

Patientsäkerhetsberättelse för Norrmalms stadsdelsnämnd År 2016

- Sara Evefjord, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Linnea Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Jehona Dragusha, Biträdande enhetschef, HSL 30§ Väderkvarnens vård- och omsorgsboende
- Charlotta Johansson, Verksamhetschef, Malmskillnadsgatans gruppbostad

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Nämndens ansvarsområden	3
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
Risikanalys.....	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	15
Hantering av klagomål och synpunkter	18
Samverkan med patienter och närstående.....	19
Sammanställning och analys	20
Resultat	20
Övergripande mål och strategier för 2017	23
Bilagor	24

Sammanfattning

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

Under året har ett antal åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerheten. Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har blivit Silviacertifierade, målet med certifieringen är att bidra till högsta möjliga livskvalité för de demenssjuka.

Hälso- och sjukvårdsansvaret upp till sjuksköterskenivå på Malmskillnadsgatan har övergått till Väderkvarnens vård- och omsorgsboende.

Dietist har anställts på 50 % till och med 2017, detta för att säkra nutritionen för de äldre på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och höja kompetensen hos medarbetarna.

I journalsystemet Vodok har ”att göra listan” införts vilket syftar till att säkra de dagliga planerade arbetsuppgifter som hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra.

Ett arbete har påbörjats med verksamhetsegen uppföljning av hälso- och sjukvårds dokumentation.

Utifrån planen för förbättringsarbete för 2016 så har verksamheten fortsatt sitt arbete med att utveckla ledningssystemet, egenkontrollen och de lokala rutinerna. Verksamheten har fortsatt arbetet med att implementera det teambaserade arbetssättet. Antal riskbedömningar har ökat likaså har antalet registreringar i de nationella kvalitetsregistren ökat.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar. Vidare ska informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Nämndens ansvarsområden

Äldreomsorg

Inom stadsdelsnämndens ansvarsområde finns det fyra vård- och omsorgsboenden för äldre. Riddargården och Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende drivs av Stockholms Äldreboende AB. Vasens vård- och omsorgsboende drivs av Attendo AB. Alla har demens och somatisk inriktning. Väderkvarnen är ett vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi, där finns demens, somatik, äldrepsykiatri och servicehus.

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

Socialpsykiatri

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

Enskilda verksamheter upphandlade av staden

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

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

Övergripande mål och strategier

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

Mål

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

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

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

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare

- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
- Brister i medicinteknisk utrustning
- Brister i speciell omvårdnad/rehabilitering

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i verksamheternas kvalitetsarbete.

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

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

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

Verksamhetschefen kan ge i uppdrag till särskilt ansvarig befattningsinnehavare att fullgöra enskilda arbetsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen 30 §. Verksamhetschefen har dock kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården enligt gällande författning.

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

MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

MAR har samma ansvar avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde.

MAS/MAR ansvarar för att:

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

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

Biträdande enhetschefer ansvarar för att:

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

Legitimerad personal ansvarar för att:

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

Medarbetarna inom varje enhet ansvarar för att:

- Utföra vård och omsorg av god kvalitet.
- Följa verksamhetens rutiner, regler och arbetssätt.

- Rapportera risker och avvikelser till legitimerad personal samt chef.
- Delta i uppföljning och analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet.
- Delta i framtagande av verksamhetsplan med åtaganden och beskriva arbetssätt.

Entreprenörerna ansvarar för:

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

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapportering

Alla händelser som frångår det normala, lett till vårdskada eller hade kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Avvikelse rapporteras enligt nedan följande rubriker:

- Brister i läkemedelshanteringen
- Fallolyckor
- Brister i speciell omvårdnad/rehabilitering
- Brister i vårdkedjan
- Brister i/hantering av medicintekniska produkter
- Brister i basala hygienrutiner

Utöver dessa rubriker rapporteras också suicidförsök/suicid.

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

MAS/MAR följer vilka åtgärder som vidtas. Sammanställning av avvikelser görs årligen.

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

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

Ledarskapet har en stor betydelse för att säkra att hälso- och sjukvårdsrutiner utarbetas lokalt i verksamheterna och att dessa implementeras i arbetsgrupperna så att varje medarbetare har kunskaper om dem.

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

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

Egenkontroll av dokumentation, läkemedelshantering och vårdhygieniska åtgärder sker årligen och i samråd med stadsdelens medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Egenkontrollen innefattar också uppföljning av avvikelser och statistik.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatan gruppbostad

Ett fortsatt arbete har pågått med att se över rutiner och verktyg för att få en helhetsbedömning av patienten. Arbete i team fortsätter, teamet kring patienten bidrar alla med sin specifika kunskap. Teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, omsorgspersonal och patient.

På Malmskillnadsgatans gruppbostad har hälso- och sjukvårdsansvaret upp till sjuksköterskenivå övergått till Väderkvarnens vård- och omsorgsboende från och med 8 september 2016. Detta innebär mer kontinuitet och tillgänglig sjuksköterska då det finns tillgång till sjuksköterska i huset dygnet runt. Läkemedelshanteringen blir säkrare då förvaring av läkemedel sker i avsett läkemedelsrum. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen säkerställs också dygnet runt.

Kompetenshöjande insatser

Hälso- och sjukvårdspersonal har fått utbildning inom dokumentation, munhälsobedömning, läkemedel, basala hygienrutiner, blåsdysfunktion, sår och sårvård. Från omsorgspersonalen har 35 st. fått munvårdsutbildning.

På Malmskillnadsgatan har alla medarbetare deltagit i ett seminarium gällande "Tre perspektiv av psykisk ohälsa". Två medarbetare har gått en utbildning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Vårdhygien

Majoriteten av medarbetarna har genomgått Vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner. Följsamheten till dessa rutiner mäts en gång per år och resultatet sammanställs av biträdande enhetschef.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Läkemedelsförrådet granskades i december 2016. Även några av de boendes egna läkemedelsskåp granskades efter samtycke. Granskningen visade på god ordning och god följsamhet till gällande lagar och författningar. Farmaceut har anvisat vissa förbättringsåtgärder som har åtgärdats. MAS har följt upp att förbättringsåtgärderna är utförda.

På Malmskillnadsgatans gruppbostad har alla patienter har fått ett större medicinskåp i den egna lägenheten för att undvika risk för sammanblandning av mediciner.

Infektioner och antibiotikaanvändning

Antibiotika ska endast användas när det är nödvändigt. Detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. Infektionsstatistik förs varje månad för att begränsa antibiotikaanvändning. Statistiken har fram till och med 2016 skickats till Vårdhygien för sammanställning.

Från och med 2017 tar endast MAS del av registreringen för att kunna se tendenser och kunna sätta in åtgärder vid behov i ett tidigt skede.

Vårdhygiens sjuksköterska har haft utbildning för omsorgspersonal i basala hygienrutiner.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

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

Kvalitetsregister

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

- Senior alert
- Palliativ registret

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

Dokumentation

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

På Malmskillnadsgatans gruppboende har nya rutiner kring mathållningen införts för att bland annat förstärka struktur för klienternas måltider, förbättra livsmedelshygien och styra klienternas intag av mat till mer lagade måltider och mindre smörgåsar.

Exempel på lokala rutiner gällande hälso- och sjukvård som har utvecklats under 2016:

- Bedömning om egenvård
- Informationsöverföring mellan sjuksköterska och övrig personal
- Listning hos primärvården
- Avvikelserutin
- Inflyttningsrutin
- Lokal rutin gällande suicidsförsök samt kännedom om suicidrisk
- Blåsdysfunktion
- Lokal läkemedelsrutin

Övergripande

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

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

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

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

Journalgranskning

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

Läkemedelsgenomgångar

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

Hygien

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

Livsmedel

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

Riskbedömning

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan inom förvaltningens egna verksamheter

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

Samverkan med Stockholms Läns Landsting

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

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

Samverkan med läkarorganisationer på särskilda boenden

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

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

Under 2016 hade förvaltningen samverkansöverenskommelser med följande läkarorganisationer:

- Stockholmsgeriatriken med ansvar för läkare på Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende.
- Curera AB med ansvar för Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och Riddargårdens vård- och omsorgsboende tom sommaren 2016. Därefter övergick Curera till Legevisitten som är den läkarorganisation som nu ansvarar för dessa två boenden.
- Legevisitten med ansvar för Vasens vård- och omsorgsboende.

Samarbete med läkare och sjuksköterska inom andra vårdenheter

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

Samverkan med tandvården

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

Samverkan med myndighet

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

Samverkan med entreprenörer och enskilda utförare

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

Utöver uppföljningstillfällen har förvaltningens MAS/MAR samarbetsmöten med entreprenörerna. Rådgivning sker också via telefon och mejl. Förvaltningens MAS ansvarar också för upprättande av samverkansöverenskommelser med läkarorganisationer för respektive boende.

Hos verksamheter som bedrivs på entreprenad finns en intern MAS som ansvarar för att avvikelser och statistik rapporteras till

förvaltningens MAS/MAR. Samverkansmöten hålls mellan förvaltningens MAS och entreprenaders interna MAS.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Riskanalys genomförs vid:

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

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

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

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

Under året har verksamheten genomfört dessa riskanalyser:

- Riskanalys för sommarschemat för hälso- och sjukvårdspersonal
- Dokumentation
- Att göra listan
- Övertagandet av hälso- och sjukvårdsansvaret på Malmskillnadsgatans gruppboende.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

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

Den lokala rutinen gällande suicidförsök samt kännedom om suicidrisk används vid alla inflyttningar och vid upptäckt risk skrivs en handlingsplan av ansvarig sjuksköterska och ansvarig chef, de ansvarar också för att göra handlingsplanen känd av alla medarbetare och de följer upp planen regelbundet.

Under året har verksamheten genomfört dessa riskanalyser:

- Riskanalys inför sommaren sommarschemat för hälso- och sjukvårdspersonal
- Dokumentation
- Att göra listan
- Övertagandet av hälso- och sjukvårdsansvaret på Malmskillnadsgatans gruppbostad.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

Övergripande, avvikelshantering och Lex Maria

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

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

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

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

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

Avvikelseprocessen

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

- Den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt på blankett för avvikelserapport.
- Tjänstgörande sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast ska bedöma och vidta åtgärder samt kontakta läkare vid behov. Avvikelse rapporten kompletteras och händelsen dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårds journal samt i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Legitimerad personal analyserar avvikelser. Analys och konsekvens av händelsen samt patientrelaterade åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen samt journaltexten.
- Legitimerad personal informerar patient/närstående om avvikelser.
- Chef ska informeras. MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär.
- Chef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Analys av händelser, planering och beslut om åtgärder för att förhindra återupprepning av liknande incidenter sker i ett forum där chefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier diskuterar ärenden.
- Chef ska godkänna vidtagna åtgärder och ska dokumentera detta i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Avvikelser i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal.
- Om avvikelser leder till en Lex Maria-anmälan ska MAS/MAR dokumentera detta i journalen. Det ska även antecknas om information inte lämnats ut och anledning till detta.

IVO utreder anmälan utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehuset och Malmskillnadsgatan gruppbostad inom socialpsykiatri

Statistik förs över inkomna avvikelser och klagomål för att identifiera och se mönster i rapporterade incidenter. Kvalitetsråd finns som träffas regelbundet och går igenom avvikelser, vidtagna åtgärder och resultat. Förslag på förbättringsåtgärder som tas fram återkopplas till personalgrupperna.

Två anmälningar enligt lex Maria har gjorts till IVO under 2016.

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatan har rapporterat avvikelser enligt nedan under 2016:

Väderkvarnen	2014	2015	2016
• brister i läkemedelshantering en	28	66	25
• fallolyckor	137	158	98
• brister i speciell omvårdnad/rehabilitering	4	15	1
• brister i vårdkedjan	6	8	2
• brister i/hantering av medicintekniska produkter	1	20	3
• brister i basala hygienrutiner	1	3	0

Malmskillnadsgatan	2014	2015	2016
• brister i läkemedelshantering en	2	5	4
• fallolyckor	1	1	3
• brister i speciell omvårdnad/rehabilitering	0	1	0
• brister i vårdkedjan	0	0	1
• brister i/hantering av medicintekniska produkter	1	0	0
• brister i basala hygienrutiner	0	0	0

• suicidförsök/suicid	0	0	3
-----------------------	---	---	---

Antal avvikelser 2016 jämfört med 2015 visar på att antalet registrerade avvikelser har minskat, detta tolkas som positiv då verksamheten troligen ser en effekt av arbete med rutiner och följsamhet till rutiner. Under 2015 sågs en ökning av antalet avvikelser vilket härleddes till att man det året utbildade all personal inom området avvikelser och vikten av att rapportera avvikelser. Därefter inleddes arbete med att förbättra rutiner och öka följsamheten till rutiner.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Övergripande

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

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Synpunkter och klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt. Dessa hanteras av biträdande enhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som lämnat klagomålet. Utifrån klagomålet eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschef en bedömning om ett analysteam ska tillsättas.

Ansvarig för analysteamet kan vara kvalitetsansvarig sjuksköterska eller en annan lämplig person, som omgående påbörjar analysarbetet. Policyn är att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med brister. En slutrapport skrivs sedan och klagomålsärendet avslutas på nästkommande kvalitetsråd.

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

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska verksamheten informera MAS/MAR som utreder om

verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

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

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

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

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

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

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

Samverkan med boende och närstående sker på många olika sätt.

- Cirka två veckor efter inflyttning till avdelningen bjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska in den boende och om han/ hon så vill även närstående, till ett hälsosamtal.
- När den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller god man/förvaltare delta. Vid detta möte deltar även den boendes kontaktperson och vid behov rehabiliteringspersonal.
- Samtalet förs utifrån ett salutogent synsätt, det vill säga att man fokuserar på den boendes resurser.
- Vid hälsosamtalet ställer kontaktpersonen, sjuksköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten frågor om den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd.

- Närstående har en viktig roll att stötta den boende så att informationen blir så komplett som möjligt.
- Vid detta möte informerar hälso- och sjukvårdspersonalen också om resultaten av de eventuella bedömningar som utförts under den första tiden efter inflyttningen och diskuterar också de förslag de har avseende planerade åtgärder vid identifierade risker.

Efter hälsosamtalet dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonalen kompletterande åtgärder i patientjournalen och kontaktpersonen dokumenterar beslutade åtgärder i den boendes genomförandeplan.

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

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

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Medarbetarna kan trots dessa kunskaper i vissa fall få svårt att motivera den enskilde till att upprätthålla kontakter med vårdgivare och ta sin medicin. I dessa fall är kontakt med en anhöriga och/ eller företrädare värdefull och kan vara till stor hjälp.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

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

Resultat

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus

Resultat av mätning av riskbedömningar

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

Riskbedömningar är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som t.ex. fall, undernäring, trycksår. Under 2016 har riskbedömningar utförts enligt nedan:

Väderkvarnen	2015	2016
• fallriskbedömningar enligt Downton Fall Risk Index	108	108
• bedömning för risk avseende undernäring enligt MNA	105	105
• bedömningar för trycksårsrisk enligt Norton	104	106
• bedömningar av munhälsa enligt ROAG	89	101
• bedömningar av ADL förmåga enligt Sunnås ADL-index	98	109
• bedömningar avseende inkontinens enligt Nicola	47	103

Resultatet visar att 85-88 % av de boende har riskbedömts avseende fall, undernäring och trycksår, 88 % har bedömts avseende munhälsa, 84 % avseende inkontinens och 89% har fått sin förmåga bedömd enligt ADL (aktiviteter i det dagliga livet) utifrån 123 aktiva journaler 1/1 2017. Resultatet för 2016 visar på ökat antal utförda riskbedömningar och att gjorda utbildningsinsatser kring blåsdysfunktion har lett till ökat antal Nicola riskbedömningar.

Läkemedelsgenomgång

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

Vårdhygien

Arbete sker kontinuerligt för att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner. På vård och omsorgsboendena mäts infektioner varje månad. Resultat från registreringen under 2016

visar inget anmärkningsvärt gällande infektioner. Resultatet visar på bra resultat kring kateteranvändningen som är mycket lågt.

Basala hygienrutiner

Under 2016 har egenkontrollen av basala hygienrutiner varit självskattning, något resultat från detta finns inte utan varje chef har delgetts personalens resultat för att kunna bedöma behovet av eventuella utbildningsinsatser.

Palliativregistret

Resultat från Palliativa registret visar att den palliativa vården vid livets slutskede behöver förbättras och utvecklas, bland annat behöver sjuksköterskorna utföra smärtskattning. Även registreringen i palliativa registret behöver öka, under 2016 gjordes 14 registreringar av 33 avlidna. Av dessa 33 har några avlidit på annan inrättning och ska då inte registreras av verksamheten. Under 2017 satsar verksamheten på att utbilda palliativa ombud samt säkra att validerad skattning av smärta utförs.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Resultat av mätning av riskbedömningar

Riskbedömningar gällande fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion utförs om personen är över 65 år samt vid behov. Under 2016 har fyra riskbedömningar utförts avseende fallrisk samt en gällande nutrition.

Riskbedömning avseende suicidrisk utförs alltid där det anses vara aktuellt.

Basala hygienrutiner

Egenkontroll avseende basala hygienrutiner har genomförts och visar på 75% följsamhet till de basala hygienrutinerna.

Patientnämnden

Under 2016 har fem klagomål inkommit till patientnämnden gällande både egen regi verksamhet och entreprenad.

För Väderkvarnens vård- och omsorgsboende gällde klagomålen:

- Patientjournal och sekretess: en st.
- Vård och behandling: två st.

För Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende gällde klagomålen:

- Omvårdnad: två st.

Övergripande mål och strategier för 2017

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

- Egenkontrollerna i verksamheterna ska utvecklas.
- Medvetandet om riskförebyggande arbetssätt ska ökas bland medarbetarna.
- Antalet riskbedömningar ska öka.
- Antalet registreringar i kvalitetsregistren ska öka
- Ett nytt dokumentationssystem VODOK/ICF infördes i staden 2015 för hälso- och sjukvårdsjournaler. Arbetet med utveckling av detta fortsätter även under 2017.

Plan för förbättringsarbete på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppboendestad

Förbättringsarbetet under 2017 kommer till stor del att handla om dokumentation, riskbedömningar och användandet av nationella kvalitetsregister. Satsningarna på att förbättra hälso- och sjukvården under 2017 kommer också innehålla nedanstående:

- Arbetet med patientsäkerheten ska öka genom kvalitetsuppföljning, utveckling av verksamhetens internkontroll samt avvikelshanteringen.
- Fortsatta utbildningsinsatser i dokumentation och regelbunden handledning kring teambaserade vårdplaner och processer. Utveckla teammötet som arbetsform
- Fortsatt arbete med måltidssituation som syftar till att de äldre får en god måltidssituation och tillgodogör sig sitt energi- och vätskebehov.
- HSL-personal kommer erbjudas utbildning utifrån verksamhetens behov t.ex. läkemedel för äldre, ordinationssystem, palliativ vård, webutbildningar
- Förbättra kommunikationen, syftet är att förbättra informationsöverföring mellan olika huvudmän/vårdgivare för att säkra vården. Fortsatt deltagande av nationell patientöversikt (NPÖ).
- Förbättra och utveckla vården vid livets slutskede, utbilda palliativ ombud.
- Arbetet med att granska och revidera de lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna fortsätter under 2017.
- Läkemedelshanteringen ses över för att öka patientsäkerheten och minska antalet läkemedelsavvikelser

- Utbildning kring sår och sårbehandling
- Fortsatt arbete med att minska fall
- Fortsatt arbete med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och att integrera BPSD i avdelningarnas arbetssätt samt öka registreringen.
- Malmskillnadsgatan ska utveckla sitt arbete med att utforma personliga planer för varje boende samt utveckla arbetet med riskbedömning kring suicidrisk och handlingsplaner.

Vårdhygien

Arbete pågår för att stärka hygienombudens roll och höja deras aktivitetsnivå ute på avdelningarna. Arbete ska ske mer aktivt med de basala hygienrutinerna. Detta för att öka följsamheten ytterligare hos både hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal.

Bilagor

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

