



Patientsäkerhetsberättelse för Norrmalms stadsdelsnämnd

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

Sara Evefjord Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Linnéa Svanström Leistedt Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Winnie Nordangård Biträdande enhetschef, ansvarig hälso- och sjukvård

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Charlotta Johansson Verksamhetschef Malmskillnadsgatans gruppbostad

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Riskanalys	14
Informationssäkerhet	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Hantering av klagomål och synpunkter	18
Samverkan med patienter och närstående	20
Sammanställning och analys	21
Resultat	21
Övergripande mål och strategier för kommande år	24
Bilagor	26

Patientsäkerhetsberättelsen 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 §

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver processer, rutiner och genomfört patientsäkerhetsarbete i verksamheter inom äldreomsorg och socialtjänst. Vidare beskrivs det övergripande kvalitetsarbetet och kompetensutvecklingen.

Målet med patientsäkerhetsarbetet är att öka vårdens kvalitet samt att minska risker och förhindra vårdskador.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har under året fortsatt sitt arbete med att utveckla ledningssystemet, egenkontrollen, de lokala rutinerna och teambaserat arbetssättet. Vidare har man arbetat med ”att göra listan” med syfte att säkra de dagliga planerade arbetsuppgifter som hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra. Utsedd dokumentationsstödare i verksamheten och processledare har gett dokumentationsstöd till sjuksköterskor för att förbättra dokumentationskvalitén. Loggkontroll har genomförts en gång i månaden för uppföljning av åtkomst till journaler.

För att bidra till ökad livskvalité för de demenssjuka har verksamheten har regelbundet hållit reflektionsmöten enligt Silviacertifieringen.

Samtlig personal har deltagit i måltidsutbildning som genomförts av dietist. Utbildningen syftar till att de äldre ska få en god måltidssituation och tillgodogöra sig sitt energi- och vätskebehov.

Hälso- och sjukvårdspersonal har deltagit vid utbildningstillfällen som munhalsobedömning och förskrivningsstöd gällande hjälpmedel vid blåsrubbningar.

Personalomsättningen har under året varit hög inom sjuksköterskegruppen. Under sommaren har bemanningsbolag anlitats för att bibehålla samma personaltäthet. Det har även varit omsättning i chefsgruppen. För att minska omsättningen av hälso- och sjukvårdspersonal har verksamheten sett över bemanningen. Verksamheten har i februari 2018 infört nytt schema som innebär fler sjuksköterskor dagtid och färre schemalagda kvällar och helger, minimibemanning är alltid en sjuksköterska på plats i verksamheten.

Nämndens ansvarsområden

Äldreomsorg

Inom stadsdelsnämndens ansvarsområde fanns under delar av 2017 fyra vård- och omsorgsboenden för äldre. Riddargården och Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende som drevs av Stockholms Äldreboende AB under 2017. Vasens vård- och omsorgsboende som drevs av Attendo AB avvecklades under början av 2017. Alla verksamheter har inriktning demens och somatik. Väderkvarnen är ett vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi, där finns demens, somatik, äldrepsykiatri och servicehus.

Det finns två dagverksamheter för äldre. En är belägen vid Sabbatsbergsbyn med inriktning demens och en med inriktning psykisk funktionsnedsättning som är belägen på Väderkvarnen.

Socialpsykiatri

En gruppbostad inom socialpsykiatri enligt SoL drivs i egen regi på Malmskillnadsgatan.

Enskilda verksamheter upphandlade av staden

Inom stadsdelsnämnden finns två boenden som drivs privat: Birger Jarl och Dalahöjdens vård- och omsorgsboende. Stockholm stad har upprättat ett ramavtal med dessa verksamheter. Årliga avtalsuppföljningar görs av stadsdelsförvaltningens MAS och verksamhetscontroller. Resultatet från uppföljningarna sänds till Äldreförvaltningen. Verksamheterna skriver egna patientsäkerhetsberättelser.

I denna patientsäkerhetsberättelse beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheter som bedrivs i egen regi. Entreprenaders patientsäkerhetsberättelser finns med som bilagor.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder för att förebygga att patienten drabbas av vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig skada, psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Visionen är noll vårdskador.

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på

förbättringar. Samverkan med vårdtagare ska vara en del i det naturliga utvecklingsarbetet.

Verksamheterna har system för patientsäkerhetsarbetet för att arbeta riskförebyggande i dessa områden:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
- Brister i medicinteknisk utrustning
- Brister i speciell omvårdnad/rehabilitering

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i verksamheternas kvalitetsarbete.

Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning och egenkontroll med återkoppling till personal används på enheterna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2017:30 upprätthålls.

Verksamhetschef enligt HSL 4 kap. 2§ ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Verksamhetschef ansvarar för att det utarbetas ett lokalt ledningssystem samt ansvarar för att personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls.

Verksamhetschef ansvarar för att Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) hälso- och sjukvårdsregler är kända för personalen och att dessa regler efterföljs.

Verksamhetschefen kan ge i uppdrag till särskilt ansvarig befattnings-

innehavare att fullgöra enskilda ledningsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdsförfattningen 2017:80 (HSF) 4 kap. 5§. Verksamhetschefen har dock kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården enligt gällande författning.

Verksamhetschefens uppdrag begränsas av de uppgifter som faller under MAS eller MAR uppdrag inom den kommunala hälso- och sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt HSL 11 kap. 4§. MAR har samma ansvar avseende rehabiliteringsområdet inom kommunens ansvarsområde.

MAS och, i tillämplig omfattning MAR, ansvarar enligt HSF 4 kap. 6 § första stycket, för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen 2008:355 (PDL),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen 2010:659 (PSL), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Biträdande enhetschefer ansvarar för att:

- I samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera 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/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapportering

Alla händelser som frångår det normala, lett till vårdskada eller hade kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Avvikelsemodulen har under året uppdaterats med syfte att vara stöd för hanteringen av avvikelser och utredningar av vårdskador i enlighet med Socialstyrelsens nya föreskrift. Den uppdaterade versionen infördes under september 2017 och implementering har skett med stöd från stadsdelens processledare.

Avvikelser rapporteras enligt följande rubriker:

- Läkemedel
- Fall
- Specifik omvårdnad
- Specifik rehabilitering
- Trycksår

-
- Vårdkedjan
 - Vårdrelaterade infektion

Kvalitetsombud på enheten sammanställer de rapporterade avvikelserna. Avvikelserna tas upp på enhetsnivå och även på verksamhetsnivå i kvalitetsråd som träffas en gång per månad. Beslutade förändringar i arbetssätt och rutiner dokumenteras och implementeras i arbetsgrupperna, samt följs upp och utvärderas.

MAS/MAR följer vilka åtgärder som vidtas. Sammanställning av avvikelser görs årligen i samband med att patientsäkerhetsberättelsen skrivs.

Genom att vårdtagare och deras närstående ges möjligheten att diskutera och lämna synpunkter på vården och dess innehåll ökar den direkta kunskapen om hur vården upplevs. Dessa synpunkter används sedan i förbättringsarbetet.

Verksamhetschef ansvarar för att medarbetarna har en tillräcklig kompetens för att utföra hälso- och sjukvård på ett patientsäkert sätt. 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.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet är viktigt av flera skäl eftersom de oftast är närmast vårdtagaren. Medarbetarna ska rapportera risker, tillbud och negativa händelser och kan också bidra med kvalitetsförbättrande förslag.

Cheferna ska stimulera medarbetarna till att öka kompetensen genom att skapa forum och tid för kvalitetsarbete och utbildningar. Medarbetarna ska ha en individuell kompetensplan.

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 och statistik.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatan gruppbostad

På Malmskillnadsgatans gruppbostad ligger sedan hösten 2016 hälso- och sjukvårdsansvaret upp till sjuksköterskenivå på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Då sjuksköterska befinner sig i samma hus som boendet innebär det att det finns kontinuitet och tillgång till sjuksköterska dygnet runt. På plats i boendet finns sjuksköterska på 30 % fördelat på vissa vardagar dagtid. Läkemedelshanteringen blir mer säker då förvaring av läkemedel sker i avsett läkemedelsrum. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen säkerställs också dygnet runt. Samarbetet uppges fungera bra.

Teamarbete

På Väderkvarnen är det ett pågående arbete med att se över rutiner och verktyg för att få en helhetsbedömning av patienten. Utveckling av teamarbete pågår, teamet tillsammans med patienten bidrar alla med sin specifika kunskap. Teamet kan bestå av sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare, omsorgspersonal och patient, ibland kan även närstående ingå. Under året finns planerade teammöten.

Kompetenshöjande insatser

På Väderkvarnen har hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal fått utbildning i kommunikationsverktyget SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation). Syftet med denna utbildning är att få en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Att använda SBAR i kommunikationen ska säkerställa en god och säker vård samt ge en förbättrad arbetsmiljö genom en tydlig kommunikation mellan kollegor och olika yrkesgrupper.

Årligen uppdateras all personal kring läkemedel samt gör ett skriftligt test för att få behålla sin läkemedelsdelegering.

Under 2017 har medarbetarna fått utbildning i munvård, totalt har 55 medarbetare utbildats under året.

Personal har även fått utbildning i lyfteknik för att kunna använda lämpligaste förflyttningen utifrån patientens, de egna och omgivningens resurser så att förflyttningen blir säker och skonsam för både en själv och patienten. Lyftutbildning sker vid nyanställning och ska uppdateras minst var tredje år.

Nutrition

Väderkvarnen har under 2017 fokuserat på att öka kunskapen kring mat och måltider hos vård och omsorgspersonalen. Ytterligare mål som man arbetat mot har varit att öka kompetensen om nutritionsvårdsprocessen

och nutritionsbehandling med syfte att motverka och behandla undernäring.

Under tre heldagar har all personal fått en utbildning kring näringslära för äldre och hur Väderkvarnen ska arbeta med det utifrån rutiner och föreskrifter.

Dietist har deltagit i matupphandling med fokus på att måltiden ska anpassas efter den boendes önskemål och behov.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Senast läkemedelshanteringens granskades var i december 2016. Ny granskning var planerad till hösten 2017 men av tidsbrist hos granskande företag kunde denna inte utföras, ny granskning ska nu ske under början av året 2018.

Vårdhygien

Majoriteten av medarbetarna har genomgått Vårdhygiens webb-utbildning i basala hygienrutiner. Följsamheten till dessa rutiner mäts minst en gång per år genom observation eller självskattning. Resultatet sammanställs av biträdande enhetschef.

Vårdhygiens sjuksköterska har haft utbildning för omsorgspersonal i basala hygienrutiner.

Infektioner och antibiotikaanvändning

Antibiotika ska endast användas när det är nödvändigt. Detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. Infektionsstatistik förs varje månad för att begränsa antibiotikaanvändning. MAS tar del av registreringen för att kunna se tendenser och kunna sätta in åtgärder vid behov i ett tidigt skede.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten utför riskbedömningar. Riskbedömningarna är en del av det vårdpreventiva arbetet som syftar till att kartlägga de äldres hälsotillstånd och upptäcka eventuella risker så att adekvata åtgärder kan sättas in. Riskbedömningar erbjuds de boende som är över 65 år samt utförs vid behov.

Kvalitetsregister

Alla enheter på Väderkvarnen vård- och omsorgsboende samt servicehuset ska registrera i följande kvalitetsregister:

- Senior alert
- Palliativ registret

De fyra demensavdelningarna ska även registrera i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom).

Silviacertifiering och BPSD

Vård- och omsorgsboendet och servicehuset är certifierade enligt Silviahemmets vård filosofi vilket innebär att all personal blir utbildade i demensvård i syfte att kunna bidra till högsta möjliga livskvalitet för de demenssjuka, oavsett sjukdomsgrad, och deras anhöriga.

Under våren har verksamheten arbetat med att skapa förutsättningar för medarbetarna att regelbundet ha meningsfull reflektionstid. För att säkerställa att syftet uppnås utvärderar reflektionshandledarna tillsammans med ledningen regelbundet reflektionens innehåll.

På boendeinriktningarna demens tillämpas metoden BPSD med stöd av verksamhetens handledare för BPSD. Verksamheten har börjat utveckla införandet av BPSD.

Under 2017 har ett flertal möten både för reflektionen och BPSD tyvärr fått ställas in då verksamheten har genomgått en omorganisation och schemaförändring.

Dokumentation

Arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen har fortsatt, verksamheten har haft återkommande möten där ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) dokumentationen har diskuterats. Processledare för ICF har hållit i dessa utbildningstillfällen. ICF handledare finns på plats i verksamheten.

På Malmskillnadsgatan har rutinen kring dokumentation reviderats, nya rutiner som införts visar på att dokumentationen har fått bättre kvalitet. Egenkontrollen av dokumentationen hanteras av biträdande enhetschef. Alla boende har utöver genomförandeplanen en personlig planeringspärm. I den dokumenteras allt som kan vara viktigt att veta om personen till exempel stöd hygien, munvård, fotvård. Även mat och måltider beskrivs om personen behöver specialkost, har någon allergi eller sjukdom som är viktig att veta i förhållande till mat, har behov av att kontrollera sin vikt med mera.

Gällande läkemedel finns information om hur den anskaffas, hur den betalas, och om det finns något annat särskilt att ta hänsyn till.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Övergripande

Stadsdelsnämnden har en årlig plan för kontroll och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet på verksamheterna. Respektive verksamhet ska ha ett system för egenkontroll för att få fram eventuella brister och att motverka att dessa uppstår.

Uppföljningarna genomförs av MAS och MAR tillsammans med avdelningschef, individuppföljare samt verksamhetscontroller enligt Socialtjänstlagen. Verksamhetens chefer samt personalrepresentanter deltar i uppföljningen. Uppföljningarna sker utifrån olika enkäter och intervjuer men också via granskning av lokaler, bemanning, rutiner och dokumentation. Uppföljningar av egen regi samt entreprenad rapporteras till nämnden. Uppföljningar av privata boenden rapporteras till Äldreförvaltningen.

Väderkvarens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Regelbundna möten hålls varje månad med MAS, MAR, verksamhetschef, biträdande enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal för genomgång av aktuella ärenden, kvalitets- och förbättringsområden samt statistik.

Journalgranskning

MAS och MAR granskar fortlöpande under året hälso- och sjukvårdsdokumentationen och ger återkoppling till vård- och omsorgsboendet. Biträdande enhetschef utför loggkontroller och kvalitetsgranskar dokumentation. Processledare för ICF har under 2017 följt upp användarnas kompetens att använda journalsystemets struktur och inmatningsstöd. Utifrån dessa granskningar och kontroller drivs förbättringsarbete och handledning.

Läkemedelsgenomgångar

- Minst en gång per år ska alla boende få en genomgång av läkemedel med symtomskattning utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Hygien

- Verksamheten kontrollerar att personal följer basala hygienrutiner i vårdarbetet.
- Fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner sker kontinuerligt.
- Infektionsstatistik mäts varje månad.

Livsmedel

Biträdande enhetschef ansvarar för att det finns rutiner avseende livs-

medelshygien och att dessa följs.

Riskbedömning

Riskbedömningar på individnivå avseende risk för fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs i det vårdpreventiva arbetet. MAS och MAR följer upp arbetet och återkopplar till verksamheten. Verksamheten har även egenkontroll på riskbedömningar.

Nutrition

Nattfasta som inte ska överstiga 11 timmar mäts årligen två gånger per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan inom förvaltningens egna verksamheter

Alla verksamheter har lokala samverkansrutiner för informationsöverföring internt i den egna verksamheten och mellan olika enheter inom stadsdelsnämnden. Lokala rutiner upprättas på respektive enhet. Rutinerna uppdateras och revideras årligen och vid förändringar. Om "negativa" händelser inträffar eller att rutiner inte följs så rapporteras det som avvikelser.

Samverkan med Stockholms Läns Landsting

Samverkan sker utifrån den lokala samverkansöverenskommelse som finns med Capio S:t Görans sjukhus, Stockholms Geriatriken, vårdcentraler och primärvårdsrehabilitering. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner med respektive enhet. Samverkan finns också mellan förvaltningen och Beroendecentrum Stockholm, Norra Stockholms Psykiatri, Habiliteringscenter Stockholm, Frivården.

Samverkansmöten hålls fyra gånger per år med representanter från Capio S:t Görans sjukhus, Stockholms Geriatriken, Legevisitten, primärvården och förvaltningen. Avvikelser rapporteras och tas upp på samverkansmöten. MAS upprättar samverkansöverenskommelser för hälso- och sjukvård i samråd med verksamhetschefer inom landstingets verksamheter.

Samverkan med läkarorganisationer på särskilda boenden

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationer inom särskilda boendeformer och revideras med jämna mellanrum.

Samverkansmöten hålls två gånger varje termin eller efter behov med respektive läkarorganisation, utförare och MAS.

Under 2017 hade förvaltningen samverkansöverenskommelser med följande läkarorganisationer:

- Stockholmsgeriatriken med ansvar för läkare på Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende.
- Legevisitten SÄBO med ansvar för Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och Riddargårdens vård- och omsorgsboende.

Samarbete med läkare och sjuksköterska inom andra vårdenheter
Malmskillnadsgatans gruppboende har planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård vid behov. Verksamhetens sjuksköterska har en regelbunden digital rond med ansvarig läkare och sjuksköterska för att hålla dem uppdaterade och för att själv få råd och stöd.

Samverkan med tandvården

Samverkansavtal finns med landstingets tandvårdsenhet om munhälsobedömning och nödvändig tandvård, företaget som har detta avtal heter Flexident. Verksamheten erbjuder munhälsobedömning och planerar tillsammans med Flexident besök av tandvårdsteam för respektive boende, förutsatt att den boende har tackat ja till detta.

Samverkan med myndighet

Verksamheterna upprättar rutiner för samverkan med respektive beställarenhet. Uppföljning görs årligen av samverkande parter.

Samverkan med entreprenörer och enskilda utförare

MAS/MAR gör uppföljningsbesök hos entreprenörer där hälso- och sjukvårdens kvalitet kontrolleras. Muntlig återkoppling lämnas till utföraren om eventuella brister i hälso- och sjukvård redan vid uppföljningstillfället så att de kan vidta åtgärder. En skriftlig uppföljningsrapport skickas till utföraren och redovisas i verksamhetsuppföljningen till stadsdelsnämnden.

Utöver uppföljningstillfällen har förvaltningens MAS/MAR samarbetsmöten med entreprenörerna. Rådgivning sker också via telefon och mejl.

Hos verksamheter som bedrivs på entreprenad finns en intern MAS som ansvarar för att avvikelser och statistik rapporteras till förvaltningens MAS/MAR. Samverkansmöten hålls mellan förvaltningens MAS och entreprenaders interna MAS.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att alla medarbetare arbetar riskförebyggande.

Risikanalyser genomförs 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.

Risikbedömningar på individnivå utförs utifrån fallrisk, undernäring och trycksår. Utöver dessa tre utförs även munhälsobedömning samt bedömning av blåsdysfunktion.

Väderkvarnen

Medarbetarna ska systematiskt identifiera och bedöma risker för att förhindra incidenter som kan leda till att en patient skadas.

Under året har verksamheten genomfört dessa riskanalyser/konsekvensanalys:

- Riskanalys för sommaren
- Riskanalys för dokumentation
- Konsekvensanalys för ny organisation, nytt arbetssätt och nytt arbetsschema vid servicehuset
- Konsekvensanalys för omorganisation av avdelningar

Malmskillnadsgatan

Den lokala rutinen gällande suicidförsök samt kännedom om suicidrisk som infördes hösten 2016 används vid alla inflyttningar. Vid upptäckt risk skrivs en handlingsplan av ansvarig sjuksköterska och ansvarig chef, de ansvarar också för att göra handlingsplanen känd av alla medarbetare och de följer upp planen veckovis. Under 2017 har inget nytt sådant fall varit aktuellt. Riskanalys görs inför sommaren.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är hantering av information för önskad tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet

- Tillgänglighet: tillgång till information när man behöver den

- Riktighet: kunna lita på informationen
- Spårbarhet: kunna se vem som gjort vad i våra system
- Sekretess: skydda information från obehöriga

Ett mål för verksamheterna är att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienten som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt.

Identifierade risker inom informationssäkerhet är bland annat:

- vid informationsöverföring
- byte av vårdgivare
- otillgänglig vårddokumentation
- obehöriga har tillgång till sekretessmaterial

Verksamheterna arbetar med att förebygga/minska dessa risker genom att skriva avvikelser då annan vårdgivare inte följt överenskommelse gällande informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård. Stockholm stad har också infört NPÖ- nationell patientöversikt där aktuell information samlas. Behöriga vårdgivare kan ta del av denna information efter samtycke. All dokumentation/journalhantering förvaras inlåst och i skydd från obehöriga.

All personal får vid nyanställning information om tystnadsplikt och sekretess, denna information ges även skriftligt och alla ska skriva under på att de ska följa detta.

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av journaler utförs regelbundet av biträdande enhetschef så kallade loggkontroller. 2017 års kontroller visar på att inga obehöriga har varit inne i journalerna.

På Malmskillnadsgatan har man bytt låssystem för att hindra obehöriga att ta sig in till administrativa rum.

Egenkontroll och granskning av journaler visar på att dokumentationen är ett fortsatt utvecklingsområde. Grundläggande information finns i de flesta fall men dokumentation under rätt sökord samt en ”röd” tråd genom dokumentationen behöver utvecklas

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Övergripande, avvikelshantering och Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen 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 därmed öka säkerheten för patienterna.

Alla medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Medarbetare ska rapportera till vårdgivaren vid risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

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

All personal som upptäcker en avvikande händelse 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. Avvikelserapporten kompletteras och händelsen dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårds journal samt i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Legitimerad personal analyserar avvikelserna. Analys och konsekvens av händelsen samt patientrelaterade åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen samt i patientens journal.
- Legitimerad personal informerar patient/närstående om avvikelserna.

- Verksamhetschef/biträdande enhetschef ska informeras. MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär.
- Verksamhetschef/biträdande enhetschef 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.
- Verksamhetschef/biträdande enhetschef ska godkänna vidtagna åtgärder och ska dokumentera detta i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Avvikelser i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal. Om avvikelserna leder till en lex Maria-anmälan ska MAS/MAR dokumentera detta i journalen. Det ska även antecknas om information inte lämnats ut och anledning till detta. IVO utreder anmälan utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

På Malmskillnadsgatan har sjuksköterskan ett möte varje onsdag med all dagpersonal. Biträdande enhetschef deltar på dessa möten varannan vecka. På mötet går sjuksköterskan igenom alla klienter och här rapporterar även personalen omständigheter som kan betraktas som risker. Då en risk för vårdskada eller en verklig händelse som kunde ha lett till en vårdskada identifieras så kontakter sjuksköterskan omedelbart ledningen och MAS. Ledningen utreder tillsammans med personal och sjuksköterska händelsen eller risken för att det skall uppstå en händelse, analyserar det som kommit fram i utredningen för att sedan skapa en plan för åtgärder och bedöma risken för att något liknande händer igen samt planera förebyggande åtgärder om så skulle vara fallet.

Klagomål och synpunkter

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

Övergripande

Klagomåls- och synpunktshantering ska ingå som en naturlig del i verksamheternas kvalitetsarbete och ska dokumenteras och diarieföras. Klagomål eller synpunkt ska utredas skyndsamt och tas upp i verksamheternas kvalitetsråd samt återkopplas till den person som lämnat in den.

Verksamheten ska årligen göra en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Synpunkter och klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt. Dessa hanteras av biträdande enhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som lämnat klagomålet.

Utifrån klagomålet eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschef en bedömning om ett analysteam ska tillsättas. Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Synpunkter och klagomål diskuteras på närmaste enhetsmöte som sker varje vecka.

Ansvarig för analysteamet kan vara annan utsedd person, som omgående påbörjar analysarbetet. Policyn är att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med bristen. Återkoppling med redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder lämnas inom 14 dagar till en som inkommit med synpunkt/klagomål.

Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och IVO diarieförs centralt i förvaltningen. Återkoppling sker alltid skriftligt.

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

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Klagomålen diskuteras på enheten och eventuellt på äldre- och socialtjänst avdelningens ledningsgrupp. Åtgärder vidtas utifrån eventuella brister i verksamheten som framkommer.

Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter/klagomål finns. Den som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål ska registrera denna och överlämna blanketten till ansvarig chef.

Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmaste enhetsmöte som sker varje 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.

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 även närstående, till ett hälsosamtal.
- När den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller god man/förvaltare 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.
- 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 patientjournalen och kontaktpersonen dokumenterar beslutade åtgärder i den boendes genomförandeplan.

Samverkan sker även vid anhörigmöten där legitimerad personal deltar för att föra en dialog med alla inblandade och inhämta synpunkter. Rutiner för möten med boende och närstående upprättas av verksamheten.

Utöver dessa kontakter finns möjligheter för informationsutbyte via telefon och mejl. Det finns också förtroenderåd och anhörigråd för samverkan och information.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Medarbetarna 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 och/ eller företrädare värdefull och kan vara till stor hjälp.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder för att förebygga att patienten drabbas av vårdskada. För att lyckas med detta arbetar verksamheterna med olika insatser. Enheterna gör egna jämförelser med andra verksamheters resultat via t.ex. stadens jämförservice, brukarundersökningar. Resultaten av egenkontroller, avvikelser, risker sammanställs och analyseras.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultat av mätning av riskbedömningar

Riktvärden är att varje boende erbjuds en bedömning minst en gång varje år samt vid behov utifrån respektive indikator.

Riskbedömningar är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som till exempel fall, undernäring, trycksår. Andel genomförda riskbedömningar 2017 i jämförelse med tidigare år:

Väderkvarnen	2015	2016	2017
Fallrisk (DFRI)	91 %	89 %	85 %
Risk för undernäring (MNA)	88 %	88 %	60 %
Risk för trycksår (Norton)	87 %	88 %	57 %
ADL bedömningar	82 %	90 %	69 %
Munhälsa (ROAG)	74 %	83 %	53 %

Blåsdysfunktion (Nicola)	39 %	85 %	49 %
-----------------------------	------	------	------

Statistik grundas på antal genomförda bedömningar per helår i antal aktiva journaler den 1 januari nästkommande år.

Antal utförda riskbedömningar har minskat under 2017, en bidragande faktor är personalomsättningen bland sjuksköterskor som hanterar riskbedömningar för nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Minskningen av utförda ADL bedömningar som utförs av arbetsterapeut orsakas troligen till av att det varit frånvaro hos arbetsterapeut och verksamheten bemannade med annan yrkeskategori. Riskbedömning gällande fall ligger stabilt över åren och den höga siffran kan härröras till en stabil sjukgymnastgrupp med mångårigerfarenhet samt den kontinuitet som finns i gruppen.

På Malmskillnadsgatan har man utfört fyra stycken riskbedömningar gällande fall. Riskbedömning avseende suicid utförs alltid där det anses vara aktuellt.

Läkemedelsgenomgång

De boendes läkemedel ska gås igenom av läkare minst en gång per år. År 2017 fick 96 procent av de boende en läkemedelsgenomgång enligt ansvarig läkarorganisation Legevisitten, jämförande siffra 2015 var 95 procent och 2016 procent.

Vårdhygien

Arbete sker kontinuerligt för att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner. På vård och omsorgsboendena mäts infektioner varje månad. Resultat från registreringen under 2017 visar inget anmärkningsvärt gällande infektioner. Resultatet visar på bra resultat kring kateteranvändningen som är mycket lågt.

Basala hygienrutiner

På Väderkvarnen har egenkontrollen av basala hygienrutiner varit självskattning. Arbete pågår med att stärka hygienombudens roll och att höja deras aktivitetsnivå ute i det dagliga arbetet på avdelningarna. Ett arbete ska påbörjas med att arbeta mer aktivt med basala hygienrutiner, detta får att ytterligare öka följsamheten till de basala hygienrutinerna hos hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonalen. Egenkontrollen visar på hög följsamhet men observationer visar på sämre följsamhet till de basala hygienrutinerna.

På Malmskillnadsgatans gruppbostad visar egenkontrollen av följsamheten till de basala hygienrutinerna 85 procent vilket är en höjning på 10 mot föregående mätning.

Nutrition

Nattfasta mättes på sju avdelningar (av 10) i oktobermånad och visar på att 88 procent har en nattfasta som överstiger 11 timmar det vill säga 12 procent ar en nattfasta som inte överstiger 11 timmar.

Palliativregistret

Resultat från Palliativa registret visar att den palliativa vården vid livets slutskede behöver förbättras och utvecklas, bland annat behöver sjuksköterskorna utföra smärtskattning. Även registreringen i palliativa registret behöver öka, under 2017 gjordes fyra registreringar av 37 avlidna, motsvarande siffra 2016: 14 registreringar av 33 avlidna Av de avlidna har några avlidit på annan inrättning och ska då inte registreras av verksamheten.

Influensavaccinering

Av de boende så valde 67 procent att vaccinera sig mot influensan.

Munhälsa

Under 2017 har procent av de som tackat Ja till en munhälsobedömning fått denna utförd. Av de som fått en bedömning uppger 82 procent att de inte har ont/ känner smärta i munnen. 78 procent uppger att de kan tugga utan svårigheter.

Resultat av registrerade avvikelser

Statistik förs över inkomna avvikelser för att identifiera och se mönster i rapporterade incidenter.

Under 2017 har ingen anmälan enligt lex Maria gjorts.

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppboende har rapporterat avvikelser under 2017 enligt nedan:

Väderkvarnen	2015	2016	2017
Läkemedel	66	25	19
Fall	158	98	138
Specifik omvårdnad/rehabilitering	15	1	4
Vårdkedjan	8	2	4
Vårdrelaterad infektion *	3	0	0

Trycksår **	-	-	0
-------------	---	---	---

*Vårdrelaterad infektion (tidigare brister i basala hygienrutiner)

** Trycksår (innan hösten 2017 ingått under specifik omvårdnad)

Malmskillnadsgatan	2015	2016	2017
Läkemedel	5	4	9
Fall	1	3	0
Specifik omvårdnad /rehabilitering	1	0	0
Vårdkedjan	0	1	0
Vårdrelaterad infektion*	0	0	0
Trycksår **	-	-	0

*Vårdrelaterad infektion (tidigare brister i basala hygienrutiner)

** Trycksår (innan hösten 2017 ingått under specifik omvårdnad)

Analys av avvikelser visar att det troligen är ett mörkertal gällande avvikelser som rör läkemedelshanteringen, verksamheten hanterar dagligen ett stort antal delegerade överlämningar av läkemedel. Gällande fall så ökade avvikelserna under 2017, en del av dessa fall sågs i samband med att man omorganiserade och flyttade avdelningar och boende. Flytten innebar att de boende inte kände igen sig på den avdelningen de kom till och detta orsakade en del oro och ibland fall.

Inkomna synpunkter och klagomål

Under 2017 har Väderkvarnens mottagit fem synpunkter och klagomål.

Patientnämnden

Inga ärenden har inkommit till patientnämnden under 2017.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Väderkvarnen

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagits upp vid uppföljningarna.

-
- Verksamheten ska arbeta med sin egenkontroll av dokumentation och informationssäkerhet i syfte att utveckla och säkerställa dokumentationen. Även egenkontroll av basala hygienrutiner fortsätter och målet är att 100 % av personalen följer rutinerna.
 - Arbetet med att registrera i de nationella kvalitetsregistren fortsätter och målet är att verksamheten ska öka sina registreringar. Riskbedömningar ska utföras på alla boende som samtycker.
 - Verksamheten ska öka medvetandet om riskförebyggande arbetssätt bland medarbetarna. Avvikelsehanteringen ska ses över och utvecklas genom kvalitetsråd och återföring av åtgärder och resultat till medarbetare, de boende och närstående.
 - Fortsatt arbete med nutrition och måltider som syftar till att de äldre får en god måltidssituation och tillgodogör sig sitt energi- och vätskebehov. Fortsatt mätning av nattfasta två gånger om året, där resultatet ska vara att verksamheten når 100 procent gällande nattfasta mindre än 11 timmar (borttaget de boende som själva önskar längre nattfasta).
 - Förbättra och utveckla vården vid livets slutskede. Under 2018 är planen att verksamheten ska utbilda palliativa ombud. Verksamheten ska säkra att validerad skattning av smärta utförs. Målet är att alla i livets slutskede smärtskattas, det vill säga 100 procent.
 - Arbetet med att granska och revidera de lokala hälso- och sjukvårdsrutinerna fortsätter under 2018.
 - Delegeringsförfarandet kommer ses över under 2018 i syfte att öka patientsäkerheten och minska antalet läkemedelsavvikelser.
 - Utveckla arbete med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och att integrera BPSD i avdelningarnas arbetssätt, arbetsterapeut arbetar 15 procent med detta. Verksamheten har som mål att registrera 60 procent av de boende i BPSD registret

Malmskillnadsgatan

Alla medarbetare ska gå utbildning om diabetes under 2018 då medarbetarna behöver höjd kompetens om diabetes, symtom och behandling med mera.

Fortsätta arbetet med dokumentationen och framförallt få timvikarierna att dokumentera mer. Löpande följa upp hur det går vid överlämning och informationsöverföring.

Bilagor

1. Patientsäkerhetsberättelse – Riddargårdens vård- och omsorgsboende
2. Patientsäkerhetsberättelse – Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Stockholms Äldreboende AB
Riddargårdens Vård- och Omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet
2018-02-15

Maria Hosseinpour, verksamhetschef
Per Danielsson, sjukgymnast
Sandra Härlin, arbetsterapeut
Birgitta Salomonsson, Sjuksköterska
Kristina Eriksson, Sjuksköterska

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
Informationssäkerhet
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 2017 har verksamheten fortsatt arbetat tillsammans med Norrmalms stadsdels samordnare för dokumentation och e-hälsa med verksamhetens hälso-och sjukvårdsdokumentation för att förstärka teamarbetet i HSL-gruppen. Gemensam planering och strukturering av teamarbete både återkommande fast tid och vid behovstid (vid nyinflyttning eller när patient återkommer från sjukhus) samt med ICF-baserad VODOK- dokumentation, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och övriga sökord.

Verksamheten registrerar fortsatt i kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD.

Vidareutveckling av både BPSD-baserad omvårdnad och registrering där HSL finns med som en resurs. Personligt stöd för befintliga administratörer och två ytterligare administratörer utbildats inom stadens försorg.

Hela HSL-gruppen använder fortsatt "Att göra-listan" i VODOK, för att kontinuerligt säkerställa en god och säker vård.

Verksamheten har under år 2017 fortsatt med egenkontroller, enligt tidigare framtagna mall samt vidareutvecklad i verksamheten, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontroller har visat goda resultat med adekvat journalföring.

Under år 2017 har inte verksamheten haft någon allvarligare vårdskada enligt Lex Maria.

Riddargården hade under 2017 kvalitetsgranskning av vår läkemedelshantering från Apoteksbolaget. Apoteket sammanfattade sin granskning med att läkemedelshanteringen fungerar utmärkt varför samma rutiner upprätthålls.

Inom 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.

Inga hot mot informationssäkerheten har uppkommit under 2017.

Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas på största allvar. Chef återkopplar alltid inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet.

Riddargården ser det självklara i att den boende tillsammans med närstående medverkar i sitt eget patientsäkerhetsarbete. Förutom välkomstsamtal för vi en daglig och kontinuerlig kommunikation med de boende och i vissa fall närstående. Vi har regelbunden telefonkontakt med närstående och vid förändring i hälsotillståndet tas alltid kontakt med närstående.

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, besökare, 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 skador med ett förändrat förhållningssätt genom att utgå från ett riskmedvetet perspektiv 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 policyes, mätbara HSL-mål i verksamhetsplanen, följa olika kvalitetsindikatorer, ha ett levande och kvalitetsutvecklande teamarbete samt 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 11 kap. 4§ 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 4 kap. 2§ och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policyes, 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 27 boende och yrkesbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbets terapeut och sjukgymnast

finns med ett övergripande ansvar för verksamhetens samtliga boende. Även där finns tydliga yrkesbeskrivningar och med ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för legitimerad arbets terapeut och sjukgymnast/ fysioterapeut med ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

En viktig 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.

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 rätt åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelsen sker. Intern-MAS gör statistik, följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef.

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 IVO redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Riddargården har under år 2017 fortsatt följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern visar totalt under året 4 st behandlade pneumonier och 11 st behandlade för urinvägsinfektion.

6 st fall av virusrelaterad maginfluensa under 2017 har inträffat. HSL-personalen arbetar kontinuerligt med förebyggande hygieniska åtgärder, kohortupplägg, basal handhygien m m, allt för att minska vårdrelaterade infektioner och utbrott av maginfluensa.

Det finns kvalitetsindikatorer som Intern-MAS följer och där vi direkt åtgärdar om vi hittar brister eller avvikande siffror. Kvalitetsindikatorerna som granskats och följts 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 indikatorerna och att en vårdplan med måluppfyllelse finns dokumenterad vid en bekräftad risk.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2017 har HSL-gruppen fortsatt arbetat vidare teambaserat med ICF-baserad VODOK-dokumentation, kartlagt hälsotillstånd, hälsoplaner och övriga sökord. Verksamheten hade satt ett mål om dokumenterat kartlagt hälsotillstånd för verksamhetens samtliga boende innan april 2017; resultatet blev 50% måluppfyllnad. Funktionen "Att göra-listan" har varit fortsatt ett sätt att säkerställa en god och säker vård för samtliga boende.

Utbildning i förflyttnings-och lyftteknik ges till alla anställda. Avvikelser angående Medicin-Tekniska Produkter och arbetsskador är ringa.

Vi arbetar kontinuerligt med fallprevention. Antalet fall som har lett till fraktur har kunnat minskas med 33% jämfört med föregående år. Fall med frakturer som ändå inträffat har huvudsakligen uppkommit pga faktorer som ej kan förebyggas.

En bedömning om en eventuell skyddsåtgärd såsom sänggrind, larm m.m., görs på patienter utifrån bekräftad skaderisk kontinuerligt. Samtliga skyddsåtgärder följs upp regelbundet utifrån ordination från hälso- och sjukvårdspersonal enligt lokal rutin.

Kontinuerligt utbyte med lärosätena sker ffa för sjuksköterskor, för att naturligt koppla samman den beprövade erfarenheten med nya vetenskapliga rön.

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

All personal har genomgått utbildning med extern utbildare dels i/kring Hot och våld dels Kommunikation & demens under året.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Under 2017 har den HSL-relaterade registreringen i berörda kvalitetsregister fortsatt. Verksamhetens BPSD-baserade omvårdnad och registrering fortgår på samtliga våningsplan för personer med demenssjukdom. Ett led i detta har varit att tillse att ytterligare administratörer utbildats, både dag- och nattpersonal. Stadsdelens samordnare för dokumentation och e-hälsa har stöttat i utvecklingen genom regelbundna månatliga uppföljningstillfällen.

Under år 2017 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvård.

Några mål Riddargården har haft är:

- Fortsatt lågt antal läkemedelsavvikelser, vilket vi uppnått.
- En säker ICF-baserad VODOK-dokumentation, med fortsatt godkänt resultat vid uppföljning.

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. HSL-personal informerar närstående vid förändring i boendes hälsa kontinuerligt under vårdtiden.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

Vi har granskat slumpmässigt utvalda 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% godkända bedömningspunkter

Intern-MAS granskar varje månad alla HSL-avvikelser i 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 kvalitet

En stark värdegrund är nödvändig för att en god och säker vård ska kunna ges. Vi har under året 2017 fortsatt arbetat vidare med 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.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Vi har under år 2017 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, och uppföljning av hälso- och sjukvården av stadsdelens MAS och MAR.

Vid uppföljning från kommunens MAS konstaterade att:

- Hälso- och sjukvårdsjournalerna är fortsatt av mycket god kvalitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Informationsöverföring och avtal vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador. Riddargården har 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 Legevisitten 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 Legevisitten.

Riddargården har vidare 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 ska få säkra och godkända Medicinsk-Tekniska Produkter. Vid behov kan hjälpmedel även anskaffas via Hjälpmedel Stockholm.

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 ska notera tidpunkt för kvälls- eller nattnål för att inte nattfastan ska överstiga 11 timmar.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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.

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 läkemedelshandtering
- 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 riskanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

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

Riskanalys utförs 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 2013. Alla aktiviteter och risker förs in i analysformatet 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 dem:

- 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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

- Kontroll av behörigheter gentemot Citrix så att personal som har avslutat sin anställning inte längre har tillgång till den sociala/medicinska dokumentationen
- Omedelbar kontakt med E-identitet kring aktuella inloggningsnivåer gentemot beställningsportaler, läkemedelshantering etc
- Kontroll av loggfiler i Vodok för att se att behörig personal endast har tagit del av journaler som hon/han har vårdansvar för.

Risikanalyser som har gjorts

- Inga hot mot informationssäkerheten har uppkommit under 2017 varför specifik riskanalys ej har behövt utföras.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse

- Inloggning med mobilt Bank-ID säkerställer att rätt person får tillgång till behörighetsprovade system.
- Återkommande uppdateringar av behövlig programvara (hård/mjukvara) för alla verksamhetsanknutna datorer
- Regelbundna kontroller av datorer och enskilda namnkonton görs för att se att inte internetanvändandet missbrukas.
- Lösenordspolicyn är inställd på 90 dagar mellan bytena för personliga namnkonton
- Rutiner är uppdaterade vad gäller säker informationsöverföring, informationsutbyte samt överrapportering av patienter så att enskild persons identitet alltid ska skyddas.

Utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

- Nätverk och datorer har kontrollerats regelbundet; servrar och nätverk 1 gång i veckan.
- Alla datorer och servrar har McAfee antivirus, som övervakas via deras webbtjänst. Alla datorer har också mjukvarubrandvägg.

- Nätverket är skyddat av fysisk brandvägg mot Internet som kontrolleras regelbundet.

Granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

- Regelbunden journalgranskning av slumpvis valda journaler har genomförts, både av intern-MAS samt av legitimerad personal

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 IVO 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 utredning och beslut.

Under år 2017 fanns inte någon händelse som föranledde någon Lex Maria-anmälan.

Andra rutiner inom avvikelshanteringen (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 avvikelstens 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 journalen (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 medicineringsinformera 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 hanteras i kvalitetsrådet. Alla avvikelser med åtgärder ska gås igenom på avdelningsmöten, för att förhindra upprepning av avvikelsen.

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, enhetschef 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:

- Uppdrag ges skriftligt av chefsperson att analys ska göras då en allvarlig händelse inträffat eller kunde ha inträffat
- Insamling av fakta och data. Detta kan ske genom intervjuer av involverade/berörda medarbetare, journalgranskning, finns rutiner för hur händelsen skulle ha handlagts mm?
- Beskrivning av händelseförlopp
- 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?
- Ta fram åtgärdsförslag. Hur ska man arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen. Vad behöver förbättras i arbetssättet? Vilka åtgärder behöver vidtas?
- 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, 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. Verksamheten 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 (på varje våningsplan). På blanketten finns telefonnummer och adress till verksamhetschef. Blanketten fås även vid inflyttning. På samma informationstavla har också patientnämnden en informationsbroschyr om sin verksamhet. Även den informationen ges 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 enhetschef 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/enhetschef.

Verksamhetschef/enhetschef 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).

Arbeterapeut/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.

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 har en 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 vårdrisker med den boende, exempelvis risk för fall, undernäring etc. varvid åtgärder tas fram som kan förhindra eller förebygga risker och som dokumenteras i såväl Sol- som HSL-dokumentationen.

Riddargården ser det självklara i att patienten, eventuellt tillsammans med närstående, är delaktig i sitt eget patientsäkerhetsarbete.

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

- 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.
- 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.
- Vid förändring i hälsotillståndet tas alltid kontakt med närstående.
- Erbjudan om samtal med sjuksköterska och kontaktman vid behov.

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.

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 VODOK. Intern-MAS för statistik på bl.a. fall och läkemedel, följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef.

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

- Läkemedelsgenomgångar
- Skyddsåtgärder
- Akut byte av vårdenheter
- Kvalitetsindikatorer (Nicola)

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 våningsplan). 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.

Resultat 2017:

Område	Mål:	Strukturåtgärder:	Processåtgärder:	Resultatåtgärder:	Målsättning:
Fall	Mål för hälso- och sjukvård i syfte att minska antalet vård skador	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andelen patienter med vårdrelaterade skador	Målsättning för år 2017 är Resultat kopplat till egna mål
Basala hygienrutiner	Minska antalet fall med fraktur jämfört med år 2016	Handledning/utbildning - Avvikelsehantering enligt lokal rutin	Alla boende har fått riskbedömning med DFRJ och om risk bekräftats upprättas en vårdplan för fallprevention. För varje fall skrivs en avvikelse som följs upp / åtgärdas och som sedan diskuteras vidare i kvalitetsrådet.	Minskat antal frakturer år 2017; 33%, 8 st jämfört med år 2016 (12 st).	Målsättning för år 2017 är uppfyllt.
Basala hygienrutiner	Att följa basala hygienrutiner med 100 % följsamhet och minska antalet infektioner.	Hygienrutiner - Handledning kring hygien - Regelbunden egenkontroll av basala 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.	Infektionsbarometern visar behandlingar 4 st för pneumoni och 11 st för urinwegsinfektion hos boende (dvs en liten minskning för pneumoni).	Resultatet visar en fortsatt sänkning av antalet infektioner och en fortsatt god följsamhet gällande rutiner för basala vårdhygien.
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänd.	Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. - Handledning från processledare - Extra SSK vid behov	Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen utifrån checklista. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är målet uppnått.	Dokumentationen har förbättrats avsevärt de senaste åren och målsättningen är uppfyllt
Läkemedelsavvikelser	Minska antalet läkemedelsavvikelser till färre än 3 st/månad	Ett väl utvecklat kvalitetssystem - Kvalitetsråd - Kvalitetsombud - En tilltänkt företagskultur - Läkemedelsgenomgångar	Information om vikten av att fylla i en avvikelse. Hantering av avvikelser där de åtgärdas direkt och förs in i VODOK. Avvikelse tas upp i kvalitetsrådet. Kvalitetsombuden tar med sig feedback angående avvikelser till sin avdelning och redovisar på avdelningsmötena.	Resultat för år 2017 är i snitt mindre än 1 avvikelse/månad/avd.	Målsättning med i snitt mindre än 3 st läkemedelsavvikelser/månad är uppfyllt.
Medicinsk Tekniska Produkter(MTP)	En trygg och säker användning av MTP med noll avvikelser	Rutiner och riktlinjer för användning av MTP - Kompetens hos förskrivare/ordinator	Signering av MTP-listor. Funktionskontroller av MTP. Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal individuellt och/eller i grupp	Antalet MTP-avvikelser år 2017 var 4 st	Målsättning för år 2017 inte uppfyllt.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2018) kommer Riddargården att fortsätta att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet för att uppnå en trygg och säker vård och omsorg av högsta kvalitet. Detta kommer exempelvis ske genom att samtliga inom HSL-gruppen regelbundet kommer utföra systematisk metodutveckling utifrån en verksamhetsframtagen granskningsmall.

Riddargården kommer att fortsatt utveckla arbetet med kvalitetsregistret BPSD genom fortsatt stöd för att registrera samt utbilda flera administratörer under 2018. För en snabbare och säkrare uppföljning av eventuellt uppkomna Lex Maria-avvikelser kommer anmälan i så fall ske elektroniskt via IVO:s hemsida.

Det fortsatt 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.

Förutom att följa hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagna mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi att under år 2018 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Fortsatt arbeta med att förstärka teamarbetet i HSL-gruppen med vidareutveckling av kartlagt hälsotillstånd.
- Fortsatt stöd för att registrera i BPSD kvalitetsregister samt utbilda flera administratörer under 2018.
- Fortsätta utveckla den ICF-baserade VODOK-dokumentationen.
- Fortsatt prioritering av värdegrundsarbetet; värdegrundscoacher, tillsammans med chefer, kommer att leda arbetet med fortsatt implementering av den nationella värdegrunden och verksamhetens värdeord.

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Stockholms Äldreboende AB
Sabbatsbergsbyns Vård- och Omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet
180120

Hannele Malmgren, TF Verksamhetschef
Dan Härjesjö, Intern Mas

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Hantering av klagomål och synpunkter	15
Klagomål och synpunkter	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Sammanställning och analys.....	16
Samverkan med patienter och närstående.....	18
Resultat 2015.....	19
Övergripande mål och strategier för kommande år	20

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

BPSD = Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

Sammanfattning

Under 2017 har ett stort fokusområde gällande hälso- och sjukvården varit att fortsätta utveckla patientjournalerna utifrån den nya dokumentationsmodellen ICF, att ta fram mallar för dokumentationen och genomföra verksamhetsegna kontroller av dokumentationen.

Under 2017 har vi även fortsatt att utveckla arbetet och implementeringen av den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Detta har även påverkat patientsäkerhetsarbetet genom diskussioner om etiska dilemman, gott bemötande och samarbetet med anhöriga. Vi har i en arbetsgrupp tittat på verksamheten utifrån ett anhörigperspektiv och färdigställt en anhörigpolicy med ett övergripande mål "Trygga anhöriga"

Utbildning i och implementering av BPSD skattningar har påbörjats under 2017. Diskussioner och analyser har lett till en större förståelse för de faktorer som påverkar de boendes symtom och vikten av personalens bemötande för ett ökat välbefinnande för de boende.

Vid medarbetarundersökningen 2015 upptäcktes att en ganska stor del av medarbetarna upplevt att de utsatts för hot och våld (från boende) i arbetet. Med anledning av det tillsattes 2016 en arbetsgrupp som har tagit fram en policy för hot och våld. Under 2017 har vi genom Prevent genomfört en utbildning "Konflikthantering i hotfulla situationer" i syfte att ge alla medarbetare kunskap och bättre beredskap att hantera situationer som upplevs hotfulla och våldsamma.

Arbetet med att förbättra hygienrutinerna har fortsatt under 2017, verksamheten har infört intern cirkulationstvätt av arbetskläder samt tagit fram en egen mall för självskattning av efterföljsamhet till hygienrutiner.

Stimulansmedel har medfört att vi har kunnat ha en högre sjuksköterskebemanning under 2017 vilket innebär att varje sjuksköterska ansvarar för som mest 22 boende/patienter jämfört med tidigare 24. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har också kunnat få schemalagd administrationstid regelbundet för att kunna följa upp t.ex. dokumentationen.

Vi har under år 2017 genomfört egenkontroller, enligt framtagna mall, av Hälso- och Sjukvården. Inga stora brister har upptäckts.

Inga incidenter har under året lett till en anmälan enligt Lex Maria.

Inom Sabbatsbergsbyn 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. Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas på största allvar. Chef återkopplar alltid inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet.

Sabbatsbergsbyn ser det självklara i att anhöriga tillsammans med den boende medverkar i sitt eget patientsäkerhetsarbete. Förutom välkomstsamtalet för vi en daglig och kontinuerlig kommunikation med de boende och vid behov anhöriga. Vi har regelbunden telefonkontakt med anhöriga och vid förändring i de boendes hälsotillstånd tas alltid kontakt med anhöriga.

De viktigaste resultaten under år 2017 är:

- Värdegrundsarbetet med fokus på gott bemötande (brukarenkäten visar att 100 % av de tillfrågade upplever att personalen har ett gott bemötande) och anhörigperspektivet. En arbetsgrupp har färdigställt en anhörigpolicy med det övergripande målet "Trygga anhöriga"
- Utveckling av arbetet med BPSD skattningar samt utbildning av administratörer i BPSD registret
- HSL-dokumentationen, fokus på planerade och utförda åtgärder, hälsoplaner Införandet av "Att göra-listan" för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Utbildning och teamarbetet.
- i Konflikthantering i hotfulla situationer som gett en beredskap och verktyg för hur vi ska arbeta förebyggande och vid uppkomst av hotfulla situationer för att skydda både personal och boende från psykiskt och fysiskt lidande.
- Verksamhetsplanen för 2016/2017 utgår nu ifrån verksamhetens fyra värdeord (gott bemötande, trygghet, meningsfullhet och självbestämmande). Under respektive värdeord sammanställs både SoL- och HSL-mål. Syftet är att de boende ska få bästa möjliga vård och omsorg samt uppleva välbefinnande genom att alla medarbetare arbetar mot gemensamma mål oavsett profession.

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 Sabbatsbergsbyns Vård- och Omsorgsboende (Sabbatsbergsbyn) sedan september 2008. 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.

Sabbatsbergsbyns 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. uppnås genom att ha tydliga rutiner och policys, mätbara Hälso- och sjukvårdsmål i verksamhetsplanen, uppföljning av olika kvalitetsindikatorer och 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 Sabbatsbergsbyn finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Intern-MAS

har ansvaret 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 ansvaret enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 29a* och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policys, 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 22 boende och befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbetsterapeut och Sjukgymnast

har 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 hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Sabbatsbergsbyn har ett avvikelshanteringssystem som följer stadens riktlinjer. Alla HSL-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Det finns en tydlig rutin för när och hur avvikelser rapporteras och dokumenteras. Alla HSL-avvikelser åtgärdas omedelbart av HSL-personal, skrivs under av Enhetschef och avvikelser tas upp på kvalitetsrådet där teamet 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 avvikelserna kan hända igen med en eventuell vårdskada ska alltid en handlingsplan för den boende och/eller en översyn av befintlig rutin ske. Närmaste enhetschef ansvarar för detta.

Intern-MAS läser alla avvikelser och förvissar sig om att åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelserna sker. Intern-MAS gör statistik och följer upp avvikelserna och rapporterar till Verksamhetschef.

Ingen avvikelse under året har föranlett en 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 IVO redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Sabbatsbergsbyn har under år 2017 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg. Inga fall av calicivirus har rapporterats under året.

Följande kvalitetsindikatorer följs upp av intern-MAS och åtgärdas i de fall vi hittar brister eller avvikande siffror:

- 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 dokumenterad vid en risk.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under år 2017 har stort fokus riktats mot att fortsätta utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen med det nya verksamhetssystemet för dokumentation, Vodok 2.0, samt det nya dokumentationssystemet ICF. Sjuksköterskor och rehabpersonal har gått både externa och interna utbildningar och de interna dokumentationshandledarna har genomfört verksamhetsegna granskningar av dokumentationen parallellt med de granskningar som görs årligen av verksamhetschef. Fokus har lagts på att utveckla användningen av så kallade KVÅ-koder och att öka antalet hälsoplaner och planerade åtgärder i journalerna.

Utbildning i förflyttnings- och lyftteknik ges till alla nyanställda, i samband med anställningens början och regelbundet till övrig personal. Avvikelse angående medicintekniska produkter och arbetsskador är ringa. Samtliga anställda har även fått utbildning i hantering av rullstolar.

Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska lämnar ut en individuell signeringslista för ordinerade skyddsåtgärder och medicintekniska produkter för varje boende. Listan sitter inne i boenderummet och är en sammanställning över de skyddsåtgärder och medicintekniska produkter som är ordinerade. Personalen signerar morgon och kväll:

- Att man har tagit rätt lyftskynke (vid individuellt ordinerat lyftskynke)
- Att sängen är i bottenläge
- Att larmet är på (vid ordination av larm)
- Att sänggrind är uppe (vid ordination av sänggrind)
- Annat förekommande MTP hos boende (exempelvis luftväxlande madrass) kontrolleras vid användning.

En fortsatt utveckling har skett av värdegrundsarbetet som utgår från den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Vi har haft möten med värdegrundscoacher från varje avdelning varannan månad.

Ett fokusområde för året har varit anhöriga och en särskild arbetsgrupp har arbetat med att ta fram en ny anhörigpolicy.

Under 2017 har vi utvecklat vårt arbete med basala hygienrutiner med hjälp av Vårdhygien. 4 ggr under året har hygienombud från alla avdelningar genomfört självskattningar av följsamheten till hygienrutiner i sina arbetsgrupper och ombuden har sedan träffats och diskuterat förbättringsområden.

Samtlig personal har också genomgått vårdhygiens webbaserade utbildningsprogram *Basala hygienrutiner*

Verksamheten har fortsatt utveckla det fallförebyggande. Samarbete med ett närliggande gym, som inleddes 2016, har fortsatt under 2017. Sjukgymnasterna har valt ut de boende som ansetts ha stort utbyte av träning i grupp och dessa personer har deltagit i instruktörsledd gympa en gång/vecka.

Verksamheten har arbetat med ett mer strukturerat verktyg för att planera och genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser. Med hjälp av ”att göra-listan” i VODOK ökar patientsäkerheten genom att pappersdokumentationen minskar.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Under 2017 har samtliga boende som avlidit på enheten registrerats i Palliativa registret. Vid uppföljning av statistik i palliativa registret ser vi att verksamheten ligger bra till på flera målområden men behöver arbeta vidare med rutinerna för validerad smärtskattning.

Verksamheten har under hösten 2017 fortsatt arbetet med att registrera riskbedömningar i Senior Alert.

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

Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen” visar att Sabbatsbergsbyn håller god kvalitet. Ett av fokusområdena i verksamhetsplanen 2016-2017 har varit ”gott bemötande”. I brukarundersökningen svarar 94 % av de boende att de känner förtroende för personalen och 100 %, anser att personalen har ett bra bemötande. På samtliga områden är verksamhetens resultat bättre än snittet för både riket, länet och staden.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Under år 2017 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvårdsområdet.

Några mål som verksamheten har haft är:

- Fortsatt vidareutveckling av det fallförebyggande arbetet med få antal fallrelaterade frakturer.
- En trygg och säker HSL-dokumentation med godkänt resultat på HSL-dokumentationen vid egenkontrollen.
- Fortsatt lågt antal vårdrelaterade infektioner.

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. De klagomål som inkommit rörande hälso- och sjukvården under 2017 har besvarats och åtgärdats enligt rutinerna för klagomålshantering.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

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 skulle finnas.

Sabbatsbergsbyn har ett egenkontrollprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där samordnande sjuksköterska tillsammans med intern MAS 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

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades under våren 2017. Sammantaget håller dokumentationen en bra nivå. 2016 vissa brister uppmärksammades framför allt som en följd av ett nytt dokumentationssystem. Detta var därför temat på den planeringsdag för hälso- och sjukvårdsgruppen som hölls under våren. Resultaten av granskningarna visar att dokumentationen har förbättrats sedan föregående år.

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

Företaget har under 2017 fortsatt utbilda all personal i den nationella värdegrunden för äldreomsorg samt företagets värdegrund

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

På grund av planerad verksamhetsövergång i oktober har vi under år 2017 inte haft någon avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, eller uppföljning av hälso- och sjukvården av kommunens MAS och MAR.

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. Sabbatsbergsbyn 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 överlämnas eller medfölja den boende.

Sabbatsbergsbyn 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 Stockholms Geriatriken 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 Sabbatsbergsbyn och Stockholms Geriatriken.

Sabbatsbergsbyn 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 medicinskekniska produkter finns ett avtal med Sodexo som ger oss en trygghet att vi får säkra och godkända medicintekniska produkter.

Sabbatsbergsbyn har också tydliga rutiner för muntlig och skriftlig rapportering mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt rapportering till omvårdnadspersonal och 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 där man i punktform skriver vad de olika passen ska tänka på och när den boende fick sitt 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.

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. 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:

- Riktas 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. Sabbatsbergsbyns 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 IVO 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 2016 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Mariaanmälan.

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 inom Sabbatsbergsbyn är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till närmaste chef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

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 boendes omvårdnadsjournal (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 medicinering informera läkare.
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av kvalitetssamordnare, enhetschef, sjuksköterska, rehabpersonal och kvalitetsombud (en person från varje avdelning). Varje enskild avvikelse hanteras i kvalitetsrådet.

Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelsen.

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, Enhetschef, 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 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/börda 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 Etiska rådet där etiska dilemman kan diskuteras och framföras under sekretess. 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.

Som ett resultat av medarbetarenkäten hösten 2015 framkom att många medarbetare upplevde att de i arbetet utsätts för hot- och våldssituationer. Utifrån detta har en ar-

betsgrupp bestående av chefer och skyddsombud under 2016 arbetat fram en ny policy för hot och våld. Under 2017 har en utbildning i konflikthantering i hotfulla situationer genomförts.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom det är ett viktigt led i 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.*

Inom Sabbatsbergsbyn finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informationstavlor för närstående (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till Enhetschef. Blanketten överlämnas också vid inflyttning. På samma informationstavla har också Patientnämndens en informationsbroschyr om sin verksamhet. Även den informationen ges 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 Enhetschef/verksamhetschef.

Enhetschef/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 Enhetschef/verksamhetschef. Berörd chef 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). Arbetsterapeut/sjukgymnast/sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska verksamhetschef hänvisa till ledningen för Stockholms Äldreboende AB. Detta är lämpligt när någon vill tala med någon i företagets ledning.

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

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 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.

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 HSL-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Intern-MAS för statistik på bl.a. fall- och läkemedelsavvikelser,

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

- Antal trycksår
- Infektioner
- Akut byte av vårdenheter
- Avlidna

Vid uppföljning från t.ex. Apoteket eller uppdragsgivare så 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.

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 har en 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 vårdrisker 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.

Sabbatsbergsbyn 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:

- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, även under år 2017 och där synpunkter på verksamheten togs tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal två ggr/år där information om nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät, Socialstyrelsens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Även under år 2017 fick Sabbatsbergsbyn bättre resultat än stadens snitt på samtliga områden.
- 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 förändring i hälsotillståndet eller ändring av ordination från både läkare, sjuksköterska eller rehabpersonal tas alltid kontakt med närstående.

Resultat 2017:

Område	Mål:	Strukturuppbyggnad:	Processuppbyggnad:	Resultatuppbyggnad:	Målsuppfyllnad:
Fall	Mål för hälso- och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador Minska antal fall som leder till frakturer med 10 % Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning Rutin och riktlinje för fallprevention Handledning/utbildning Avvikelsehantering Utbildning för personal i rullstolshantering samt lyft och förflyttning.	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys görs vid ofta återkommande fall. All personal ska ha genomgått utbildning i rullstol samt lyft och förflyttning under 2017. Samarbete med ett närliggande gym för PT-träning med de äldre som bedöms kunna vara aktiva längre med hjälp av träning.	Andelen patienter med vårdrelaterade skador Antalet frakturer ligger fortfarande på en låg nivå (106 boende): 2013: 13 frakturer 2014: 12 frakturer 2015: 9 frakturer 2016: 4 frakturer	Målsuppfyllnad: Resultat kopplat till egna mål Antalet fall som leder till fraktur har minskat med 44 % jämfört med föregående år. Vid egenkontroll av HSL-dokumentationen har nästan alla boende en aktuell fallriskbedömning. Målet med utbildning är uppnått.
Infektioner	Fortsatt lågt antal vårdrelaterade infektioner, minska med 10 %	Egenkontroller av vårdhygien. Fortsatt arbete med fokusgrupp för hygienarbete. Cirkulationstvätt	Under senare delen av 2015 sattes en hygiengrupp ihop som leddes av verksamhetschef. Gruppen har träffats regelbundet och bland annat upprättat nya hygienrutiner och ny checklista för egenkontroll av hygienrutiner. Alla anställda har gjort vårdhygiens utbildning <i>Basala hygienrutiner</i> . Intern cirkulationstvätt så att inga arbetskläder förvaras i omklädningsklapp.	Antalet vårdrelaterade infektioner varit fortsatt lågt under året: 1 % har drabbats av Pneumoni och 3 % av urinvägsinfektion under 2016.	Lågt antal vårdrelaterade infektioner, antalet registrerade pneumonier har minskat med 50 % sedan 2015. Målet med att starta upp en hygiengrupp har uppnått. Alla anställda har genomgått vårdhygiens utbildning. Cirkulationstvätt infört på samtliga enheter.
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänd.	Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. Handledning Avsatt schemalagd tid för dokumentation	Egenkontroller av dokumentationen varje halvår utifrån checklista. Därefter får alla individuell feedback på dokumentationen. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är ca 55 % godkänd	Den låga målsuppfyllelsen beror till stor del av att bakgrundsinformation inte överförts från gamla till nya journaler vilket gör att "poängen" bli låg i de journaler som pågått i mer än 1 år.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Stockholms Äldreboendes avtal med Norrmalm gällde till 30 september 2017. På grund av överklagan gällande beslut om ny utförare har befintligt avtal förlängts t.o.m. 2018-01-15. Under november fastställdes att verksamheten kommer att drivas av Attendo från 2018-01-16. Detta har gjort att verksamheten under 2017 fortsatt arbete med de pågående utvecklingsområdena som anhörigstöd och konflikthantering, och fokus har varit en bibehållen hög nivå på vården och omsorgen för de äldre.

