



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

*Stockholms Äldreboende AB
Sabbatsbergsbyns
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet
2012-01-25

Eva Bergman, Verksamhetschef
Ylva Jonsson, sjukgymnast och hälsovetare
Patricia Sjöblom, Bitr. Enhetschef
Dan Härjesjö, Intern Mas

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Uppföljning genom egenkontroll.....	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Riskanalys	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Hantering av klagomål och synpunkter.....	18
Klagomål och synpunkter.....	18
Sammanställning och analys	19
Samverkan med patienter och närstående	21
Resultat 2011:.....	22
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	24

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 utbildning till kvalitetssamordnare i risk-och händelseanalys, bildandet av Etiska rådet och registreringen i *Senior Alert* och det *Palliativa registret*.

Medverkan i kvalitetsregistren *Senior Alert* och *Palliativa registret* har ökat medvetenheten kring riskanalyser och kopplingen till aktuella handlingsplaner har förstärkts.

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

Utökad sjuksköterskebemannning med 50 % har medfört betydliga förbättringar i Hsl-dokumentationen.

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 egna 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 allvarligare vårdskada (enligt Lex Maria). Vi har identifierat risker genom avvikelshanteringen men med snabba åtgärder och uppföljning har vårdskador kunnat undvikas.

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. 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.

Sabbatsbergsbyn 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. "Kvartssamtal" erbjuds en gång/halvår 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 att vi har ökat dokumentationsresultatet från 60 % till 90 %
- Genom en förbättrad avvikelshantering och strikta kontroller har läkemedelsavvikelserna minskat med 50 %.

Vårt systematiska kvalitetsarbete belönades med Stockholms Stads kvalitetsutmärkelse 2011.

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. 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 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 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.

Biträdande Enhetschef

finns med specificerade arbetsuppgifter att leda och fördela arbetet i hälso- och sjukvårdsgruppen, se till att följsamhet finns till våra rutiner samt ansvara för att nödvändig information når samtlig personal i hälso- och sjukvårdsgruppen. Hon har också ansvar för att slumpvis granska HSL-dokumentationen en gång/månad samt att tillsammans med intern-MAS utföra egenkontroll av hälso- och sjukvården, utifrån mall, 2 gånger/år.

Sjuksköterskan

har ett omvårdnadsansvar för upp till 24 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 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 när och hur man skriver en avvikelse. Alla Hsl-avvikelser åtgärdas omedelbart av Hsl-personal, skrivs under av Enhetschef och avvikelser 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 avvikelserna 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 avvikelserna sker. Intern-MAS gör statistik och följer upp avvikelserna och rapporterar till Verksamhetschef och Bitr. Enhetschef månadsvis.

Ingen händelse under år 2011 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 Socialstyrelsen redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Sabbatsbergsbyn har under år 2011 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, c:a 2 % har behandlats för pneumoni och drygt 3 % för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter.

Två mindre utbrott av maginfluensa har förekommit, ena gången 2-3 boende och andra gången 5-6 boende. Vi har en boende med MRSA, smitta som den boende har fått på akutsjukhuset, och det har inte spridits vidare tack vare noggranna hygien- och städrutiner.

Detta följs upp månadsvis av Bitr. Enhetschef utifrån stadens kvalitetsindikator – *infektioner*.

Under senare delen av hösten 2011 bildades en fokusgrupp som aktivt ska utarbeta och arbeta med förebyggande hygieniska åtgärder, allt för att minska vårdrelaterade infektioner och utbrott av maginfluensa.

Under år 2011 har basala hygienmätningar gjorts, enligt mall, varje månad av teamledare. Rapport sker till Enhetschef 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 vårdenheter
- Avlidna
- Olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd, förebyggande madrass, vätskelista, larm m.m.

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

Kvalitetsindikatorerna vi granskar och följer upp är antal:

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

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

I verksamhetsplanen för år 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 Sabbatsbergsbyn haft både externa och interna utbildningar. Genom Norrmalms Stadsdelsförvaltnings försorg har både sjuksköterskor (samtliga) och omvårdnadspersonal fått fördjupade kunskaper i läkemedelshantering inom sin profession. Detta har medfört att vi nu kan se att omvårdnadspersonalen är mer trygga i sin hantering av läkemedel, d.v.s. i sitt delegerade ansvar.

Sjuksköterskor och en sjukgymnast har fått spetskompetens i demens genom en tredagars-utbildning i Lund. Mer än hälften av omvårdnadspersonalen har gått den nätbaserade demensutbildningen Demens ABC, även den i stadens regi.

Internt har vi påbörjat att utbilda samtlig personal i palliativ omvårdnad, en utbildning som är mycket uppskattad.

Vi påbörjade utbildningen i samband med 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 vi framför allt har förbättrat under år 2011, förutom utbildningen, är att i god tid se till att nödvändiga ordinationer från läkare finns.

Utbildning i förflyttnings-och lyftteknik 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 samtliga kvalitetssamordnare, teamledare och Hsl-personal. Under år 2012 ska samtlig personal utbildas i risk-och händelseanalys.

Vi har under året även arbetat hårt med fallprevention och antalet fall som har lett till fraktur har inte ökat utan håller fortfarande en låg nivå.

Under första delen av år 2011 påbörjade vi ett projekt med registrering av boende i kvalitetssystemet *Senior Alert*. Det var två avdelningar som började och vid utvärderingen visade det sig att systemet och projektet hade lett till bättre struktur för riskbedömningar varför övriga avdelningar under hösten har registrerat sig. Merparten av våra boende var registrerade vid årets slut.

Ett *Etiskt råd* bildades under år 2011. I rådet ingår Verksamhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Rådet tillkom på grund av att Socialstyrelsens författning om skyddsåtgärder upphörde. Vi såg en risk med att inte kunna ordinera en skyddsåtgärd för att kunna säkerställa en trygg och säker vård utifrån Hälso-och sjukvårdslagen varför det Etiska rådet bildades.

I rådet tas de boende upp som har ett behov av en skyddsåtgärd, såsom bälte utomhus, sänggrind, larm m.m. Innan en skyddsåtgärd sätts in har en riskbedömning

gjorts, enligt framtagna mallar, och ärendet behandlas i rådet som tar ställning för eller emot innan en ordination från sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut ges. Samtliga skyddsåtgärder följs upp vid behov och enligt ordination från hälso- och sjukvårdspersonal.

En bedömning om en eventuell skyddsåtgärd görs på alla boende vid inflyttning.

Bildandet av Etiska rådet har visat sig vara ett mycket klokt beslut. Även andra etiska dilemman kan tas upp och rådet ska och kommer att utvecklas under år 2012.

Vi har utarbetat en signeringslista för Medicinsk-Tekniska Produkter, som finns inne hos den boende, där man t.ex. signerar:

- 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)

Många av hälso- och sjukvårdspersonalen har gått utbildning i *Hot mot äldre*; även om det inte är en ren hälso- och sjukvårdsfråga så har det lärt oss mycket om patient-säkerhet.

Under 2011 har ledningen för Stockholms Äldreboende AB tillsammans med en arbetsgrupp i Sabbatsbergsbyn 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. Det som drar ner resultatet några tiondelar är att vi inte har fullgoda lägenheter (med trinettkök) för alla boende.

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 6/månad och där har vi gått i mål.
- Minska antalet fall med frakturer med minst 15 % under ett år. Det har vi inte uppnått men behållit samma nivå från 2010, totalt 10 fall. (Under 2010 minskade vi antalet frakturer med 50 %)
- Korrekt inkontinensbedömning på samtliga boende och där var vi i princip i mål.
- En trygg och säker Hsl-dokumentation med godkänt resultat på Hsl-dokumentationen vid egenkontroll (95 %) och vid stadens uppföljning. Där var vi inte riktiga i mål vid stadens uppföljning under våren 2011. Vår egen egenkontroll vid årets slut visade på i snitt 90 % godkänt så vi fortsätter under år 2012 att förbättra Hsl-dokumentationen. Det är framför allt vårdplaner med måluppfyllelser som behöver förbättras.

Vidare har vi haft mål med Senior Alert, Palliativa Registret, Utbildningar, Basal Hygien m.m. där vi i stort har nått våra mål.

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.

Bitr. Enhetschef granskar slumpmässigt valda boendes Hsl-dokumentation utifrån en granskningsmall som består av ett antal frågor. För att vara godkänd ska man ha 95 % rätt. När vi år 2010 började granska dokumentationen låg vi på c:a 60% rätt så stora framsteg har gjorts när vi nu har nått c:a 90% i snitt.

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.

Sabbatsbergsbyn har ett egenkontrollsprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där Bitr. Enhetschef 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

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 med våra värderingar som ledningsgruppen för Stockholms Äldreboende AB tog fram i början av år 2010. Vi har inte närmare undersökt om det finns brister i förhållningssättet hos personal men vi har tagit på allvar om synpunkter har inkommit. Vi har fokuserat på att arbeta med våra värdeord vilket har gett goda resultat med få klagomål och många nöjda boende/närstående.

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

- Trygghet
- Glädje
- Egna val
- Välbefinnande

En värderingsgrupp bestående av personer från verksamhetens olika delar har träffats kontinuerligt under året och diskuterat de fyra värdeorden. Värderingsgruppens arbete har nått ut till den övriga verksamheten i form av "löpsedlar" där gruppen har skrivit ner reflektioner och tankar runt de olika värdeorden. Värderingsgruppen har också haft temagrupper för samtlig personal på Sabbatsbergsbyn

Temagruppen syftade till att förankra de fyra värdeorden i personalgrupperna och att personalen skulle reflektera över *sitt förhållningssätt och bemötande* mot boende, närstående och medarbetare i olika situationer. En kvalitativ uppföljning av temagrupperna gjordes som speglar personalens *attityder och förhållningssätt*. *Resultatet blev en stärkt medvetenhet om betydelsen av attityder och bemötande mot boende, närstående och medarbetare.*

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

Analys av patientnämndsärenden,

Inga patientnämndsärenden inkom under år 2011. Däremot kom företrädare från patientnämnden på en arbetsplatsträff och information gavs om nämndens arbete, vad som är nytt i patientskadelagen och hur vi som personal kan hjälpa boende/närstående tillrätta vid klagomål och synpunkter.

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 bl.a. några mindre synpunkter om:

- Att signera iordningställande av alla läkemedel.
- Att ändra i skriftlig rutin hur byte till synonymt läkemedel dokumenteras så det stämmer med hur det görs i praktiken.
- Att lista med signaturförtydligande för personal med delegering upprättas och sätts i pärmen med delegeringar, som skrivs på då delegering ges.
- Att hållbarhetskontroll av akut- och buffertförrådet dokumenteras.

Alla förbättringsförslag åtgärdades tämligen omgående. 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
- Att skyddsåtgärder endast delvis var dokumenterade och utvärderade
- Att antalet riskbedömningar har minskat för undernäring och trycksår
- Att bedömningar av förmåga till daglig livsföring (ADL) har minskat under senaste året.

Vid uppföljningen gjorde vi en noggrann analys av synpunkterna och det framkom att tiden inte riktigt fanns för en trygg och säker dokumentation. En 0,5 % sjukskötersketjänst tillsattes, en sjuksköterska som "täcker upp" när andra sjuksköterskor behöver tid för dokumentation. Vid utgången av år 2011 var i princip synpunkterna åtgärdade.

Vi har också haft tillsyn från Miljö och Hälsa angående livsmedelshanteringen och den uppföljningen var utan anmärkning.

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

Under år 2011 blev avvikelserna från nattpersonal om brister i informationen betydligt färre efter att en skriftlig rutin införts i slutet av år 2010.

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 tog vi fram tydliga rutiner kring risk- och händelseanalys 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 läkemedelshantering
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter
- Vid en händelseanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

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

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

Alla åtgärderna ska rikta sig mot de:

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

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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

En lokal rutin angående Lex Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig. 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 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 Mariaanmälan.*

Andra rutiner inom avvikelshantering (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 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. Varje morgon samlas avvikelserna in av tjänstgörande sjuksköterska för underskrift av Enhetschef. 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 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 ska.
- 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 Enhetschef, 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.

Under år 2011 har medarbetarna blivit betydligt bättre på att skriva avvikelser, till stor del beroende på att man har förstått 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, Enhetschef, Intern-MAS eller annan lämplig person i uppgift att bilda ett analysteam och genomföra en händelseanalys. Analysteamet påbörjar analysarbetet i snar anslutning till den inträffade händelsen.

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

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

Utifrån utförd analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Åtgärderna ska rikta sig mot:

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

Förutom rutinerna i avvikelshanteringen där både risk-och händelseanalys ingår finns det andra rapporteringsmöjligheter. Vi har 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.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser Sabbatsbergsbyn 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.*

Inom Sabbatsbergsbyn finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informationstavlor för närstående (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till Enhetschef. Blanketten fås 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.

Kontaktmannen 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 kvalitetsgruppen. 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
 - Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Socialstyrelsen)
 - Patientnämnd vid respektive landsting eller kommun (information ges till vid inflyttning)

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.

Det Etiska rådet, med verksamhetschef som ordförande, är ett annat forum där etiska dilemman, eventuella brister eller klagomål inom hälso-och sjukvården kan analyseras, sammanställas och åtgärdsförslag kan utarbetas.

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

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

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

Bitr. 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.

Inom Sabbatsbergsbyn finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informations-tavlor för anhöriga (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till Enhetschef. 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 Enhetschef/verksamhetschef som tar kontakt med den som framfört klagomålet inom 24 timmar för vidare åtgärder.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos Enhetschef/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, däremot har vi haft ett fåtal klagomål inom omvårdnaden ex. brist på utevistelse men inga klagomål av mer allvarlig karaktär.

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 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.

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

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:

- 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, även under år 2011, 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. Under år 2011 gavs information om den nya patientsäkerhetslagen och om Patientnämndens arbete samt hur vi mäter boendes välbefinnande med Qualid-skalan och hur vi arbetar med förebyggande åtgärder vid fall, nutrition, trycksår och inkontinens
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m. Under år 2011 skrevs det sju (7) brev
- Brukarenkät, stadens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2011 fick Sabbatsbergsbyn 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.
- "Kvartssamtal", som erbjuds en gång/halvår med sjuksköterska och kontaktman

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 med 15 % under 1 år.	– Senior Alert – Rutin och riktlinje för fallprevention –Handledning/ utbildning –Avvikelsehantering –Etiska rådet	Cirka 95 % av alla boende har blivit bedömda i Senior Alert. Alla boende har också fått 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.	Antalet frakturer är oförändrat och ligger fortfarande på en låg nivå. Sabbatsbergsbyn hade fjorton frakturer 2009, tio frakturer 2010 och tio frakturer 2011.	Målet med en sänkning på 15 % ej uppnått men fortsatt antal frakturer på en låg nivå.
Basala hygienrutiner	Att vi följer basala hygienrutiner med 100 % följsamhet och minska antalet vårdrelaterade infektioner.	– Hygienrutiner – Bildande av fokusgrupp –Handledning i hygien – Regelbunden egenkontroll av basal hygien enligt framtagen mall.	Det finns hygienrutiner som revideras kontinuerligt Sjuksköterska handleder och utbildar omvårdnadspersonal i basala hygienrutiner. Egenkontroll att hygienrutiner följs har utförts regelbundet (var 6:e vecka).	Infektionsbarometern har varit låg, ca 2 % har behandlats för pneumoni och drygt 3 % 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 schemalagd tid för dokumentation – 0.5 mer sjukskötersketjänst	Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen månadsvis utifrån checklista. Därefter får alla individuell feedback på dokumentationen. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är 90 % godkänt	Dokumentationen har förbättrats avsevärt (från 60 % -90 %) men når ännu inte upp till målsättningen 95 %. Resultat som 97 % på en enhet av tre.
Läkemedelsavvikelser	Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än 6/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 2011 är i snitt 6 avvikelser/månad. Under sommaren högre antal för att direkt sjunka efter semestrar.	Målsättning med i snitt 6 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 hösten 2011 så registreras alla avlidna i det Palliativa registret och samtliga får en vårdplan. Intern utbildning för vård i livets slutskede är pågående.	Resultaten visar att alla avlidna boende från hösten 2011 var registrerade i det Palliativa registret. Internutbildning av samtlig personal i ”vård vid livets slutskede” är pågående och ska alltid vara pågående. 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/ordinatör	Signering av MTP-listor Funktionskontroller av MTP Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal både individuellt och i grupp.	Antalet MTP-avvikelser 2011 var 13 st.	Är en halvering från år 2010 då antalet var 26 st.
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 4 % av de boende trycksår och den största delen hade uppkommit under en sjukhusvistelse.	En minskning jämfört med 2010

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2012) kommer Sabbatsbergsbyn 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 säkerhetshandtering och om de får återkoppling på eventuella skrivna avvikelser. Utifrån enkätens resultat (sista januari 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 minska antal *läkemedelsavvikelser* genom att förbättra strukturen i läkemedelshandteringen 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 med 10 %. Vid en risk för fall ska det alltid finnas en handlingsplan, d.v.s. följsamheten med en handlingsplan kopplat till risken ska vara 100 %. Detta kommer att följas upp varje kvartal av utsedd sjukgymnast.
- Vi ska minska infektioner med minst 5 %. Under slutet av år 2011 bildades en fokusgrupp som aktivt ska arbeta med förebyggande åtgärder för att *minska infektioner* såsom, urinvägsinfektion, pneumoni, maginfluensa, m.m. Vi kommer under år 2012 att ta kontakt med landstingets Stramagrupp för råd och tips angående förebyggande arbete. Vi följer detta genom stadens kvalitetsindikator infektioner.
- Vi ska minska boendegruppen *risk för undernäring* med 5 % under mål *nutrition*. Vi har därför under hösten år 2011 bildat en fokusgrupp som har fått i uppdrag att kartlägga vilka risker som finns och hur vi kan 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 görs, 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 närstående ett eftersamtal och uppmana läkare att informera boende och närstående inför den palliativa vården. Alla boende i palliativ vård ska ha fått en validerad smärtskattning enligt instrumentet Abbey Pain Scale som finns i Vodok. Uppföljning av följsamhet av Palliativa registrets målvärden kommer att ske varje kvartal av Enhetschef. Utbildning i palliativ vård till samtlig personal kommer att ske fortlöpande under år 2012.
- 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 (2 per månad), avdelningsmöten där en återkoppling av Hsl-avvikelser från kvalitetsrådet ges. Vi kan se att antalet avvikelser angående information har minskat till ett minimum och vi kommer att fortsätta det goda arbetet med informationsflödet under år 2012 och de kommande åren.
- Slutligen kommer vi att under år 2012 arbeta mer fokuserat vad gäller kvartsamtal (minst 2 ggr/år) till boende och närstående där den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan tillsammans med kontaktmannen går igenom den boendes vård- och omsorgsbehov och där boende och närstående kan påverka sin egen patient-säkerhet.

Kvalitetsutmärkelsen från Stockholms stad inom äldreomsorgen år 2011 innebär att Sabbatsbergsbyn fått ett officiellt erkännande om god kvalitet och omvårdnad. Priset förpliktigar och inspirerar oss att även fortsättningsvis ge trygg och säker vård och omsorg.