



Bilaga 2

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

*Stockholms Äldreboende AB
Riddargårdens
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet
2013-02-12

Maria Hosseinpour, verksamhetschef
Per Danielsson, sjukgymnast
Anette Wikström, administration
Dan Härjesjö, Intern-MAS

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

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

Förkortningar i dokumentet:

Hsl= Hälso-och Sjukvårdslagen

Hsl-personal = Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Sjuksköterska

Rehabpersonal= Arbetsterapeut och/eller Sjukgymnast

MAS= Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR= Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MTP= Medicinsk-Tekniska-Produkter

Sammanfattning

Under år 2012 har de viktigaste åtgärderna i vårt patientsäkerhetsarbete varit utveckling av kvalitetsrådet och fortsatt utbildning i risk- och händelseanalys, samt registreringen i *Senior Alert* och det *Palliativa registret*. Medverkan i kvalitetsregistren *Senior Alert* och *Palliativa registret* har ökat medvetenheten kring riskanalyser och kopplingen till aktuella handlingsplaner har förstärkts.

Översyn och förändring av rutiner, och i vissa fall indragning av delegeringar, har medfört att antal avvikelser angående läkemedel minskar.

Utöver uppföljning av kvalitetsindikatorerna fall, både med och utan fraktur, läkemedel, dokumenterad riskbedömning för trycksår, handlingsplan för boende med trycksår, så för vi varje månad statistik över antal trycksår, infektioner, akut byte av vårdenhet, avlidna, olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd, förebyggande/behandlande madrasser, vätskelista, larm m.m. som skriftligen rapporteras varje månad till kommunens MAS.

Vi har under år 2012 gjort egenkontroller, enligt framtagna mall, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontrollerna har visat goda resultat förutom mindre brister i dokumentationen, som vid årets slut till största del var åtgärdat.

Vi har under år 2012 inte haft någon allvarigare vårdskada (enligt Lex Maria). Vi har identifierat risker genom avvikelshanteringen men med snabba åtgärder och uppföljning har vårdskador kunnat undvikas.

På Riddargården finns ett högt kvalitetstänkande och företagets kvalitetsord - *kvalité i alla led* - genomsyrar verksamheten. Stor förståelse finns över nödvändigheten att rapportera eventuella risker, tillbud och negativa händelser. Våra medarbetare har insett betydelsen att skriva avvikelserapporter och på varje arbetsplatsmöte tas positiva och negativa synpunkter upp som en stående punkt.

Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas på största allvar. Chef återkopplar alltid inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet. Alla synpunkter behandlas i kvalitetsrådet även om åtgärder är vidtagna. På våra arbetsplatsträffar tas synpunkterna upp, både positiva och negativa, för att vi ska lära av varandra.

Riddargården ser det självklara i att den närstående tillsammans med den boende medverkar i sitt eget patientsäkerhetsarbete. Förutom välkomstsamtalet för vi en daglig och kontinuerlig kommunikation med de boende och i vissa fall närstående. Vi har regelbunden telefonkontakt med närstående och vid minsta förändring i hälsotillståndet tas alltid kontakt med närstående. Samtal erbjuds vid behov med sjuksköterska och kontaktman där patientsäkerhet står i fokus.

De viktigaste resultaten under år 2012 är

- Den ökade medvetenheten om att i alla lägen tänka ”risk”
- Vår granskning av Hsl-dokumentationen har medfört en ökad noggrannhet
- Genom en förbättrad avvikelshantering och strikta kontroller har läkemedelsavvikelserna minskat

Övergripande mål och strategier

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

Stockholms Äldreboende AB driver på uppdrag av Norrmalms Stadsdelsförvaltning Riddargårdens Vård- och Omsorgsboende sedan november 2009. Kontraktet lyder på 3+2+2+2 år, totalt 9 år.

Det finns ett avtal mellan Stockholms Äldreboende AB och Norrmalms Stadsdelsförvaltning som tydligt reglerar åtaganden och skyldigheter från båda sidor.

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande kvalitetsmål:

Säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt SoL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

För patientsäkerhetsarbetet gäller **Nollvisionen**, d v s noll vårdskador.

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande strategi:

Ett uthålligt, systematiskt kvalitetsarbete, med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör; i varje led, i varje situation, i varje relation.

Riddargårdens övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

Minska vårdrelaterade vårdskador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka” risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. fås genom att ha tydliga rutiner och policies, mätbara Hsl-mål i verksamhetsplanen, följa olika kvalitetsindikatorer och att det finns ett väl fungerande kvalitetsråd.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Företagets ledning ska som vårdgivare fastställa mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Stockholms Äldreboende AB som vårdgivare har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vårdskada.

Inom Riddargården finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Intern-MAS

har ansvar enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* § 24 vilket bl.a. innebär att intern-MAS utreder alla händelser som har lett till eller kunde ha lett till en vårdskada (Lex Maria). Intern-MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Verksamhetschef

har ansvar enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* § 29a och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policies, att uppföljningar görs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Verksamhetschef svarar också för att det finns mätbara Hsl-mål och att målen nås.

Sjuksköterskan

har ett omvårdnadsansvar för upp till 28 boende och yrkesbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbetsterapeut och sjukgymnast

finns och även där finns tydliga yrkesbeskrivningar och med ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för sjukgymnast och arbetsterapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

En stor uppgift för all hälso- och sjukvårdspersonal är att:

- Främja och återställa hälsa
- Förebygga sjukdom
- Lindra lidande

Kommunens MAS och MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Riddargården har ett avvikelshanteringssystem som följer stadens riktlinjer. Alla Hsl-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Det finns en tydlig rutin när och hur man skriver en avvikelse. Alla Hsl-avvikelser åtgärdas omedelbart av Hsl-personal och avvikelsen tas upp på kvalitetsrådet där man i varje enskilt fall gör en riskbedömning *hur stor är risken att det händer igen och vad kan det leda till* - utifrån Socialstyrelsens riskmatris.

Om risken är stor att avvikelsen kan hända igen med en eventuell vårdskada ska alltid en handlingsplan för den boende och/eller en översyn av befintlig rutin ske. Verksamhetschef ansvarar för detta.

Intern-MAS läser alla avvikelser och förvissas sig om att rätta åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelsen sker. Intern-MAS för statistik och följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef månadsvis.

Ingen händelse under år 2012 har föranlett anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschef ansvarar för att arkivering för en eventuell anmälan sker. En tydlig rutin kring Lex Maria finns och alla händelser av större dignitet ska förutom till Socialstyrelsen redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Riddargården har under år 2012 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, totalt under året 6 behandlade för pneumoni och i snitt ca 5% /mån för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter. Inga fall av maginfluensa under 2012.

Detta följs upp månadsvis av Hsl-personalen utifrån stadens kvalitetsindikator – *infektioner*.

Vår Hsl-personal arbetar kontinuerligt med förebyggande hygieniska åtgärder, allt för att minska vårdrelaterade infektioner och utbrott av maginfluensa.

Under år 2012 har basala hygienmätningar gjorts, enligt mall. Rapport sker till verksamhetschef som arkiverar mätningarna. Avvikelser från rutinen *Basal hygien utifrån Socialstyrelsens författning SOSFS 2007:19* har varit få.

Varje månad redovisar vi till kommunens MAS hälso- och sjukvårdsstatistik enligt mall med bl.a.

- Antal trycksår
- Infektioner
- Akut byte av vårdenhet
- Avlidna
- Olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd, förebyggande madrass, vätskelista, larm m.m.

Det finns också kvalitetsindikatorer som Intern-MAS följer och där vi direkt åtgärdar om vi hittar brister eller avvikande siffror.

Kvalitetsindikatorerna vi granskar och följer upp är antal:

- Boende med dokumenterad fallrisk
- Fallolyckor som lett till fraktur
- Boende med dokumenterad riskbedömning för trycksår och boende med trycksår
- Boende med utförd ADL
- Boende med individuellt utredd inkontinens
- Boende med genomförd läkemedelsgenomgång

Det ska framgå vid årets slut att alla boende har blivit bedömda enligt kvalitetsindikatorerna och att en vårdplan med måluppfyllelse finns dokumenterat vid en risk.

I verksamhetsplanen för år 2012 fanns det mätbara Hsl-mål som följdes upp av verksamhetschef varje kvartal. Målen baserades utifrån kvalitetsindikatorerna och vårdhygien.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under år 2012 har Riddargården haft både externa och interna utbildningar. Genom Norrmalms Stadsdelsförvaltnings försorg har några av omvårdnadspersonalen fått utbildning kring Lex Sarah och Personcentrerad omvårdnad. En stor del av omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning i vårdhygien och munhälsa. Kompetenshöjning som ökar kunskap och förståelse för omvårdnadspersonalens viktiga roll i ett patientsäkert arbete. En sjuksköterska har deltagit i utbildning i läkemedelshantering anordnad av Norrmalms Stadsdelsförvaltning.

Vi registrerar samtliga boende vid vård i livets slut i Palliativa registret. Registreringen har gjort att vi har blivit uppmärksamma på vad vi kan göra bättre och där arbetar vi mot Palliativa registrets målvärden. Det innebär bl.a att i god tid se till att nödvändiga ordinationer från läkare finns.

Utbildning i förflyttnings-och lyfteknik ges till alla nyanställda, i samband med anställningens början och regelbundet till övrig personal. Avvikelser angående Medicinsk-Tekniska Produkter och arbetsskador är ringa.

Under år 2012 har samtlig personal utbildats i risk-och händelseanalys.

Vi har under året även arbetat med fallprevention och antalet fall som har lett till fraktur har minskat jämfört med föregående år.

Vi registrerar samtliga boende i kvalitetssystemet *Senior Alert*.

En bedömning om en eventuell skyddsåtgärd såsom sänggrind, larm m.m., görs på alla boende vid inflyttning. Samtliga skyddsåtgärder följs upp vid behov och enligt ordination från hälso- och sjukvårdspersonal.

Skötsel och funktionskontroll av MTP signeras av omvårdnadspersonal på särskild lista i omvårdnadspärm.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Vi följer regelbundet upp målvärdena i Palliativa registret och utifrån resultatet har vi satt ett mätbart mål för år 2013. Vi har under 2012 ökat andelen som erbjuds efterlevandesamtal och användandet av smärtskattningsinstrumentet *Abbey Pain Scale* som finns i Vodok.

I Senior Alert kan vi följa följsamhet av handlingsplan vid riskbedömning av fall, trycksår och nutrition. Vi följer regelbundet upp att det finns en vårdplan vid en bekräftad risk beträffande fall, nutrition och trycksår och att åtgärder är vidtagna.

Regionalt kan vi följa kvalitetsindikatorerna och under år 2012 har vi legat bra till i jämförelse med genomsnittet inom Norrmalms Stadsdelsförvaltning.

Jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter

Tittar man på Socialstyrelsens årliga enkätundersökning "Öppna jämförelser" så håller vi en god kvalitet. Vi hamnar i det övre skiktet av verksamheter som till stor del uppfyller Socialstyrelsens mått på god verksamhet.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Under år 2012 har vi haft mätbara mål utifrån Hsl-verksamheten år 2011.

Några mål vi har haft är:

- Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än 3/månad, vilket vi uppnått.
- Minska antalet fall med frakturer som följd, även det uppnått .

Målgruppsundersökningar

Vi har inte haft några riktade målgruppsundersökningar vad gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Däremot har vi haft många samtal med närstående angående de boendes hälsa. All Hsl-personal är mycket angelägna om att alltid ringa närstående vid minsta förändring i den boendes hälsa eller ändring av någon ordination.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

Vi har granskat slumpmässigt valda boendes Hsl-dokumentation utifrån en granskningsmall som består av ett antal frågor. Resultaten visade på väl fungerande dokumentation. För att vara godkänd ska man ha 95 % rätt.

Intern-MAS granskar varje månad alla Hsl-avvikelser via Vodok. I samband med vissa avvikelser granskas också dokumentationen, allt för att fastställa att säkra åtgärder är vidtagna.

Kommunens MAS och MAR följer upp hela hälso- och sjukvården en gång/år och oftare om brister finns.

Riddargården har ett egenkontrollsprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där Hsl-personal tillsammans med verksamhetschef går igenom Hsl-frågor som t.ex.

-
- Om delegeringar är aktuella
 - Narkotika- och läkemedelshantering
 - Följsamhet av rutiner
 - Funktionskontroll och skötsel av MTP
 - Säkerhetsarbete (vid smitta, injektioner m.m.)
 - Aktuell dokumentation

Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalité

En stark värdegrund är nödvändig för att en god och säker vård ska kunna ges. Vi har under året 2012 arbetat vidare med att utveckla verksamheten enligt Eden-alternativet. En livsbejakande verksamhetsfilosofi där värme, glädje, generositet och tillit är viktiga beståndsdelar och där den boendes behov och önskemål står i centrum. Vi har inte närmare undersökt om det finns brister i förhållningssättet hos personal men vi har tagit på allvar om synpunkter har inkommit. Årets resultat av brukarundersökningen visar på fortsatt gott betyg i fråga om personalens förhållningssätt och attityd med 100 % som är nöjda med personalens bemötande.

Stockholms Äldreboende AB har tagit fram fyra värdeord som fångar kärnan i företagets värdegrund, verksamhetsidé och verksamhetsfilosofi:

- Trygghet
- Glädje
- Egna val
- Välbefinnande

Vikten av ett gott bemötande, lyhördhet och attityd är något som diskuterats på avdelningarnas planeringsdagar. Vi fortsätter att utveckla och förbättra arbetssätt och rutiner i samband med att den boende flyttar in till Riddargården. En bra start är viktig för ett fortsatt förtroende och en från början god kontakt skapar förutsättningar för en bra kommunikation med boende och närstående. Här är också den sociala dokumentationen en viktig del för att säkerställa och tydliggöra den enskildes behov och önskemål.

Vid omvårdnadsmöten, där Hsl-personal och omvårdnadspersonal diskuterar den boendes hälsa och välbefinnande och eventuella behov av förändrade insatser, ges även tillfälle att reflektera kring förhållningssätt och attityder.

Under året har Stockholms Äldreboende AB vid två tillfällen använt SKL:s enkät om patientsäkerhetskultur bland Riddargårdens personal, som ytterligare ett led i det systematiska arbetet med att utveckla en god patientsäkerhetskultur. Resultatet visar på en hög grad av medvetenhet kring vikten av en väl fungerande avvikelshantering.

Analys av patientnämndsärenden,

Inga patientnämndsärenden inkom under år 2012.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Vi har under år 2012 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, uppföljning från Apoteket och uppföljning av hälso- och sjukvården av stadsdelens MAS och MAR.

Från apotekets sida fanns några förslag till förbättringar:

- Att kontroll av personbunden narkotika görs 1 gång/mån av sjuksköterska som inte är omvårdnadsansvarig
- Att rutin för beställning av läkemedel bör uppdateras.
- Att den lokala instruktionen behöver kompletteras så att den tydligt gäller Riddargården.
- Att apodos-påsar med läkemedelsrester samlas i separat behållare

Förbättringsförslagen är under åtgärd. Konstaterades vid uppföljningstillfället att förbättringsförslag från år 2011 har åtgärdats.

Vid uppföljning från kommunens MAS fanns följande synpunkter:

-Sjuksköterskorna skriver inte alltid när det behövs individuella planer, mål och måluppfyllelse

-Uppgift om samtycke till registrering i de nationella kvalitetsregistren saknas i flertalet journaler

Att skriva vårdplaner och mål är ett ständigt pågående arbete där vi eftersträvar följsamhet med individuella behov.

Samtycke till registrering i de nationella kvalitetsregistren finns nu hos samtliga boende.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Informationsöverföring och tydliga avtal vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador. Riddargården har tydliga rutiner vad gäller informationsöverföring vid:

- Ankomst från hemmet (vid inflyttning)
- Vård eller behandling av annan vårdgivare
- Planerade besök hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus

Av rutinerna framgår det tydligt vilka personer som ska kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som ska ges eller medfölja den boende.

Riddargården har också en skriftlig överenskommelse mellan kommun och landsting "Samverkan vid in- och utskrivning i sluten och öppenvården". Av överenskommelsen framgår det tydligt vem som ansvarar för vad i frågor som t.ex. läkemedel, remisser, informationsöverföring, m.m.

Vi har också ett avtal med Curera som tillhandahåller läkartjänster. Av avtalet framgår tydligt vad boende/närstående kan förvänta sig av information, behandling och

läkartillgänglighet samt samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal på Riddargården och Curera.

Riddargården har också avtal med Vårdhygien och har på detta sätt tillgång till utbildning i vårdhygien, hygienronder och tillgång till experthjälp vid utbrott av eventuell smitta. Vårdhygien kan också vara behjälplig med sak- och hygienfrågor om svårartade infektioner eller stora utbrott av maginfluensa uppstår.

För att säkerställa försörjningen av säkra Medicinsk-Tekniska Produkter finns ett avtal med Sodexo som ger oss en trygghet att vi får säkra och godkända Medicinsk-Tekniska Produkter.

Riddargården har också tydliga rutiner för muntlig och skriftlig rapportering mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt rapportering till omvårdnadspersonal respektive rutin för rapportering mellan omvårdnadspersonal. Av rutinerna framgår vilken tid på dagen som rapportering sker och vem som rapporterar (tjänstgöringstur). En skriftlig rapportering mellan dag - kväll - natt finns och nattpersonal noterar tidpunkt för kvälls- eller nattmål för att inte nattfastan ska överstiga 11 timmar.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap.

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

Under år 2011 togs tydliga rutiner kring risk- och händelseanalys fram. Utbildning kring rutinen har skett under 2012.

Exempel på när en riskanalys ska göras?

En riskanalys kan göras på verksamhetsnivå och på organisatorisk nivå. Några exempel är:

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter
- Vid en händelseanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

Verksamhetschef utser ett analysteam som kan utgöras av ombud från verksamhetens kvalitetsgrupp, enhetschefer eller andra lämpliga personer.

Vi genomför riskanalys i olika steg och uppdraget ska alltid ges skriftligt av verksamhetschef. Den process som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Ett analyschema togs fram under år 2011. Alla aktiviteter och risker förs in i analyschemat där en bedömning görs av konsekvens, allvarlighetsgrad och sannolikhet för att risken skall inträffa igen. Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas. Riskens storlek ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande och en

riskmatrismall (Socialstyrelsens mall) används för detta. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken och en slutrapport ska lämnas till verksamhetschef som ansvarar för att ärendet följs upp på utsatt datum.

Alla åtgärderna ska rikta sig mot de:

- Bakomliggande orsakerna
- Vara konkreta och realistiska
- Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas.

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med att verksamhetschef, eventuellt i samråd med VD, beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Med avvikelse menar vi allt som avviker från våra rutiner, kvalitetspolicy och intentioner samt skada på person, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från kund, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närståendekontakter o.s.v.

En lokal rutin angående Lex Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig. Riddargårdens intern-MAS utreder den eventuella vårdskadan eller risken för en vårdskada och kommunens MAS meddelas både muntligen och skriftligen. En kopia av anmälan ska alltid skickas till kommunens MAS. En anmälan till Socialstyrelsen ska vara inlämnad senast två månader efter händelsen.

Den boende/närstående informeras alltid vid en vårdskada eller risk för vårdskada och intern-MAS meddelar den boende/närstående om Socialstyrelsens utredning och beslut. *Under år 2012 fanns inte någon händelse som föranledde någon Lex Maria-anmälan.*

Andra rutiner inom avvikelsehanteringen (Hsl, SoL, Synpunkter och klagomål m.m.) beskriver tydligt vad, hur och när en avvikelse ska rapporteras och skrivas. Det finns olika blanketter beroende på avvikelserns art. Alla som arbetar på Riddargården är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendes säkerhet till närmaste chef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt. Avvikelsen går sedan till kvalitetsombudet för att tas upp på kvalitetsrådet. Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser åtgärdas direkt och skrivs in i Vodok.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen (Vodok)
- MAS och/eller verksamhetschef snarast kontaktas om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada

-
- Närvara på kallade kvalitetsråd/möten
 - Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna
 - Vid fall samt utebliven medicinerings informera läkare
 - Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, rehabpersonal och kvalitetsombud (en från varje avdelning). Varje enskild avvikelse går igenom med en riskanalys – *hur stor är sannolikheten att det händer igen och med vilken skada*. Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelsen.

Riddargårdens personal förstår vikten av att skriva avvikelser, så att rutiner och arbets-sätt ständigt utvärderas och förbättras och att vi **aldrig** söker en ”felande” person utan att vi vill få fram händelsen för att undvika att det händer igen.

En händelseanalys ska alltid göras:

- Då en händelse inträffat som skulle kunna ha gett katastrofala eller allvarliga följder
- Då risken för upprepning av händelsen är mycket stor
- Vid alla Lex Maria- och Lex Sarah-anmälningar
- Vid alla särskilda händelser.

Analysen ska svara på frågorna:

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

Verksamhetschef är den person som ger t.ex. ombud i kvalitetsgruppen, Intern-MAS eller annan lämplig person i uppgift att bilda ett analysteam och genomföra en händelseanalys. Analysteamet påbörjar analysarbetet i snar anslutning till den inträffade händelsen.

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

1. Uppdrag ges skriftligt av chefsperson att analys ska göras då en allvarlig händelse inträffat eller kunde ha inträffat
2. Insamling av fakta och data. Detta kan ske genom intervjuer av involverade/berörda medarbetare, journalgranskning, finns rutiner för hur händelsen skulle ha handlagts mm?
3. Beskrivning av händelseförlopp
4. Identifiering av orsaker och analys av eventuella barriärer/skydd. Fanns barriärer/skydd för att händelsen skulle inträffa och vad var anledningen till att barriären/skyddet brast?
5. Ta fram åtgärdsförslag. Hur ska man arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen. Vad behöver förbättras i arbetssättet? Vilka åtgärder behöver vidtas?
6. Ta fram slutrapport som lämnas till verksamhetschef.

Utifrån utförd analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Åtgärderna ska rikta sig mot:

- De bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas

-
- Verksamhetschefen ansvarar för att fatta beslut angående vilka åtgärder som skall vidtas och när de skall vara genomförda samt utse person som är ansvarig för att åtgärderna genomförs
 - Vid bedömning av vilka åtgärder som verksamheten bör arbeta med upprättas en riskanalys enligt mall
 - Uppföljning av åtgärderna bör ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

Förutom rutinerna i avvikelshanteringen där både risk-och händelseanalys ingår finns det andra rapporteringsmöjligheter. Vi har rutiner kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På våra arbetsplatsträffar tar vi alltid upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser Riddargården positivt på eftersom vi ser det som ett viktigt led att säkra och utveckla vår verksamhet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder. *Vi ser synpunkter från våra kunder som en tillgång och inte ett hot.*

På Riddargården finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informationstavlor för närstående (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till enhetschef. Blanketten fås också vid inflyttning. Vår blankett ”Synpunkter” kan lämnas anonymt.

Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten *Synpunkter/klagomål*. Där skriver man ner

- Vad klagomålet gäller
- Orsak
- Vidtagna direkta åtgärder för att sedan överlämna ärendet till verksamhetschef.

Verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef tar kontakt med den person som framfört synpunkten/klagomålet inom 24 timmar. Vid helg sker detta första vardagen efter helg. Vid kontakt görs en

- Överenskommelse om vilka åtgärder som kan och ska vidtas
- Datum för uppföljning.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos verksamhetschef.

Verksamhetschef ansvarar för att berörd personal får information om en eventuell överenskommelse.

Kontaktsmannen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Sol- dokumentationen (uppdatering av genomförandeplan sker parallellt).

Arbetssterapeut/sjukgymnast/sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Hsl-dokumentationen.

Alla synpunkter, förbättringsförslag och klagomål från kund behandlas i kvalitetsrådet. Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska verksamhetschef och ledningen för Stockholms Äldreboende AB informeras.

Om det inte är möjligt att lösa frågorna/problemen inom verksamheten, ska verksamhetschef hänvisa till någon av följande (beroende på ärende):

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Socialstyrelsen)
- Patientnämnd vid respektive landsting eller kommun.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Ett långsiktigt kvalitetsarbete är grunden för att på ett konstruktivt sätt sammanställa klagomål, synpunkter eller andra rapporter för att åtgärda och/eller upptäcka eventuella brister i verksamheten.

Under år 2012 har vi fortsatt vårt systematiska kvalitetsarbete med fokus på att tänka risk i alla situationer med de boende och att föra fram eventuella risker, både muntligt och skriftligt. Alla medarbetare har blivit mer medvetna om betydelsen av att skriva en avvikelse och föra fram synpunkter och klagomål från boende/närstående eller uppdragsgivare.

Kvalitetsrådet har en viktig funktion att sammanställa och analysera eventuella brister för att kunna se mönster eller trender, som indikerar brister i verksamheten. I alla situationer, både i enskilda ärenden och vid brister på verksamhetsnivå, görs en riskbedömning - *hur stor är risken att det händer igen och vad kan det leda till* - utifrån Socialstyrelsens riskmatris varefter kvalitetsrådet kan utarbeta förbättringsförslag både för den boende och för verksamheten. Alla synpunkter, förbättringsförslag och klagomål från boende/närstående/uppdragsgivare ska redovisas och behandlas i kvalitetsgruppen.

Alla Hsl-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vokod. Intern-MAS för statistik på bl.a. fall och läkemedel, följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef månadsvis.

Varje månad redovisar vi till kommunens MAS hälso- och sjukvårdsstatistik enligt mall med bl.a.

- Antal trycksår
- Infektioner
- Akut byte av vårdenheter
- Avlidna
- Olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd, förebyggande madrasser, vätskelista, larm m.m.

Verksamhetschef tillsammans med intern-MAS följer statistiken och har som uppdrag att komma med åtgärdsförslag om brister upptäcks i våra rutiner eller i verksamheten.

Vid uppföljning från t.ex. Apoteket eller uppdragsgivare så ansvarar och sammanställer verksamhetschef eventuella brister, synpunkter och skriver en åtgärdsplan med *problem - åtgärd, när det ska vara klart samt uppföljningsdatum*.

Vi uppmanar de boende och närstående att komma med synpunkter, såväl negativa som positiva.

På Riddargården finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informationstavlor för anhöriga (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till verksamhetschef. Blanketten fås också vid inflyttning. Vår blankett ”Synpunkter” kan lämnas anonymt.

Om en medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten Synpunkter/klagomål. Där skriver man ner vad klagomålet gäller, orsak och de direkt vidtagna åtgärderna varefter ärendet överlämnas direkt till verksamhetschef som tar kontakt med den som framfört klagomålet inom 24 timmar för vidare åtgärder.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos verksamhetschef som vid årets slut sammanställer antal klagomål.

Vid en risk för att en allvarlig händelse kan ske vidtas direkta åtgärder.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi har en tät kontakt och aktiv medverkan från boende och dess närstående. Då flertalet av de boende lider av demenssjukdom och inte alltid kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig.

Redan i välkomstsamtalet bör det framgå om det finns uppenbara vådrisker med den boende, exempelvis risk för fall, undernäring, etc. varvid åtgärder tas fram som kan förhindra eller förebygga risker och noga dokumenteras i såväl Sol- som Hsl-dokumentationen.

I samband med inflyttning registreras den boende i Senior Alert med den boendes/närståendes samtycke.

Riddargården ser det självklara i att den närstående tillsammans med den boende medverkar i sitt eget patientsäkerhetsarbete.

Rent allmänt samverkar vi med boende och dess närstående med patientsäkerhet genom att:

-
- Vi har ett aktivt närståenderåd vars syfte är att fånga upp och föra fram allmänna synpunkter på verksamheten och diskutera hur vården och omsorgen samt miljön kan förbättras på olika sätt. Under år 2012 har 3 möten ägt rum
 - Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, där synpunkter på verksamheten tas tillvara
 - Närståendeträffar med verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal där allmän information och nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
 - Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
 - Brukarenkät (Stockholms stads) svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2012 fick Riddargården bättre resultat än staden i övrigt
 - Samtal med kommunens MAS om hur verksamheten fungerar, t.ex. i samband med avtalsuppföljningen
 - Synpunkter och klagomål (Se särskilt avsnitt).

För att säkra den individuella boendes patientsäkerhet sker kontakten och samarbetet med de boende och dess närstående på många olika sätt förutom välkomstsamtalet. Det sker genom:

- Daglig, kontinuerlig kommunikation med de boende
- Regelbunden telefonkontakt med närstående om hur den boende har det
- Vid minsta förändring i hälsotillståndet eller ändring av ordination från både läkare, sjuksköterska eller rehabpersonal tas alltid kontakt med närstående
- Erbjudan om samtal med sjuksköterska och kontaktman vid behov.

Resultat 2012:

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
Fall	Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador Minska antalet fall med fraktur jämfört med år 2011	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning – Senior Alert –Handledning/ utbildning –Avvikelsehantering enligt lokal rutin	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning Alla boende har blivit bedömda i Senior Alert. Alla boende har också fått riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet.	Andelen patienter med vårdrelaterade skador Antalet frakturer har minskat. Riddargården hade 14frakturer år 2011 och 7 under 2012	Resultat kopplat till egna mål Målet med en sänkning uppnått.
Basala hygienrutiner	Att vi följer basala hygienrutiner med 100 % följsamhet och minska antalet vårdrelaterade infektioner.	– Hygienrutiner –Handledning kring hygien – Regelbunden egenkontroll av basal hygien enligt framtagna mall.	Det finns hygienrutiner som revideras kontinuerligt Sjuksköterska handleder och utbildar omvårdnadspersonal i basala hygienrutiner. Egenkontroll att hygienrutiner följs har utförts regelbundet. Personalutbildning av Vårdhygien Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen utifrån checklista. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Infektionsbarometern har varit låg, 6st har behandlats för pneumoni och i snitt 4,5 % för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter. Vid egenkontroll är 90% godkänt.	Resultatet visar en sänkning av antalet vårdrelaterade infektioner och en ökad följsamhet gällande rutiner för basal vårdhygien. Dokumentationen har ytterligare förbättrats.
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänt.	– Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. –Handledning –Avsatt tid för dokumentation –Extra ssk. vid behov			
Läkemedelsavvikelser	Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än 3/månad	– Ett väl utvecklat kvalitetssystem – Kvalitetsråd – Kvalitetsombud – En tillåtande företagskultur – Läkemedelsgenomgångar	Information om vikten av att fylla i en avvikelse. Hantering av avvikelser där de åtgärdas direkt och förs in i Vodok. Avvikelserna tas upp i kvalitetsrådet. Kvalitetsombuden tar med sig feedback angående avvikelser till sin avdelning och redovisar på avdelningsmötena.	Resultat för år 2012 är i snitt mindre än 1 avvikelse/månad/avd.	Målsättning med i snitt mindre än 3 läkemedelsavvikelser/mån. är uppfylld.

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
Palliativ vård	Mål för hälso- och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador En utvecklad palliativ vård med utvecklade vårdplaner och registrering i det Palliativa registret	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning – Palliativa registret – Utbildning/studiecirkel – Dokumentation / vårdplaner – Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning Från och med år 2009/2010 registreras alla avlidna i det Palliativa registret och samtliga får en vårdplan. Intern utbildning för vård i livets slutskede.	Andelen patienter med vårdrelaterade skador Resultaten visar att alla avlidna boende var registrerade i det Palliativa registret. Egenkontroll av dokumentation visar på att vårdplaner skrivs för vård i livets slutskede. Antalet MTP-avvikelser 2012 var 3 st.	Resultat kopplat till egna mål Målsättning uppfylld för år 2012.
Medicinsk Tekniska Produkter	En trygg och säker användning av MTP med noll avvikelser	– Rutiner och riktlinje för användning av MTP – Kompetens hos förskrivare/ordinatör	Signering av MTP-listor. Funktionskontroller av MTP. Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal både individuellt och i grupp.		Målsättning för år 2012 inte uppfylld.
Senior Alert	Att förebygga och minska antalet trycksår, boende med undernäring och fallolyckor	– Riskbedömningar i Senior Alert – Avsatt tid för dokumentation – Att det finns rutin för Senior Alert	Cirka 95 % av alla boende har blivit bedömda i Senior Alert och en rutin är framtagen	2012 hade 2st av de boende trycksår .	Målsättning för år 2012 inte uppfylld

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2013) kommer Riddargården att fortsätta att utveckla och förfinas sitt systematiska kvalitetsarbete för att uppnå en trygg och säker vård och omsorg av högsta kvalitet.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är Noll vårdskador. (Nollvisionen)

Detta mål kan nås genom ett uthålligt systematiskt kvalitetsarbete med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör, i varje led, i varje situation och i varje relation. Genom att alltid "tänka risk" fås en ökad säkerhetskultur i arbetssättet och med det en tryggare och säkrare hälso- och sjukvård.

Strategin för att nå de uppsatta målen år 2013 är att analysera resultatet av patientsäkerhetsenkät, framtagen av SKL, för att utifrån den få en uppfattning hur våra medarbetare ser på vår avvikelse- och säkerhetshantering och om de får återkoppling på eventuella skrivna avvikelser. Undersökningen genomfördes 2 gånger under 2012 och visar på en väl fungerande avvikelshantering. Ett resultat på i snitt 4,68 på en femgradig skala.

Förutom att följa kvalitetsindikatorer och hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagen mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi att under år 2013 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Vi ska fortsatt minska antal *läkemedelsavvikelser* genom att förbättra strukturen i läkemedelshanteringen och vid avvikelser från en och samma person erbjuda utbildning och/eller dra in en eventuell delegering.
- Vi ska vidareutveckla vårt fallförebyggande arbetssätt genom kvalitetsregistret *Senior Alert* i syfte att minska antal fall. Vid en risk för fall ska det alltid finnas en vårdplan som utgår från den fallförebyggande åtgärdsplanen i Senior Alert.
- Vi ska hålla antal infektioner på en låg nivå. Vi följer detta genom stadens kvalitetsindikator infektioner.
- Vi ska arbeta systematisk med området nutrition genom t.ex. utbildning och förbättring av rutiner för att bättre kunna tillgodose den boendes önskemål om kost och mat. En kartläggning av den boendes matvanor och förmåga att äta görs vid inflyttning.
- Vi ska vidareutveckla den *palliativa vården*; detta skall ske genom att vi styr mot Palliativa registrets målvärden. Fokus under år 2013 blir att fortsatt erbjuda närstående ett eftersamtal och uppmana läkare att informera boende och närstående inför den palliativa vården. Alla boende i palliativ vård ska ha fått en validerad smärtskattning enligt instrumentet Abbey Pain Scale som finns i Vodok. Uppföljning av följsamhet av Palliativa registrets målvärden kommer att ske av verksamhetschef och Hsl-personal.

-
- Vi ska vidareutveckla vårt system för avvikelshantering med individuella riskbedömningar. Under år 2013 fortsätter vi vårt arbete med risk-och händelse analys, allt för att alla ska tänka ”risk” i sitt arbete, vilket är en förutsättning för att vi ska kunna närma oss nollvisionen. (På det viset ges förutsättningar till nollvisionen angående vårdskador).
 - Vi kommer att fortsätta arbetet med en säkrad information och kommunikation mellan de olika yrkesgrupperna. Det är en ständig och återkommande fråga och en fråga som all tid står i fokus. Vi har idag en skriftlig rapportering mellan dag - kväll och nattpassen, planerade omvårdnadsmöten (1 per månad), samt avdelningsmöten där en återkoppling av Hsl-avvikelser från kvalitetsrådet ges.
 - Vi kommer att införa ett etiskt råd på Riddargården. Syftet är att skapa underlag för diskussion och beslut kring behov av skyddsåtgärder samt följa upp existerande ordinationer. Även andra etiska frågeställningar kan tas upp i Etiska rådet.