



Patientsäkerhetsberättelse för Norrmalms stadsdelsnämnd År 2013

- Raili Pettersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Linnea Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Anneli Lagerberg, verksamhetschef, Väderkvarnens vård- och omsorgsboende
- Charlotta Johansson, verksamhetschef, Malmskillnadsgatans gruppbostad

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning och utvärdering	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Riskanalys	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	21
Sammanställning och analys	23
Samverkan med patienter och närstående	24
Mål och resultat	26
Övergripande mål och strategier för kommande år	28

Patientsäkerhetsberättelse ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

SOSFS = Socialstyrelsens författningssamling

Sammanfattning

Syftet med patientsäkerhetsarbete är att öka kvalitén av vården samt minska och förhindra vårdskador.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver processer, rutiner och säkerhetsarbetet i huvudsak för verksamheter inom äldreomsorg och socialtjänst i egen regi samt för verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) men också övergripande om kvalitetsarbetet och kompetensutveckling i stadsdelens särskilda boenden oberoende driftsform.

Respektive verksamhet utarbetar en årlig plan för egna förbättringsområden inom hälso- och sjukvården. Vissa förbättringar drivs i projektform och dokumenteras skriftligt med mål och syfte. Resultat med utvärdering redovisas också skriftligt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabiliteringen (MAR) kan vara involverade i vissa projekt.

Nämndens ansvarsområden

Äldreomsorg

Inom nämndens ansvarsområde finns det fyra vård- och omsorgsboende för äldre. Riddargårdens och Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende drivs av Stockholms Äldreboende AB. Vasens vård- och omsorgsboende drivs av Attendo AB. Samtliga har demens och somatisk inriktning. Ett äldreboende drivs i egen regi på Väderkvarnen, där det finns demens, somatisk, äldre-psykiatrisk och korttidsinriktning. Utöver detta har Väderkvarnen servicehusplatser.

Det finns två dagverksamheter för äldre. En vid Sabbatsbergs äldreboende med inriktning demens och en för äldre med psykisk funktions nedsättning vid Väderkvarnen.

Socialpsykiatri

En gruppbostad inom socialpsykiatri enligt SoL drivs i egen regi på Malmskillnadsgatan och Sysselsättningsverksamheten Nya Verkstan på Norrtullsgatan.

LSS

En gruppbostad enligt LSS drivs i egen regi och sex enheter drivs på entreprenad av Nytida. En daglig verksamhet finns enligt LSS och drivs på entreprenad av AB Amygdalus.

Inom LSS har stadsdelens MAS ansvaret för en god hälso- och sjukvård. Landstingets vårdcentraler ansvarar för utförandet av

hälso- och sjukvården.

Enskilda verksamheter upphandlade av staden

Inom stadsdelsområdet finns två äldreboenden som drivs privat. De är Birger Jarl och Dalahöjdens vård- och omsorgsboende. Staden har upprättat ett ramavtal med dessa verksamheter. Förvaltningens MAS och kvalitetsuppföljare för SoL har uppföljningsansvaret enligt ramavtal. Rapporterna sänds till Äldreförvaltningen. Verksamheterna skriver sina egna Patientsäkerhetsberättelser.

Arbetsmoment och åtgärder för att öka patientsäkerheten

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att ett riskförebyggande synsätt i arbetet implementeras i alla arbetsgrupper.

- Riskanalyser ska genomföras vid omorganisation ombyggnationer eller andra förändringar som påverkar verksamheten.
- Riskbedömningar på individnivå utförs utifrån fallrisk, risk för undernäring och trycksår. Utöver dessa utförs munhälsokontroller och riskinventering för eventuell smittspridning.
- Ledarskapet har en stor betydelse för att säkra att hälso- och sjukvårdsrutiner utarbetas lokalt i verksamheterna och att dessa implementeras i arbetsgrupperna så att varje medarbetare har kunskaper om dem.
- Genom att vårdtagare och deras närstående ges möjligheter att diskutera och lämna synpunkter på vården och dess innehåll ökar man den direkta kunskapen om hur vården upplevs. Synpunkter från vårdtagare och deras närstående bör tillvaratas och användas i förbättringsarbetet.
- Verksamhetschefen ansvarar för att medarbetarna har en tillräcklig kompetens för att utföra hälso- och sjukvård på ett patientsäkert sätt, vilket är grundläggande för att säkra vården. Medarbetarna ska ha en individuell kompetensplan.
- Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet är viktigt av flera skäl eftersom de oftast är närmast vårdtagaren. Personalen ska rapportera risker, tillbud och negativa

händelser men kan också bidra med kvalitetsförbättrande förslag.

- Cheferna ska stimulera medarbetarna till att öka kompetensen genom att skapa forum och tid för kvalitetsarbete och utbildningar.
- Egenkontroll av dokumentation, läkemedelshantering och vårdhygieniska åtgärder sker årligen och i samråd med stadsdelens medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.
- Egenkontrollen innefattar också uppföljning av avvikelser, statistik och kvalitetsindikatorer.
- Specialister som hygiensköterska och farmaceut har anlitats för att höja medvetenheten för berörda områdens kvalitets- och säkerhetsarbete.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minimera antalet vårdskador och risker i vården. Visionen är noll vårdskador.

Strategier

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Samverkan med vårdtagare ska vara en naturlig del i utvecklingsarbetet.

Verksamheterna har ett system för patientsäkerhetsarbetet för att öka medvetenheten bland medarbetarna om ett riskförebyggande arbetssätt exempelvis inom områden som:

- Brister i läkemedelshantering.
- Brister i vårdhygien.
- Fallolyckor.
- Risk för undernäring.
- Risk för trycksår.
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare.
- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare.
- Fel på medicinteknisk utrustning.

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i enheternas kvalitetsarbete.

Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning eller egenkontroll med återkoppling till vårdpersonalen används på enheterna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning

Stadsdelsnämnden ansvarar för att:

- Med stöd av ledningssystemet för kvalitet leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheterna så att deras kvalitet utvecklas och säkras. Ledningssystemet styr processerna på enheterna så att lagstiftningens krav och mål på verksamheten uppfylls och att en god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls.

Stadsdelsdirektören ansvarar för att:

- Övergripande bevaka att ledningssystemet tas fram enligt gällande lagar, Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd, Stockholm stads hälso- och sjukvårdsriktlinjer och nämndens direktiv.

Avdelningschefen ansvarar för att:

- Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet.
- Fördela och tillsätta nödvändiga resurser för verksamheten.
- Kontrollera att ledningssystemet för kvalitet används.
- Uppdaterade rutiner finns tillgängliga på Intranätet.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att:

- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, att vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv.
- Det utarbetas ett lokalt ledningssystem som är kopplad till nämndens mål. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbete.
- Personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas.
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) om hälso- och sjukvårdsregler och rutiner är kända för all personal.
- Utarbeta lokala rutiner utifrån MAS/MAR regler.

Verksamhetschefens uppdrag begränsas av de uppgifter som faller under den medicinskt ansvarig sjuksköterskans eller den medicinskt ansvarigas för rehabilitering uppdrag inom den kommunala sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

MAS/MAR ansvarar för att:

- Upprätta hälso- och sjukvårdsregler och rutiner utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föfattningar och Stockholms stads riktlinjer.
- Den vård och behandling som bedrivs är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet.
- Samarbeta med verksamhetschef och övrig ledningspersonal för att hög patientsäkerhet uppnås.
- Följa upp att verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på god och säker hälso- och sjukvård, exempelvis inom läkemedelshantering, journalföring och anmälan av risker och skador samt rapportera till nämnden.
- Utredda och bedöma om det är aktuellt att anmäla till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt Lex Maria. MAS/MAR har delegation från stadsdelsnämnden för att anmäla till IVO samt ska informera nämnden och berörd verksamhet om inskickad anmälan och beslut från IVO.

1

Enhetschefer ansvarar för att:

- I samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera i samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt.
- Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas.
- Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.
- Försäkra sig om att egenkontrollen är tillräcklig och att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård.

Legitimerad personal ansvarar för att:

- Utföra hälso- och sjukvård utifrån vetenskapliga och beprövade metoder.
- Inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård.
- Rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt följa upp avvikelsen.
- Delta i riskinventering.
- Delta i förbättrings- och utvecklingsarbetet.
- Arbeta med pågående projekt.
- Rapportera i nationella kvalitetsregister.

Medarbetarna inom varje enhet ansvarar för att:

- Utföra vård och omsorg av god kvalitet.
- Följa verksamhetens rutiner, regler och arbetssätt.
- Rapportera risker och avvikelser till legitimerad personal samt chef.

- Delta i uppföljning och analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet.
- Delta i framtagande av verksamhetsplan med åtaganden och beskriva arbetssätt.

Entreprenörerna ansvarar för:

- Att bedriva en god och säker vård som styrs av avtal, lagstiftning, socialstyrelsens och stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Mätning av vårdskador

Enheterna rapporterar antalet avvikelser som:

- Vårdrelaterade infektioner.
- Uppkomna trycksår.
- Fallolyckor med fraktur eller annan skada.
- BMI som är 22 eller lägre på personer över 65.
- Felaktig läkemedelsbehandling.
- Bristfällig informationsöverföring mellan vårdgivarna.
- Andra risker eller skador t.ex. felanvändning av eller fel på medicin teknisk utrustning.
- Infektionsregistrering till vårdhygien sker via en särskild blankett inom äldreomsorgen.

Struktur för uppföljning och utvärdering kopplat till mål och strategier

Utsedda kvalitetsombud på enheten sammanställer de rapporterade avvikelserna. Avvikelse tas upp på enhetsnivå och även i verksamhetens kvalitetsforum. I enheternas kvalitetsforum tas förslag till utveckling av patientsäkerhet och förbättringsarbetet upp. Beslutade förändringar i arbetssätt och rutiner ska dokumenteras, implementeras i arbetsgrupperna, följas upp och utvärderas.

MAS/MAR mottar avvikelser och kontrollerar uppgifter i journaler samt sammanställer statistik över dessa. Statistiken redovisas till enheterna, innehållet diskuteras och eventuella förbättringsåtgärder föreslås.

MAS/MAR följer vilka åtgärder som vidtas samt om resultat av åtgärderna är tillräckliga.

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Övergripande, äldreomsorgen egen regi och entreprenörer

Registrering i Nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Sabbatsbergsbyns och Riddargårdens äldreboende har registrerat i systemet. Väderkvarnen har anslutit sig men inte kommit i gång med registreringen ännu. Vasens äldreboende har inte anslutit sig till registret ännu.

Palliativa registret

Samtliga enheter inom äldreomsorgen oberoende driftsform registrerar insatser i livets slut i Svenska Palliativa registret.

Sammanställningen från registret kan visa hur vården vid livets slut kan förbättras. Jämförelse kan göras med andra enheter och med utveckling av egna resultat förhållande till föregående år.

Register Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

Sabbatsbergs- och Riddargårdens vård- och omsorgsboende har anslutit sig till registret.

Statistik

Infektionsstatistik samt antibiotikaregistrering dokumenteras på alla äldreboenden. Statistiken sammanställs av MAS och skickas till Vårdhygien för utvärdering. Återkoppling från Vårdhygien sker varje kvartal.

Utöver detta registrerar enheterna hälso- och sjukvårdsstatistik enligt en stadsövergripandestatistik mall framtaget av Äldreförvaltningen. Statistiken diskuteras på verksamheterna hälso- och sjukvårdsmöten med MAS/MAR och vid uppföljningstillfällen. Statistiken redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS och MAR. MAS/MAR skickar hälso- och sjukvårdsstatistiken till Äldreförvaltningen vid årsskiftet.

Kvalitetsindikatorer

Verksamheterna inom äldreomsorgen redovisar resultat via kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens och Stockholms stads riktlinjer. Kvalitetsindikatorerna mäts via dokumenterade bedömningar och åtgärder i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

**Hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsarbetet på
Väderkvarnens äldreboende**

En ny verksamhetschef enligt § 29 HSL anställdes i april 2013. Verksamhetschefen har under året fördjupat sig i området HSL och sett över både schema och organisationen för HSL gruppen.

Under 2013 har flertalet sjuksköterskor slutat. Nya sjuksköterskor har rekryterats men alla tjänsterna är inte bemannade med ordinarie personal ännu.

Väderkvarnen har 94 vård- och omsorgsplatser inklusive 4 korttidsplatser. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (4, 75) finns för alla boende. Det innebär ca.20 boende för respektive sjuksköterska. Korttidsvården är resurskrävande och ökar sjuksköterskornas arbetsbelastning. I servicehuset arbetar 1,2 sjuksköterskor med ansvar för 43 boende. Samtliga sjuksköterskor ska avlasta andra enheter vid behov.

Sjuksköterskorna har fördelat uppgifter i ansvarsområden så att huvudansvariga finns exempelvis för akut- och buffertförråd för läkemedel, för produkter i sårvård, kontroll av narkotika, nutrition, vårdhygien, madrasser, trycksår etc.

Arbetsterapeut (0,75) och fysioterapeut/sjukgymnast (1,3) ansvarar för att bedöma och tillgodose behovet av rehabiliterande insatser både i förebyggande och behandlande syfte. De har ansvar inom vård och omsorgsboendets olika inriktningar samt servicehuset, vilket ställer höga krav på bred kompetens och prioriteringar.

Arbetsterapeuten har förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar ansvar som processledare i samband med påbörjat införande av nytt dokumentationssystem och ICF inom verksamheten. För detta har utökad tid avsatts (0,25).

För fysioterapeut/sjukgymnast har utökad tid (0,1) avsatts i samband med genomförande av utbildning inom området ergonomi för omsorgspersonal.

Kompetenshöjande insatser

Under året har Väderkvarnens vård- och omsorgsboende haft två planeringsdagar där ansvarsområden har upprättats och nya rutiner har tagits fram. Sjuksköterskorna har deltagit i flera utbildningar bland annat "Äldre och läkemedel", "Hur vi ska bemöta demenssjuka" och "Nationell Patientöversikt".

Planeringsdagarna och kompetenshöjande insatser har resulterat i säkrare och tydligare rutiner för de olika ansvarsområdena.

Vårdhygien

Väderkvarnens chefer har haft två möten med hygiensköterskan och MAS och diskuterat förbättringsförslag.

Nytt avtal för personalkläder har tecknats och gäller från och med december 2013. Hygiensköterska har utbildat hygienombud på enheterna inom verksamheten.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har avtal med Apoteket Farmaci om extern granskning av läkemedelshantering. Läkemedelsförråden för servicehuset och samtliga vård- och omsorgsenheter granskades i oktober 2013. Även de boendes egna läkemedelsskåp granskades efter samtycke. Farmaceut har anvisat förbättringsåtgärder som skulle vidtas. MAS har kontrollerat att förbättringarna är genomförda.

Infektioner och av antibiotikaanvändning

Antibiotika ska användas endast när det verkligen är nödvändigt, detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. Målet är att begränsa antibiotikaanvändning, antalet rapporterade tillfällen har sjunkit under de senaste åren.

År	Antal rapporterade antibiotikakurer på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende
2010	138
2011	82
2012	61
2013	50

Infektionsstatistik skickas till Vårdhygienverksamheten och MAS har uppföljning med Vårdhygien två gånger årligen. Anvisningar för eventuella åtgärder återkopplas till verksamheten.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån till MAS som vidarebefordrar resultaten till äldreförvaltningen. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som redovisas nedan.

Resultat av mätning av kvalitetsindikatorer och uppföljning av dem

Riktvärden är att varje boende får bedömning minst en gång varje år utifrån respektive indikator. Mätningen gjordes för perioden 1 oktober 2012 t.o.m. 30 september 2013. Resultaten har sammanställts från datajournaler för hälso- och sjukvård.

Totalt har 49 personer har avlidit eller flyttat under mätperioden från Väderkvarnen inklusive servicehuset.

Riskbedömningar Vård- och omsorgsboende

Antal journaler med heldygnsomsorg på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och var vid mättillfället 98. Antalet journaler under hela mätperioden var på vård- och omsorgsboendet 134.

Genomförda fallriskbedömningar är utförda för 71 %.
Utredning av undernäring skedde för 29 % inom vård- och samt riskbedömning för 33 % gällande risk för trycksår.
Det fanns 2 trycksår vid mätdatum på hela verksamheten.

Genomförda ADL bedömningar ligger på 81 % inom vård- och omsorgsboendet.
Läkemedelsgenomgångar har genomförts för 66 %.

Verksamheten har inga dokumenterade inkontinensutredningar och behöver bli bättre på att genomföra och dokumentera utredningar.

Riskbedömningar på Servicehuset:

I servicehuset fanns det 43 boende vid mätdatum. Antalet boende under hela året var 56.

Genomförda fallriskbedömningar är utförda för 59 %.
Utredning av undernäring skedde för 5 % inom servicehuset samt riskbedömning för 7 % gällande risk för trycksår. Detta är väldigt låga resultat. Ett trycksår fanns vid mätdatum på servicehuset.

Genomförda ADL bedömningar ligger på 89 %.
Läkemedelsgenomgångar har dokumenterats för 77 %.

Verksamheten har inga dokumenterade inkontinensutredningar och behöver bli bättre på att genomföra och dokumentera utredningar.

Resultaten för genomförda riskbedömningar har sjunkit påtagligt från året innan. Trolig orsak är att flertalet hälso- och sjukvårdspersonal har bytts ut och att det har funnits vakanta tjänster som har bemannats med tillfälliga vikarier.

Patientsäkerhetsarbetet på Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Enheten har 16 personer boende på två våningsplan. En specialistsjuksköterska i psykiatri finns anställd på 35 %.

Övriga tider finns en upphandlad sjuksköterskejour. Vid akuta behov av sjuksköterska kan juren komma till enheten inom 30 minuter dygnet runt.

Utbildningsinsatser

Enhetschef, biträdande enhetschef och enhetens psykiatrisjuksköterska har gått utbildning i vårdhygien. Övrig personal har informerats och uppmanats att gå den digitala utbildningen i basala hygienrutiner via Vårdhygiens utbildningslänk. I slutet av 2013 har verksamheten påbörjat ett arbete med att höja den hygieniska standarden och förbättra boendemiljön i sin helhet.

Samarbete med läkare och sjuksköterska inom andra vårdenheter

Planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård hålls vid behov. Verksamhetens sjuksköterska har också en regelbunden mejlkontakt (digital rond) med ansvarig läkare och sjuksköterska inom psykiatri cirka två gånger i veckan för att hålla dem uppdaterade och själv få råd och stöd. Sjuksköterskan upplever kontakten som mycket värdefull ur patientsäkerhet synpunkt.

Patientsäkerhetsarbetet på gruppbostaderna inom LSS

Patientsäkerhetsarbetet inom LSS sker i samråd med vårdcentralerna som utför hälso- och sjukvården på gruppbostaderna. Syftet är att säkra hälso- och sjukvården för de boende. Hälso- och sjukvårdsregler och rutiner har diskuterats vid olika möten med chefer, gruppbostadernas personal, sjuksköterskor och MAS. Särskild vikt har lagts på läkemedelshantering och fallprevention. Fallbedömningar ska göras av hälso- och sjukvårdspersonalen som kommer på plats vid en fallolycka.

Entreprenörer inom äldreomsorgen redovisar patientsäkerhetsarbetet i bifogade patientsäkerhetsberättelser.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Övergripande

Stadsdelsförvaltningen har en årlig plan för kontroll och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet på de olika verksamheterna. Uppföljningarna genomförs av MAS och MAR tillsammans med avdelningschef, individuppföljare samt uppföljarna enligt Socialtjänstlagen och LSS. Verksamhetens chefer samt personalrepresentanter deltar i uppföljningen. Uppföljningarna sker utifrån olika enkäter och intervjuer men också via granskning av lokaler, bemanning, rutiner och dokumentation. De flesta uppföljningarna rapporteras till nämnden men en del oanmälda besök förs som arbetsanteckning om det inte bedöms vara av särskilt vikt för nämnden. Respektive

verksamhet ska ha egna egenkontrollsystem för att få fram eventuella brister och motverka att risker uppstår.

Egenkontroll, Väderkvarnens äldreboende

Regelbundna möten hålls med MAS, MAR, verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal för genomgång av aktuella ärenden, kvalitets- och förbättringsområden samt statistik. Samarbete om olika egenkontrollsystem har inletts med Vårdhygien.

Journalgranskning

MAS och MAR granskar fortlöpande och vid uppföljningar hälso- och sjukvårdsdokumentationen och ger återkoppling till verksamhetens legitimerade personal samt chefer.

Läkemedelsgenomgångar

Alla boende ska få minst en genomgång av läkemedel med symtomskattning per år utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Egenkontroll basala hygienrutiner

- Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor granskar sina respektive medarbetare (omsorgspersonal) utifrån av Socialstyrelsen framtagna granskningsmall fyra gånger per år. Mellan granskningarna sker fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner.
- Enheten ska kontrollera att all personal följer basala hygienrutiner i vårdarbetet.

Livsmedelshygien

Biträdande enhetscheferna ansvarar för att det finns rutiner avseende livsmedelshygien och att dessa följs.

Kvalitetsindikatorer

MAS/MAR sammanställer alla genomförda riskbedömningar från Vodok. Återkoppling sker till verksamheten. Sammanställningen över kvalitetsindikatorer skickas till stadens äldreförvaltning årligen. Nationella kvalitetsregister för Palliativ vård används som underlag för förbättringsarbetet.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Verksamheten ska på att ta fram rutiner för egenkontroll inom hälso- och sjukvården under 2014. MAS har arbetsmöten med chef och sjuksköterska för att vidareutveckla vården. MAS granskar rutiner och journaler fortlöpande under året.

LSS gruppbostäder

Entreprenören Nytida har egna utvecklade egenkontrollsystem som är databaserade och lätta att följa upp.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan inom stadsdelens egna verksamheter

Alla verksamheter har lokala samverkansrutiner för informationsöverföring internt i den egna verksamheten och mellan olika enheter inom stadsdelen. Lokala rutiner upprättas på respektive enhet och ska följas. Rutinerna uppdateras och revideras årligen och vid förändringar. Om det händer negativa händelser och rutiner inte följs rapporteras det som avvikelse.

Samverkan med sjukhus och primärvården

Samverkan sker utifrån lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning som finns med S:t Görans sjukhus, StockholmsGeriatiken och de flesta vårdcentraler i innerstaden. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan med respektive enhet.

Samverkansmöten hålls fyra gånger årligen med representanter från S:t Görans Capio, StockholmsGeriatiken, primärvården och stadsdelens representanter. Avvikelse rapporteras och tas upp på samverkansmöten. MAS/MAR upprättar samverkansöverenskommelser för hälso- och sjukvård i samråd med verksamhetschefer inom landstingets verksamheter.

Samverkan med landstingets rehabiliteringsverksamhet

Samverkan ska ske utifrån den lokala samverkansöverenskommelsen med primärvårdsrehabiliteringen, StockholmsGeriatiken och S:t Görans Capio. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan för respektive enhet.

Samverkan med läkarorganisationer på särskilda boenden

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationer inom särskilda boendeformer och revideras årligen i samråd med läkarna, verksamhetscheferna och MAS/MAR. Samverkansmöten hålls två gånger varje termin eller efter behov med respektive läkarorganisation, utförarna och MAS/MAR.

Samverkan med tandvården

Samverkansavtal finns med landstingets tandvårdsenheter om munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Enheterna erbjuder munhälsobedömning och planerar besök av tandvårdsteam för respektive patient i samråd med tandvårdsteamet. MAS deltar i utvärdering på landstingets tandvårdsstab två gånger årligen.

Samverkan med myndighet

Verksamheterna upprättar ruiner för samverkan med respektive beställarenhet. Uppföljning görs årligen av samverkande parter. Revidering av dokumenten sker när det finns behov.

På Väderkvarnens vård- och omsorgsboende finns rutiner för samverkan med respektive beställarenhet. Uppföljning görs årligen av samverkande parter. Revidering av dokumenten sker när det finns behov. Senaste dokument rör korttidsplatserna och reviderades vid årsskiftet 2013-2014.

Samverkan med entreprenörer och enskilda utförare

MAS/MAR gör både förанmällda och oanmälda uppföljningsbesök. Utöver uppföljningstillfällen har stadsdelens MAS/MAR samarbetsmöten med entreprenörerna. Rådgivning sker också både via telefon och via mejl. Förvaltningens MAS ansvarar också för upprättande av samverkansöverenskommelser med läkarorganisationer för respektive boende.

MAS/MAR kontrollerar hälso- och sjukvårdens kvalitet hos entreprenörer. Muntlig återkoppling lämnas till utföraren om eventuella brister i hälso- och sjukvård redan vid uppföljningstillfället så att de kan vidta åtgärder snarast möjligt. En skriftlig uppföljningsrapport med checklista på åtgärder upprättas och skickas till utföraren och redovisas i verksamhetsuppföljningen till nämnden.

Entreprenörer har intern- MAS. Deras uppgift är att utarbeta rutiner för egenkontroll för hälso- och sjukvård och journalgranskning inom respektive verksamhet samt ansvara att avvikelser och statistik rapporteras till stadsdelens MAS/MAR. Intern- MAS ska också utreda eventuella Lex Maria ärenden och rapportera dessa till stadsdelsnämnden samt till IVO.

MAS har i uppdrag att följa upp vissa enskilda verksamheter enligt LOV. Rapport skickas till utföraren och Äldreförvaltningen.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risakanalys är en beprövad metod för säkerhetsarbete inom sjukvården och andra högriskverksamheter. Genom en noggrann kartläggning av hur en verksamhet fungerar i praktiken, kan risker och brister identifieras och analyseras. Analys kan genomföras vid verksamhets- eller organisationsförändringar,

ombyggnationer eller flertalet negativa händelser t.ex. olyckor och brister i vården som upprepas.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Medarbetarna på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende ska systematisk identifiera och bedöma risker för att förhindra incidenter som kan leda till att den boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som kan eliminera skada.

Risikanalys görs exempelvis vid:

- Iakttagelser av en risk eller mindre allvarlig händelse vid ett specifikt arbetsmoment.
- Medarbetares upplevelser av ett arbetsmoment eller att en situation är riskfylld.
- Organisationsförändringar.
- Schemaförändringar.
- Införande av nya rutiner och arbetsmetoder.
- Införande av nya tekniska produkter.
- Där en händelseanalys lett till ett åtgärdsförslag.

Verksamhetschefen utser ett analysteam som kan utgöras av ombud från verksamhetens kvalitetsråd, biträdande enhetschef eller annan lämplig person.

Under året har verksamheten genomfört tre riskanalyser:

- Riskanalys för flytt av hälso- och sjukvårdspersonalen lokaler från plan 2 till bottenvåningen
- Riskanalys för sommarschemat för hälso- och sjukvårdspersonal när alla semesterpass inte var vikarietäckta.
- Riskanalys och åtgärdsplan för tekniska hjälpmedel.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

När personalen upplever riskfyllda situationer kontakter de sin chef och MAS. Risker inom hälso- och sjukvårdsdelen diskuteras med verksamhetschef, samverkanspartners och MAS. Åtgärder vidtas utifrån eventuellt framkomna brister inom verksamheten eller i samverkan med andra vårdgivare. Risker registreras i ett digitalt system.

Gruppboendestäder inom LSS

När personalen upplever riskfyllda situationer kontakter de sin chef och MAS. Risker inom hälso- och sjukvårdsdelen diskuteras med enheterna chefer, vårdcentralerna och MAS.

Risikoförebyggande åtgärder sätts in. Entreprenörerna har ett eget digitalt system för registrering. Kopia på avvikelser skickas till MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

Övergripande, avvikelshantering och Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen¹ är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Avvikelsehanteringen är till för att få fram de brister och risker som finns i vårdarbetet och för att kunna åtgärda dessa och öka säkerheten för patienterna.

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal och personal med delegering är enligt lag skyldiga att rapportera tillbud och negativa händelser för att öka patientsäkerheten.

Verksamheten ska ha rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och risker för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt. Händelser och risker ska utredas och åtgärdas snarast möjligt.

Vårdgivare är skyldig att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada i samband med vård, undersökning och behandling.

- En utredning ska genomföras och återkopplas till verksamheten för att förhindra att en liknande händelse upprepas.
- Den drabbade eller dennes närstående ska informeras om vad som inträffat och varför vårdskadan uppstått samt vilka åtgärder vidtogs.

Avvikelseprocessen

Personal som upptäcker en avvikande händelsen ska omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal.

- Den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt på blankett för avvikelserapport.

- Tjänstgörande sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast ska bedöma och vidta åtgärder samt kontakta läkare vid behov. Avvikelse rapporten kompletteras och händelsen dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårds journal samt i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Legitimerad personal analyserar avvikelser. Analys och konsekvens av händelsen samt patientrelaterade åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen samt journaltexten.
- Legitimerad personal informerar patient/närstående om avvikelser.
- Chef och MAS/MAR ska informeras. MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarig karaktär.
- Chef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Analys av händelser, planering och beslut om åtgärder för att förhindra återupprepning av liknande incidenter sker i ett forum där chefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier diskuterar ärenden.
- Chef ska godkänna vidtagna åtgärder och ska dokumentera detta i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Avvikelse i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal.
- Om avvikelser leder till en Lex Maria-anmälan kan MAS/MAR underrätta patient och/eller närstående samt dokumentera detta i journalen. Det ska även antecknas om information inte lämnats ut och anledning till detta.
- IVO utreder anmälan utifrån en patientsäkerhetsaspekt. De granskar verksamhetens målbeskrivning, organisation, ansvarsfördelning, bemanning och rutiner. Handläggaren från Socialstyrelsen kan begära specialistutlåtande och ibland genomförs verksamhetsbesök som komplement till anmälarens utredning innan beslut fattas. Handläggaren informerar MAS/MAR om beslutet.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehuset
Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och korttidsboende har rapporterat avvikelser enligt nedan under 2013.

Fördelning av avvikelserapporter vård- och omsorgsboendet

- Fallolyckor 99. Av dessa har 3 lett till fraktur och vid 39 fall rapporteras blåmärken, smärta eller sårskada.
- Brister i läkemedelshantering 8.
- Brister i informationsöverföring i vårdkedjan 4.
- Brister i specifik omvårdnad eller rehabilitering 0.
- Brister i medicintekniska produkter 3.

Fördelning i servicehuset

- Fallolyckor 32. Av dessa har 2 lett till fraktur och vid 4 fall rapporteras blåmärken, smärta eller sårskada.
- Brister i läkemedelshantering 31.
- Brister i informationsöverföring i vårdkedjan 2.
- Brister i specifik omvårdnad eller rehabilitering 2.
- Brister i medicintekniska produkter 1.

Samtliga avvikelser utreds och hanterats lokalt på enheterna och i verksamhetens kvalitetsråd. Två brister i medicinteknisk produkt har anmälts till Läkemedelsverket och till tillverkaren/leverantören. IVO har informerats.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Samtlig personal, både mentalskötare och sjuksköterskor rapporterar avvikelse. Skötarna dokumenterar i ParaSol och sjuksköterskan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Sjuksköterskan rapporterar avvikelserna även i fliken hälso- och sjukvård i ParaSol för att omvårdnadspersonalen ska få tillgång till dokumentationen. Vid upprepade avvikelser diskuteras eventuella brister och rutiner förbättras vid behov.

Rapporterade avvikelser under 2013:

- Fallolyckor 2
- Läkemedel 5
- Brister i vårdkedjan 1
- Brister i specifik omvårdnad eller rehabilitering 1

Enligt enhetschefen förekommer få avvikelser.

Ingen anmälan enligt Lex Maria har skickats till IVO.

Gruppbostäder inom LSS

Personalen i gruppbostäderna rapporterar avvikelser till vårdcentralernas sjuksköterskor. Avvikelse rapporten granskas också av enhetens chef. Åtgärder för den enskilde sätts in omgående om det behövs.

Enheterna har lokala samverkansmöten med sjuksköterskorna för att diskutera om rutiner behöver förbättras eller förändras.

Gruppbestäderna ska månadsvis rapportera avvikelser till MAS efter att de är genomgångna av sjuksköterska och enhetens personal tillsammans.

Vid allvarliga händelser kontaktas MAS omedelbart som ger anvisningar vilka åtgärder man ska vidta.

Rapporterade avvikelser 2013 inom enheter som drivs på entreprenad av Nytida.

- Brister i läkemedelshantering 124
- Brister i vårdkedjan 2
- Fallolyckor 19, 2 ledde till sjukhusvård.
- Brister i specifik omvårdnad 14
- Brister i medicinskt tekniska produkter 12
- Ingen anmälan enligt Lex Maria har skickats till IVO.

Gruppbestaden Hagagatan, egen regi.

- Fallolyckor 3.
- Brister i medicinteknisk utrustning 2.
- Brister i läkemedelshantering 11.
- Ingen anmälan enligt Lex Maria har skickats till IVO.

Entreprenörer äldreomsorg

Ingen anmälan enligt Lex Maria har rapporterats 2013.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Synpunkter och klagomål hanteras av biträdande enhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som klagat. Utifrån klagomålets eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschefen en bedömning om ett analysteam ska tillsättas.

Ansvarig för analysteamet kan vara kvalitetsansvarig sjuksköterska eller en annan lämplig person, som omgående påbörjar analysarbetet. Analysen genomförs vanligen i sex olika steg som uppdrag, insamling av fakta, beskrivning av händelseförlopp, identifiering av orsaker och åtgärdsförslag.

Policyn på boendet är att ta upp en incident eller ett klagomål

snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med brister. Slutrapport skrivs och klagomålet om händelsen avslutas på nästkommande kvalitetsråd.

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska de rapporteras till MAS/MAR som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri
Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter/klagomål finns. Broschyren synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla på enheten.

Den som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål ska registrera denna i förvaltningens blankett för anmälan av synpunkter/klagomål och överlämna blanketten till ansvarig chef.

Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmast kommande enhetsmöte som sker varannan vecka. I de fall något ska åtgärdas dokumenteras detta och ansvariga utses.

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som har lämnat klagomål eller synpunkter. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården rapporteras detta till MAS som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Gruppbostäder inom LSS

Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter och klagomål finns. Personalen som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål registrera denna i förvaltningens blankett för anmälan och överlämna blanketten till ansvarig chef. Klagomål inkomna via blankett eller mejl diarieförs. Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas.

Entreprenörer skickar kopior på klagomål och synpunkter till förvaltningen där de registreras.

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till personen som har lämnat klagomål eller synpunkter.

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården rapporteras detta till MAS som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Övergripande

Klagomåls- och synpunktshanteringen ska ingå som en naturlig del i verksamheternas kvalitetsarbete och ska dokumenteras och diarieföras. Respektive klagomål eller synpunkt ska alltid utredas skyndsamt och tas upp i verksamheternas kvalitetsråd samt återkopplas till den som har lämnat in dem.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Arbetsätt vid kvalitetsrådet:

- Statistik ska föras över alla inkomna rapporter, avvikelser, och klagomål för att identifiera och se mönster i rapporterade incidenter. Alla inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska behandlas.
- Förslag på förbättringsåtgärder som man kommer fram ska återkopplas till personalgrupperna via arbetsplatsträffar och avdelningsmöten med syfte att bryta mönster som kan ge upphov till brister i verksamheten.
- Kvalitetsombuden ska ansvara för att informera om kvalitetsrådets förslag om specifika förbättringar på den egna enheten.
- Kvalitetsombuden ska även vara delaktiga i att införa nya rutiner etc. på enheten.
- Vidtagna åtgärder och resultaten av dessa ska diskuteras.
- Kvalitetsrådet har inte fungerat som tänkt under året utan endast ett fåtal möten finns dokumenterade.
- Utveckling av kvalitetsrådet pågår i verksamheten.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs stadsdelsförvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Klagomålen diskuteras på enheten och eventuellt på Socialtjänstavdelningens ledningsgrupp. Åtgärder vidtas utifrån eventuella brister i verksamheten som framkommer.

Gruppboendestäder inom LSS

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs stadsdelsförvaltningens rutiner för hanteringen. Entreprenören Nytida redovisar sina synpunkter och klagomål i sitt kvalitetssystem. Klagomålen och synpunkterna skickas som kopia till stadsdelsförvaltningen som registrerar dessa och för statistik.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

Samverkan med boende och närstående sker på många olika sätt.

- Cirka två veckor efter inflyttning till avdelningen bjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska in den boende och om han/ hon så vill närstående, till ett hälsosamtal.
- När den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller god man delta. Vid detta möte deltar även den boendes kontaktperson och vid behov rehabiliteringspersonal.
- Samtalet förs utifrån ett salutogent synsätt, det vill säga att man fokuserar på den boendes resurser.
- Vid hälsosamtalet ställer kontaktpersonen, sjuksköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten frågor om den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd.
- När det är möjligt, ska samtalet fokusera på vilka resurser som behöver stärkas och vad som behöver kompenseras.
- Närstående har en viktig roll att stötta den boende så att informationen blir så komplett som möjligt.
- Vid detta möte informerar hälso- och sjukvårdspersonalen också om resultaten av de eventuella bedömningar som utförts under den första tiden efter inflyttningen och diskuterar också de förslag de har avseende planerade åtgärder vid identifierade risker.

Efter hälsosamtalet dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonalen kompletterande åtgärder i omvårdnadsjournalen och kontaktpersonen dokumenterar beslutade åtgärder i den boendes genomförandeplan. Genomförandeplanen ska undertecknas av den boende och eller närstående. Planen ska innehålla beskrivning på detaljnivå av vilka insatser den boende ska ha, målet med insatserna, hur de ska utföras, när de ska utföras och av vem de ska utföras. Vidare beskrivs när under den fortsatta vistelsen vårdplaneringsmöten ska ske där det finns möjlighet att ta upp synpunkter från både patient och närstående.

Samverkan sker även vid anhörigmöten där legitimerad personal deltar för att ha dialog och inhämta synpunkter.

Utöver dessa kontakter finns möjligheter för informationsutbyte via telefon och mejl. Det finns också förtroenderåd och anhörigråd för samverkan och information. Rutiner för möten med brukarna och närstående upprättas av verksamheten. Möten dokumenteras. Om ärenden berör hälso- och sjukvård informeras MAS/MAR.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Några av de boende är väldigt misstänksamma mot sjukvården i allmänhet, i synnerhet psykiatri.

Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Personalen kan trots dessa kunskaper i vissa fall få svårt att motivera den enskilde till att upprätthålla kontakter med vårdgivare och ta sin medicin. I dessa fall är kontakt med anhöriga värdefullt och kan ibland vara till stor hjälp.

Gruppbostäder inom LSS

Inom LSS gruppbostäder har närstående en mycket viktig roll eftersom de boenden har ett stort behov av att insatserna för dem samordnas på ett sätt att närstående oftast är involverade i planeringen. Närstående har också ofta möjlighet att ta hem den boende och följer då den planeringen som har gjorts i samråd med den enskilde och gruppbostadens personal. Närstående kan också ge viktig information om den boendes förmågor och hälsosituation.

Mål och resultat, SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Exempel på mål, strukturmått, process, resultat

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måloppfyllelse
God Vårdhygienisk standard och förhindra smittspridning.	Kunskap Rutiner Utrustning Egenkontroll Kontroll vid uppföljning	Återkommande vårdhygienutbildning både med lärare och via e-utbildning. Enheterna skaffar nödvändig utrustning. Personalen följer basala hygienrutiner. Introduktion ges till nyanställda och vikarier. Uppföljning och egenkontroll sker.	Statistik på antibiotika behandlade infektioner redovisas. Verksamheterna i egen regi har få infektioner som uppkommer på enheterna. Hela stadsdelen hade sex personer med multiresistenta bakterier, vilka personerna hade redan vid inflyttning	Antalet antibiotika behandlade infektioner har sjunkit 138 tillfällen 2010 82 tillfällen 2011 61 tillfällen 2012 54 tillfällen 2013 på Väderkvarens äldreboende. Liknande statistik förs hos entreprenörerna vilka redovisar detta i sina patientsäkerhetsberättelser. Inga vårdrelaterade infektionsspridningar har registrerats i stadsdelen. Multi-resistenta bakterier har inte spridits inom enheterna.
Säker läkemedels-hantering. Minska antalet felaktigt iordningställda eller fel överlämnade läkemedel.	Säkra rutiner för läkemedelshandtering. Introduktion och information till nyanställda Extern kvalitetskontroll.	Utbildning av personal. Introduktion genomförs. Farmaceut kontaktas för genomgång.	Utbildningsinsatser Extern granskning av farmaceut har genomförts på samtliga äldreboenden.	Åtgärder utifrån granskningsrapporten har genomförts.

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måloppfyllelse
Dokumentation av genomförda riskbedömningar ska öka.	Kunskap Tid Välfungerande rutiner och datorer.	Utbildning i dokumentation. Dokumenteras i journal samt Senior Alert (alla enheter har inte ännu kommit igång). Samman-ställning digitalt MAS/MAR.	Visas i antal i sammanställningar i statistik uppföljningen och återkopplas till utförarna. Resultat redovisas till Äldreförvaltningen och i Patient-säkerhetsberättelsen.	På Väderkvarnen har antalet dokumenterade riskbedömningar minskat påtagligt från året innan. Verksamheterna registrerar riskbedömningar. MAS/MAR sammanställer och rapporterar resultat till staden.
Antalet läkemedelsgenomgångar ska öka. Minst en genomgång årligen/person.	Överens-kommerser med Landstinget och läkarorganisati oner. Utbildning. Samordning med tidsplan gemensamt för sjuksköterskor och läkare.	Samarbete med läkarorganisatio nerna. Utbildningsinsat ser har genomförts.	Överenskommelse finns. Kunskapsnivån har minskat på grund av att sjuksköterskor med spetskompetens har slutat.	Antalet registrerade läkemedels genomgå ngar har minskat sedan föregående år i egen regi.
Kunskap och metoder för en god omhändertagande vid livets slut ska utvecklas. Att trycksår inte uppkommer på enheterna.	Utbildning och information om Palliativa registret samt omhändertagan de vid livets slut.	Utbildningsinsat ser har genomförts.	Samtliga äldreboenden har kunskap om hur registret används i vården. Kunskap om förebyggande behandling av trycksår finns.	Samtliga äldreboenden i stadsdelen registrerar. Få nya trycksår har uppstått i verksamheterna. De som har funnits vid inflyttning har läkt.

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
Registrering i de nationella kvalitetsregistren. Palliativa Senior Alert BPSD	Personal med god kompetens. Tid	Bemanning och kompetens kontrolleras vid uppföljningar. Antalet registreringar kontrolleras av MAS/MAR. Diskussion förs med enheter som inte har kommit igång.	På grund av låg bemanning är det svårt att hinna registrera i samtliga nationella kvalitetsregistren som staden kräver.	Samtliga äldreboenden har registrera i Palliativa registret. Sabbatsberg och Riddargården har registrerat i Senior Alert samt i BPSD-registret. Enheterna har anställt 50 % sjuksköterska för denna uppgift.

Övergripande mål och strategier för 2014

- Kvalitets och - säkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagits upp vid uppföljningarna.
- Egenkontroll i verksamheterna ska utvecklas.
- Medvetande om riskförebyggande arbetssätt ska utökas bland medarbetarna.
- Antalet registrerade kvalitetsindikatorer ska öka.

Ett nytt dokumentationssystem införs i staden för hälso- och sjukvårdsjournaler. Verksamheterna har utsett processledare som kommer att utbilda och stödja enheterna inom äldre omsorgen. I samband med det nya systemet kopplas ett klassifikationssystem för funktioner, funktionshinder och hälsa in. Kodningen av dessa kallas för ”International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF).

Plan för förbättringsarbete på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

Verksamheten kom inte igång med Senior Alert under 2013 som det var planerat. Detta på grund av både byte av chefer och en stor del av hälso- och sjukvårdspersonalen. Verksamheten har inte hunnit med allt förbättringsarbete som var planerat och nu kvarstår att man ska genomföra registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Kompetenshöjande insatser

- Fortsätta utbildningsinsatser i dokumentation, fokus på arbetet med att förbättra utformningen av vårdplaner och inkontinensutredningar.
- Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter ska anmälas till de kurser som Vårdhygien erbjuder.
- Vidareutveckla och stärka sjuksköterskans arbetsledarroll.
- Enhetens sjuksköterskor kommer att fortsätta under 2014 att delta i ett pilotprojekt inför införandet av nationell patientöversikt (NPÖ). Projektet leds av landstinget. Syftet är att förbättra informationsöverföring för att säkra vården via tittmöjlighet i slutenvårdsjournaler på S:t Göran Capio och StockholmsGeriatiken samt på sikt ska SÄBO läkarens journaler kopplas in.

-

Övriga aktiviteter

- Anpassa förvaltningens övergripande ledningssystem för ett Systematiskt kvalitetsarbete till ett kvalitetsledningssystem för enheten.
- De lokala hälso- och sjukvårdsrutinerna ska uppdateras under våren 2014.
- Arbetet med patientsäkerheten ska öka genom kvalitetsuppföljning och utveckling av verksamhetens internkontroll.
- Förbättra och effektivisera kvalitetsrådet, genom att omvårdnadsansvarig sjuksköterska och biträdande enhetschef en gång i månaden diskuterar och följer upp inkomna avvikelser på avdelningen. Verksamhetschef följer upp samtliga avvikelser med representanter från varje avdelning tre gånger om året.
- Implementera verksamhetens nya välkomstprocess vid inflyttning för att informera om hälso- och sjukvården som kan erbjudas på Väderkvarnen.

Vårdhygien

- Verksamheten inför nolltolerans till avvikelser gällande vårdhygienisk klädkod (hår, naglar, smycken, kläder).
- E- utbildning på Vårdhygiens hemsida för all personal kommer att ingå i introduktionen av nyanställd personal.
- Självskattning utifrån Vårdhygiens dokument.
- Utbildning för observatörer av Vårdhygien.
- Observationer utifrån Vårdhygiens dokument.

detalj. Detta gäller såväl hälso-sjukvårds insatser som personlig omvårdnad, socialt liv m.m. De lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna ska revideras.

Plan för förbättringsarbete inom LSS

Utveckling av egen kontroll och systematisk kvalitetsuppföljning.

Bilagor

1. Riddargårdens vård- och omsorgsboende, Stockholms äldreboende AB.
2. Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende, Stockholms äldreboende AB.
3. Vasens vård- och omsorgsboende, Attendo AB.