



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

*Stockholms Äldreboende AB
Riddargårdens
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet
2012-01-26

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

Innehållsförteckning

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

Förkortningar i dokumentet:

Hsl= Hälso-och Sjukvårdslagen

Hsl-personal = Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Sjuksköterska

Rehabpersonal= Arbetsterapeut och/eller Sjukgymnast

MAS= Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR= Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MTP= Medicinsk-Tekniska-Produkter

Sammanfattning

Under år 2011 har de viktigaste åtgärderna i vårt patientsäkerhetsarbete varit utveckling av kvalitetsrådet och start av utbildning i risk- och händelseanalys, samt registrering i *Senior Alert* och det *Palliativa registret*. Medverkan i kvalitetsregistren *Senior Alert* och *Palliativa registret* har ökat medvetenheten kring riskanalyser och kopplingen till aktuella handlingsplaner har förstärkts.

Genom förändring av rutiner, och i vissa fall indragning av delegeringar, har detta medfört att antal avvikelser angående läkemedel har minskat med närmare 50 %.

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

Vi har under år 2011 gjort egenkontroller, enligt framtagna mall, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontrollerna har visat goda resultat förutom mindre brister i dokumentationen, som vid årets slut till största del var åtgärdat.

Vi har under år 2011 inte haft någon allvarigare vårdskada (enligt Lex Maria). Vi har identifierat risker genom avvikelshantering men med snabba åtgärder och uppföljning har vårdskador kunnat undvikas.

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

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

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

De viktigaste resultaten under år 2011 är

- Den ökade medvetenheten om att i alla lägen tänka ”risk”
- Vår granskning av Hsl-dokumentationen har medfört en ökad noggrannhet
- Genom en förbättrad avvikelshantering och strikta kontroller har läkemedelsavvikelserna minskat med 50 %

Övergripande mål och strategier

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

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

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande kvalitetsmål:

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

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande strategi:

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

Riddargårdens övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

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

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

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

Inom Riddargården finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Intern-MAS

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

Verksamhetschef

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

Sjuksköterskan

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

Arbetsterapeut och sjukgymnast

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

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

- Främja och återställa hälsa
- Förebygga sjukdom
- Lindra lidande

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

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

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

Ingen händelse under år 2011 har föranlett anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschef ansvarar för att arkivering för en eventuell anmälan sker. En tydlig rutin kring Lex Maria finns och alla händelser av större dignitet ska förutom till Socialstyrelsen redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Riddargården har under år 2011 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, totalt under året 5 behandlade för pneumoni och i snitt ca 8% /mån för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter. 4 fall av maginfluensa under januari. Vi hade under 2011 två boende med MRSA, och det har inte spridits vidare tack vare noggranna hygien- och städrutiner.

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

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

Under år 2011 har basala hygienmätningar gjorts, enligt mall. Rapport sker till verksamhetschef som arkiverar mätningarna. Avvikelser från rutinen *Basal hygien utifrån Socialstyrelsens författning SOSFS 2007:19* har varit få.

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

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

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

Kvalitetsindikatorerna vi granskar och följer upp är antal:

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

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

I verksamhetsplanen för år 2011 fanns det mätbara Hsl-mål som följdes upp av verksamhetschef varje kvartal. Målen baserades utifrån kvalitetsindikatorerna och vårdhygien.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under år 2011 har Riddargården haft både externa och interna utbildningar. Genom Norrmalms Stadsdelsförvaltnings försorg har omvårdnadspersonal fått fördjupade kunskaper i läkemedelshantering inom sin profession. Detta har medfört att vi nu kan se att omvårdnadspersonalen är mer trygg i sin hantering av läkemedel, d.v.s. i sitt delegerade ansvar.

En stor del av omvårdnadspersonalen har gått den nätbaserade demensutbildningen Demens ABC, även den i stadens regi.

Vi har tidigare utbildat samtlig personal i palliativ omvårdnad. Vi påbörjade i samband med utbildningen registrering i Palliativa registret. Registreringen har gjort att vi har blivit uppmärksamma på vad vi kan göra bättre och där arbetar vi mot Palliativa registrets målvärden. Det innebär bl.a att i god tid se till att nödvändiga ordinationer från läkare finns.

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

Under året har vi haft en endagsutbildning i risk- och händelseanalys för några teamledare. Under år 2012 ska samtlig personal utbildas i risk-och händelseanalys.

Vi har under året även arbetat med fallprevention och antalet fall som har lett till fraktur ligger i nivå med föregående år.

Under år 2011 påbörjade vi registrering av boende i kvalitetssystemet *Senior Alert*. Merparten av våra boende var registrerade vid årets slut.

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

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

Under 2011 har Stockholms Äldreboende AB utvecklat ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 (M och S).

Ledningssystemet fastställer de processer och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra kvaliteten på insatserna och för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Av ledningssystemet och ingående rutiner framgår hur vi arbetar (tillvägagångssättet), hur vi samverkar (i den egna verksamheten samt med andra verksamheter, vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer) samt vem som har ansvar för aktiviteten/insatsen och samordningen.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Mot slutet av år 2011 följde vi upp målvärdena i Palliativa registret och utifrån resultatet har vi satt ett mätbart mål för år 2012 där vi kommer att följa upp målvärdena varje kvartal. Det vi kan bli bättre på är eftersamtal med närstående och att använda smärtskattningsinstrumentet *Abbey Pain Scale* som finns i Vodok.

I Senior Alert kan vi följa följsamhet av handlingsplan vid riskbedömning av fall, trycksår och nutrition. Vi har inte mer än sporadiskt följt detta under år 2011 då mycket tid och kraft har gått åt för att registrera alla boende i registret och lära oss systemet. Under år 2012 kommer vi kvartalsvis att följa upp att det finns en handlingsplan vid en bekräftad risk beträffande fall, nutrition och trycksår och att åtgärder är vidtagna.

Regionalt kan vi följa kvalitetsindikatorerna och under år 2011 har vi legat bra till i jämförelse med genomsnittet inom Norrmalms Stadsdelsförvaltning.

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

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

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Under år 2011 har vi haft mätbara mål utifrån Hsl-verksamheten år 2010.

Några mål vi har haft är:

- Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än 3/månad ,vilket vi uppnått.
- Minska antalet fall med frakturer som följd. Det har vi inte uppnått ,men ligger i nivå med år 2010.
- Korrekt inkontinensbedömning på samtliga boende. Ett mål vi uppnått.
- En trygg och säker Hsl-dokumentation med godkänt resultat på Hsl- dokumentationen vid egenkontroll (95 %) och vid stadens uppföljning. Stadens uppföljning under våren 2011 visade att det saknades epikris vid dödsfall .Detta har åtgärdats och görs nu enligt rutin. Vår egenkontroll visade att det är uppföljning av vårdplan med måluppfyllelse som behöver förbättras under 2012.

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. Inga klagomål har under år 2011 inkommit rörande hälso- och sjukvårdsfrågor.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

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

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

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

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

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

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

En stark värdegrund är nödvändig för att en god och säker vård ska kunna ges. Vi har under året 2011 arbetat vidare med att utveckla verksamheten enligt Eden-alternativet. En livsbejakande verksamhetsfilosofi där värme, glädje, generositet och tillit är viktiga beståndsdelar och där den boendes behov och önskemål står i centrum. Vi har inte närmare undersökt om det finns brister i förhållningssättet hos personal men vi har tagit på allvar om synpunkter har inkommit. Resultatet av årets brukarundersökning, med 100 % som är nöjda med personalens bemötandet, ser vi som ett gott betyg i fråga om personalens förhållningssätt och attityd.

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

- Trygghet
- Glädje
- Egna val
- Välbefinnande

Vikten av ett gott bemötande, lyhördhet och attityd är något som diskuterats på avdelningarnas planeringsdagar. Vi har bl.a arbetat med att förbättra och förtydliga arbetssätt och rutiner i samband med att den boende flyttar in till Riddargården. En

bra start är viktig för ett fortsatt förtroende och en från början god kontakt skapar förutsättningar för en bra kommunikation med boende och närstående. Vid omvårdnadsmöten, där Hsl-personal och omvårdnadspersonal diskuterar den boendes hälsa och välbefinnande och eventuella behov av förändrade insatser, ges även tillfälle att reflektera kring förhållningssätt och attityder.

Under året har Stockholms Äldreboende AB beslutat att SKL:s enkät om patientsäkerhetskultur ska genomföras med början under år 2012 bland Riddargårdens personal, som ytterligare ett led i det systematiska arbetet med att utveckla en god patientsäkerhetskultur.

Analys av patientnämndsärenden,

Inga patientnämndsärenden inkom under år 2011.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Vi har under år 2011 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, uppföljning från Apoteket och uppföljning av hälso- och sjukvården av kommunens MAS och MAR.

Från apotekets sida fanns några förslag till förbättringar:

- Att instuderingshäfte för utbildning vid delegering bör vara godkänt av MAS
- Att mindre mängder beställs av läkemedel till akut- och buffertförrådet.
- Att brytningsdatum skrivs på läkemedel med begränsad hållbarhet.
- Att antal utlämnade tabletter av läkemedel vid behov alltid skrivs in på listan.

Förbättringsförslagen åtgärdades tämligen omgående. Det som återstår är en revision av instuderingshäfte. Vi fick positiv respons att vi hade åtgärdat förbättringsförslag från år 2010.

Vid uppföljning från kommunens MAS fanns följande synpunkter:

- Att epikriser (en sammanfattning av vården) saknas i en del journaler efter avslutad vårdtid.

Det är nu åtgärdat och vid behov bokas extra sjuksköterska in för att ge ordinarie sjuksköterska mer tid att dokumentera.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

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

Vi har också ett avtal med Curera som tillhandahåller läkartjänster. Av avtalet framgår tydligt vad boende / närstående kan förvänta sig av information, behandling och läkartillgänglighet samt samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal på Riddargården och Curera.

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

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

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

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap.

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

Under år 2011 togs tydliga rutiner kring risk- och händelseanalys fram samt utbildning kring rutinen och varför man ska tänka ”risk” och hur man utför en riskanalys.

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 händelseanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

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

Vi genomför riskanalys i olika steg och uppdraget ska alltid ges skriftligt av verksamhetschef. Den process som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Ett analyschema togs fram under år 2011. Alla aktiviteter och risker förs in i analyschemat där en bedömning görs av konsekvens, allvarlighetsgrad och sannolikhet för att risken skall inträffa igen. Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas. Riskens storlek ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande och en riskmatrismall (Socialstyrelsens mall) används för detta. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken och en slutrapport ska lämnas till verksamhetschef som ansvarar för att ärendet följs upp på utsatt datum.

Alla åtgärderna ska rikta sig mot de:

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

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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

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

Den boende / närstående informeras alltid vid en vårdskada eller risk för vårdskada och intern-MAS meddelar den boende / närstående om Socialstyrelsens utredning och beslut. *Under år 2011 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 boendesäkerheten till närmaste chef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt. Av-

vikelsen går sedan till kvalitetsombudet för att tas upp på kvalitetsrådet. Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser åtgärdas direkt och skrivs in i Vodok.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon / han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen (Vodok)
- MAS och/eller verksamhetschef snarast kontaktas om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada
- Närvara på kallade kvalitetsråd/möten
- Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna
- Vid fall samt utebliven medicinerings informera läkare
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

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

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

En händelseanalys ska alltid göras:

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

Analysen ska svara på frågorna:

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

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

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

1. Uppdrag ges skriftligt av chefsperson att analys ska göras då en allvarlig händelse inträffat eller kunde ha inträffat
2. Insamling av fakta och data. Detta kan ske genom intervjuer av involverade/berörda medarbetare, journalgranskning, finns rutiner för hur händelsen skulle ha handlagts mm?
3. Beskrivning av händelseförlopp
4. Identifiering av orsaker och analys av eventuella barriärer/skydd. Fanns barriärer/skydd för att händelsen skulle inträffa och vad var anledningen till att barriären/skyddet brast?

-
5. Ta fram åtgärdsförslag. Hur ska man arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen. Vad behöver förbättras i arbetssättet? Vilka åtgärder behöver vidtas?
 6. Ta fram slutrapport som lämnas till verksamhetschef.

Utifrån utförd analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Åtgärderna ska rikta sig mot:

- De bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas
- Verksamhetschefen ansvarar för att fatta beslut angående vilka åtgärder som skall vidtas och när de skall vara genomförda samt utse person som är ansvarig för att åtgärderna genomförs
- Vid bedömning av vilka åtgärder som verksamheten bör arbeta med upprättas en riskanalys enligt mall
- Uppföljning av åtgärderna bör ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

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

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

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

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

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

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

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

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

- Överenskommelse om vilka åtgärder som kan och ska vidtas

-
- Datum för uppföljning.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos verksamhetschef.

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

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

Arbets terapeut / 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 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 verksamhetschef hänvisa till någon av följande (beroende på ärende):

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

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

Under år 2011 har vi fortsatt vårt systematiska kvalitetsarbete med fokus på att tänka risk i alla situationer med de boende och att föra fram eventuella risker, både muntligt och skriftligt. Alla medarbetare har blivit mer medvetna om betydelsen av att skriva en avvikelse och föra fram synpunkter och klagomål från boende / närstående eller uppdragsgivare.

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

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

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

- Antal trycksår

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

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

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

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

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

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

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

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

Under år 2011 har inga klagomål på hälso- och sjukvård inkommit.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Redan i välkomstsamtalet bör det framgå om det finns uppenbara 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.

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

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

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

- Vi har ett aktivt närståenderåd vars syfte är att fånga upp och föra fram allmänna synpunkter på verksamheten och diskutera hur vården och omsorgen samt miljön kan förbättras på olika sätt. Under år 2011 har fyra (4) möten ägt rum
- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, där synpunkter på verksamheten tas tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal där allmän information och nyheter inom hälso- och sjukvård ges. Under år 2011 gavs bl.a information om hur vi mäter boendes välbefinnande med Qualid-skalan
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät (Stockholms stads) svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2011 fick Riddargården bättre resultat än staden i övrigt
- Samtal med kommunens MAS om hur verksamheten fungerar, t.ex. i samband med avtalsuppföljningen
- Synpunkter och klagomål (Se särskilt avsnitt).

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

Det sker genom:

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

Resultat 2011:

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador	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	Resultat kopplat till egna mål
Fall	Minska antalet fall med fraktur jämfört med år 2010	– Senior Alert –Handledning/ utbildning –Avvikelsehantering enligt lokal rutin	Cirka 95 % av alla boende har blivit bedömda i Senior Alert. Alla boende har också fått riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet.	Antalet frakturer är oförändrat. Riddargården hade tolv frakturer år 2010 och fjorton frakturer år 2011.	Målet med en sänkning ej uppnått.
Basala hygienrutiner	Att vi följer basala hygienrutiner med 100 % följsamhet och minska antalet vårdrelaterade infektioner.	– Hygienrutiner –Handledning kring hygien –Regelbunden egenkontroll av basal hygien enligt framtagna mall.	Det finns hygienrutiner som revideras kontinuerligt Sjuksköterska handleder och utbildar omvårdnadspersonal i basala hygienrutiner. Egenkontroll att hygienrutiner följs har utförts regelbundet.	Infektionsbarometern har varit låg, 5st har behandlats för pneumoni och i snitt 8 % för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter.	Resultatet visar en sänkning av antalet vårdrelaterade infektioner och en ökad följsamhet gällande rutiner för basal vårdhygien.
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänt.	– Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. –Handledning –Avsatt tid för dokumentation –Extra ssk. vid behov	Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen utifrån checklista. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är 90% godkänt.	Dokumentationen har ytterligare förbättrats.
Läkemedelsavvikelser	Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än 3/månad	– Ett väl utvecklat kvalitetssystem –Kvalitetsråd –Kvalitetsombud –En tillåtande företagskultur –Läkemedelsgenomgångar	Information om vikten av att fylla i en avvikelse. Hantering av avvikelser där de åtgärdas direkt och förs in i Vodok. Avvikelserna tas upp i kvalitetsrådet. Kvalitetsombuden tar med sig feedback angående avvikelser till sin avdelning och redovisar på avdelningsmötena.	Resultat för år 2011 är i snitt mindre än 1 avvikelser/månad/avd.	Målsättning med i snitt 3 läkemedelsavvikelser/mån. är uppfylld.

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Mål för hälso- och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador	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	Resultat kopplat till egna mål
Palliativ vård	En utvecklad palliativ vård med utvecklade vårdplaner och registrering i det Palliativa registret	– Palliativa registret – Utbildning/studiecirkel – Dokumentation / vårdplaner – Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen	Från och med år 2009/2010 registreras alla avlidna i det Palliativa registret och samtliga får en vårdplan. Intern utbildning för vård i livets slutskede.	Resultaten visar att alla avlidna boende var registrerade i det Palliativa registret. Egenkontroll av dokumentation visar på att vårdplaner skrivs för vård i livets slutskede.	Målsättning uppfylld för år 2011.
Medicinsk Tekniska Produkter	En trygg och säker användning av MTP med noll avvikelser	– Rutiner och riktlinje för användning av MTP – Kompetens hos förskrivare / ordinator	Signering av MTP-listor. Funktionskontroller av MTP. Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal både individuellt och i grupp.	Antalet MTP-avvikelser 2011 var 5 st.	Målsättning för år 2011 inte uppfylld.
Senior Alert	Att förebygga och minska antalet trycksår, boende med undernäring och fallolyckor	– Riskbedömningar i Senior Alert – Avsatt tid för dokumentation – Att det finns rutin för Senior Alert	Cirka 95 % av alla boende har blivit bedömda i Senior Alert och en rutin är framtagen	2011 hade 1st av de boende trycksår .	En minskning jämfört med år 2010.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2012) kommer Riddargården att fortsätta att utveckla och förfinas sitt systematiska kvalitetsarbete för att uppnå en trygg och säker vård och omsorg av högsta kvalitet.

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

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

Strategin för att nå de uppsatta målen år 2012 är att börja året med en patientsäkerhetsenkät, framtagen av SKL, för att utifrån den få en uppfattning hur våra medarbetare ser på vår avvikelse- och säkerhetshantering och om de får återkoppling på eventuella skrivna avvikelser. Utifrån enkätens resultat (början februari år 2012) sätter vi upp mätbara mål i vår verksamhetsplan för år 2012 samt beskriver de åtgärder som ska vidtas för att målet ska nås.

Förutom att följa kvalitetsindikatorer och hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagen mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi att under år 2012 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Vi ska fortsatt minska antal *läkemedelsavvikelser* genom att förbättra strukturen i läkemedelshanteringen och vid avvikelser från en och samma person erbjuda utbildning och/eller dra in en eventuell delegering.
- Vi ska vidareutveckla vårt fallförebyggande arbetssätt genom kvalitetsregistret *Senior Alert* så att fall med fraktur minskar. Vid en risk för fall ska det alltid finnas en handlingsplan, d.v.s. följsamheten med en handlingsplan kopplat till risken ska vara 100 %.
- Vi ska hålla antal infektioner på en låg nivå. Vi följer detta genom stadens kvalitetsindikator infektioner.
- Vi ska minska boendegruppen *risk för undernäring* under mål *nutrition*. Vi arbetar kontinuerligt med att minska risker genom t.ex. utbildning, förbättring av rutiner och mer kunna tillgodose den boendes önskemål om kost och mat. En kartläggning av den boendes matvanor och förmåga att äta kommer att göras enligt mall, vid inflyttning. Mer följsamhet med förbättrat kosttillskott eller vid en risk för undernäring kommer att vara i fokus. En effekt av minskad risk för undernäring leder bl.a. till bättre läkning av sår, bättre immunförsvar samt mindre trycksår.
- Vi ska vidareutveckla den *palliativa vården*; detta skall ske genom att vi styr mot Palliativa registrets målvärden. Fokus under år 2012 blir att erbjuda närstå-

ende ett eftersamtal och uppmana läkare att informera boende och närstående inför den palliativa vården. Alla boende i palliativ vård ska ha fått en validerad smärtskattning enligt instrumentet Abbey Pain Scale som finns i Vodok. Uppföljning av följsamhet av Palliativa registrets målvärden kommer att ske av verksamhetschef och Hsl-personal.

- Vi ska vidareutveckla vårt system för avvikelshantering med individuella riskbedömningar. Under år 2012 fortsätter vi vår utbildning till medarbetare i risk-och händelseanalys, allt för att alla ska tänka ”risk” i sitt arbete, vilket är en förutsättning för att vi ska kunna närma oss nollvisionen. (På det viset ges förutsättningar till nollvisionen angående vårdskador).
- Vi kommer att satsa på information och kommunikation mellan de olika yrkesgrupperna. Det är en ständig och återkommande fråga och en fråga som alltid står i fokus. Vi har idag en skriftlig rapportering mellan dag - kväll och nattpassen, planerade omvårdnadsmöten (1 per månad), samt avdelningsmöten där en återkoppling av Hsl-avvikelser från kvalitetsrådet ges.
- Slutligen kommer vi att under år 2012 arbeta mer fokuserat och strukturerat vad gäller uppföljning och egenkontroll. Samordningssjuksköterska kommer regelbundet att göra kontroller enligt rutinmallar.