallt inom områdena nutrition, fallolyckor och trycksår. De boende och deras närstående är viktiga samarbetspartners i detta arbete. MAS har tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen identifierat riskområden i det dagliga arbetet. Förflyttning med personlyft, utskrivning från slutenvården och läkemedelshandling är områden med många aktiviteter som utförs av olika personalkategorier som ska samverka för att den boende ska få en säker vård och omsorg. All personal har fått utbildning av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten i förflyttningsmetodik och utbildning i läkemedelshandling av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna är noga med att inhämta information från slutenvården vid den boendes utskrivning alternativt från primärvården vid den boendes inflyttning framförallt en uppdaterad läkemedelslista. Sjuksköterskorna är också noggranna med att uppdatera omsorgspersonalens delegeringar och följa upp personalens kunskaper om den delegerade medicinska arbetsuppgiften.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen 6 kap.4 § (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera till vårdgivaren (verksamhetschefen och MAS) risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunna medföra en vårdskada för den boende. Verksamhetschefen är skyldig att utreda händelser eller risker som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada för den boende. MAS/MAR ska utreda inom sina ansvarsområden allvarliga vårdskador eller händelser och risker som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada för den boende och bedöma om Lex Maria anmälan ska göras samt anmäla Lex Maria till nämnden och Socialstyrelsen.

Hur personalen på Dianagården rapporterar avvikelser och hur dessa sammanställs, analyseras och återkopplas finns beskrivet under ovan rubrik *Uppföljning genom egenkontroll*. Statistik på personalens rapporterade avvikelser finns i avvikelsemodulen i VODOK. Åtgärder och uppföljning av eventuella sår, smärtor eller andra konsekvenser av till exempel fallolyckor är dokumenterade i journalen under *Status* och under *Åtgärder*. Uppföljning dokumenteras i ett nytt *Status*. Arbetet med verksamhetens avvikelser sker dels i det tvärprofessionella team arbetet som beskrivits enligt ovan och i verksamhetens Kvalitetsråd.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Äldreomsorgen har en rutin i sitt kvalitetsledningssystem KLEO (kvalitet, leda, effektuera, organisera) som beskriver hur klagomål och synpunkter ska hanteras. En närstående har under 2012 haft synpunkter på biståndshandläggningen och vården av sin anhörig. Verksamhetschefen tog direkt kontakt med MAS som kontaktade biståndshandläggarchefen och de träffade den närstående tillsammans med berörd hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal och gick igenom frågeställningarna systematiskt. Därefter hade ledningen, berörd personal och närstående flera samtal och e-post kontakt i enlighet med närståendes önskemål. Efter några samtal och skrivelser var den närståendes frågor utredda och besvarade och därefter har den närstående fortsatt sin goda kontakt med den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och kontaktmannen.

Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla synpunkter och klagomål som kommer från den boende, dennes närstående, myndigheter, landstinget eller andra verksamheter hanteras skyndsamt av verksamhetschefen som bekräftar mottagandet av synpunkten/klagomålet samt initierar en utredning med berörd personal. MAS blir alltid inkopplad i hälso- och sjukvårdsfrågor.

När utredningen är klar återkopplar verksamhetschefen till den som inkommit med synpunkten/klagomålet samt till berörd boende och personal. Om utredningen visar att verksamheten brustit ska en formell ursäkt framföras till den berörda boende och dennes närstående. Alla synpunkter och klagomål liksom avvikelser behandlas dels i det tvärprofessionella teamet på respektive våningsplan och dels i kvalitetsrådet. Rådet tar ställning till om rätt åtgärder vidtagits och följts upp samt vad verksamheten kan lära av synpunkten eller klagomålet. Om samma klagomål eller synpunkter upprepas gör verksamhetschefen en mer omfattande analys av dessa och rådgör med kvalitetsrådet och MAS. Inga skrivelser om klagomål eller synpunkter från myndigheter har inkommit till Dianagården under 2012.

Samverkan med patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) och kontaktmannen ett välkomstsamtal med den boende och dennes närstående. En informationsfolder överlämnas om enheten och våningsplanet och i vilken det bland annat framgår till vem den boende och dennes närstående ska vända sig med olika frågor. OAS gör en preliminär bedömning av den boendes behov och önskemål av vården och frågar om eventuella allergier, läkemedel och sjukdomar samt vilka önskemål den boende har beträffande mat och måltider. Vid samtalet med den boende använder sjuksköterskan en vetenskapligt beprövad lista med sökord som tillhör den medicinska journalens anamnes och status. Sjukgymnasten bedömer den boendes förflyttningsförmåga och arbetsterapeuten den boendes behov av hjälpmedel. Kontaktmannen upprättar en temporär genomförandeplan tillsammans med den boende och eventuellt dennes närstående. Sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen informerar också om fallpreventiva åtgärder som höftskyddsbyxor, betydelsen av att helst undvika mattor i sin lägenhet och lösa kablar samt vikten av en bra belysning.

Inom 14 dagar efter inflyttning bjuder OAS in den boende och om boende önskar även den närstående till ett hälsosamtal. Om den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller legal företrädare delta. Vid mötet deltar alltid den boendes kontaktman och rehabiliteringspersonalen. Samtalet förs utifrån ett hälsofrämjande perspektiv där den boendes resurser är i fokus och den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd. Vid mötet diskuteras även de riskbedömningar som OAS genomfört efter inflyttningen gällande den boendes status av nutrition, fallolyckor och trycksår och förslag på planerade åtgärder vid identifierade risker. De standardiserade bedömningsinstrument som OAS använder är:

MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår

DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

Arbetsterapeuten bedömer den boendes ADL status (den boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet) och sjukgymnasten utför en mer fördjupad bedömning av förflyttningsförmågan. Delar av sjuksköterskans och rehabiliteringspersonalens medicinska dokumentation, som omsorgspersonalen behöver ta del av för att ge den boende en god och säker vård och omsorg, överförs till omsorgsjournalen och rapporteras även muntligt till berörd personal. Den boendes önskemål och behov ska ständigt vara i fokus och närstående ska informeras vid förändringar i den boendes allmän- och hälsotillstånd.

Mål och resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått: Förutsättning för att nå definierade mål till exempel andel personal som utbildats och utbildningens innehåll.

Processmått: Aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål till exempel andel riskbedömningar.

Resultatmått: Till exempel andel boende med riskbedömning för nutrition.

Måluppfyllelse: Resultat kopplat till egna mål och strategier.

MÅL	STRUKTURMÅTT	PROCESSMÅTT	RESULTATMÅTT	MÅLUPPFYLLELSE
Säker läkemedelshantering och läkemedelsbehandling	Utbildning i läkemedel och äldre av leg farmaceut för 33 omsorgspersonal. MAS regler om läkemedelshantering som implementerats hos sjuksköterskorna.	Personalens kontroller vid läkemedelshanteringen, signeringar på signeringslistorna. Uppdaterade delegeringsbeslut. Årliga läkemedelsgenomgångar (LMG) o vid behov.	10 doser läkemedel som inte överlämnats till de boende av cirka 35040 ordinerade doser under 2012. Alla boende har fått en LMG genomförd under 2012.	Av cirka 35040 ordinerade doser läkemedel blev resultatet 0,03 % avvikelser som är en låg siffra. Dianagårdens läkemedelshantering fungerar mycket bra enligt granskningen 2012-11-13 av leg apotekare.
Minst 80 % av de boende ska ha en uppdaterad riskbedömning för nutrition	Rätt bemanning av sjuksköterskor o tid att riskbedöma, åtgärda o dokumentera. Följa MAS regler.	Vid inflyttning o årligen samt v b bedömer sjuksköt. den boendes riskstatus för nutrition.	Minst 80 % av de boende har en uppdaterad riskbedömning för nutrition.	Helt uppfyllt. Enligt MAS kontroll har 100 % av de boende en uppdaterad riskbedömning för nutrition.

Nattfastan får inte överstiga 11 timmar för de boende	Nattpersonalens följsamhet av rutinen.	Energi- och protein förstärkt dryck tillreds varje natt av pers. o erbjuds alla vakna boende.	98 % följsamhet.	98 % uppfyllelse av 100 %. Enligt sjuksköterskornas kontroller av sign.listor.
Minst 80 % av de boende ska ha en uppdaterad riskbedömning för fallolyckor	Rätt bemanning av sjuksköterskor och tid för dem att riskbedöma och dokumentera resultatet. Följsamhet av MAS regler för riskbedömningar.	Vid inflyttning och årligen samt vid behov bedömer sjuksköterskan den boendes riskstatus för fallolyckor.	Minst 80 % av de boende har en uppdaterad riskbedömning för fallolyckor.	Helt uppfyllt. Enligt MAS kontroll i journalerna har 100 % av de boende en uppdaterad riskbedömning för fallolyckor.
Minst 80 % av de boende ska ha en uppdaterad riskbedömning för trycksår	Rätt bemanning av sjuksköterskor och tid för dem att riskbedöma och dokumentera resultatet. MAS regler för riskbedömningar ska följas.	Vid inflyttning och årligen samt vid behov bedömer sjuksköterskan den boendes riskstatus för trycksår.	Minst 80 % av de boende har en uppdaterad riskbedömning för trycksår.	Helt uppfyllt. Enligt MAS kontroll i journalerna har 100 % av de boende en uppdaterad riskbedömning för trycksår.

Mål och strategier för 2013

1. Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen ska erbjuda de boende med demenssjukdom delaktighet i sin vardag.

MAS har upprättat en plan för ett projekt på Dianagården:

Boende med demenssjukdom ska få vara delaktiga i sin vardag



Syfte: Möjliggöra de boendes delaktighet i sin vardag för att öka deras känsla av välbefinnande.

Mål: Hälso- och sjukvårdspersonalen ska upprätta en resursdiagnos för alla boende.

Projektet ska utgå från värdegrunden i 4 §, 5 kap. Socialtjänstlag (2001:453): ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”

och Stadens värdegrund inom äldreomsorgen: ”Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet”.

Alla boende ska uppleva trygghet, välbefinnande och glädje i sin vardag på Dianagården. Alla medarbetare ska vara engagerade i, kompetenta för och stolta över sitt arbete. För att öka den boendes delaktighet behöver vården och omsorgen utgå från ett resursperspektiv istället för problemperspektiv. Det är väsentligt att bevara befintliga resurser hos boende med demenssjukdom. Det kan öka deras delaktighet i sin vardag och upplevelse av välbefinnande. Givetvis ska alla boendes resurser uppmärksammas oavsett medicinsk diagnos. Parallellt ska bedömningar av eventuella risker och problem hos de boende identifieras, åtgärdas och följas upp. MAS kommer att handleda projektet under 2013 med målet att det ska permanentas 2014.

2. Sjuksköterskorna ska registrera antibiotikakurer i Vårdhygiens mall.
3. Vården av boende med inkontinensproblem ska utvecklas och dokumenteras i VODOK under rätt sökord.
4. Sjuksköterskorna ska registrera i Svenska Palliativ Registret.
5. Det tvärprofessionella team arbetet kring boende med smärtproblematik behöver följas upp och dokumenteras.
6. Verksamhetschefen ska säkra omsorgspersonalens följsamhet av basala hygienrutiner genom utbildningar och egenkontroll.

