
Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Stockholms Äldreboende AB

Sabbatsbergsbyns Vård- och Omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet
161215

Patricia Sjöblom, Verksamhetschef
Dan Härjesjö, Intern Mas

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

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	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Riskanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter.....	16
Klagomål och synpunkter.....	Error! Bookmark not defined.
Sammanställning och analys	17
Samverkan med patienter och närstående	17
Resultat 2016.....	19
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	20

Förkortningar i dokumentet:

Hsl= Hälso-och Sjukvårdslagen

Hsl-personal = Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Sjuksköterska

Rehabpersonal= Arbetsterapeut och/eller Sjukgymnast.

MAS = Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR = Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MTP = Medicinsk-tekniska-Produkter

BPSD = Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

Sammanfattning

Under 2016 har ett stort fokusområde gällande hälso- och sjukvården varit att utveckla patientjournalerna utifrån den nya dokumentationsmodellen ICF, att ta fram mallar för dokumentationen och genomföra verksamhetsegna kontroller av dokumentationen.

Under 2016 har vi även fortsatt att utveckla arbetet och implementeringen av den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Detta har även påverkat patientsäkerhetsarbetet genom diskussioner om etiska dilemman, gott bemötande och samarbetet med anhöriga. Vi har haft planeringsdagar med anhörigbegreppet som fokus och även påbörjat arbetet med en ”anhörigpolicy”.

Vid medarbetarundersökningen 2015 upptäcktes att en ganska stor del av medarbetarna upplevt att de utsatts för hot och våld (från boende) i arbetet. Med anledning av det tillsattes 2016 en arbetsgrupp som har tagit fram en policy för hot och våld.

Arbetet med att förbättra hygienrutinerna har fortsatt under 2016, verksamheten har infört intern cirkulationstvätt av arbetskläder samt tagit fram en egen mall för självskattning av efterföljsamhet till hygienrutiner.

Stimulansmedel har medfört att vi har kunnat ha en högre sjuksköterskebemanning under 2016 vilket innebär att varje sjuksköterska ansvarar för som mest 22 boende/patienter jämfört med tidigare 24. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har också kunnat få schemalagd administrationstid regelbundet för att kunna följa upp t.ex. dokumentationen.

På grund av sjukfrånvaro har antalet arbetsterapeuter varit något lägre än planerat under vissa perioder 2016. Detta har gjort att vi har fått prioritera om arbetsuppgifterna något vilket lett till att årlig uppföljning av ADL-bedömning enligt Sunnås inte har gjorts på alla boende inom utsatt tid.

Vi har under år 2016 genomfört egenkontroller, enligt framtagna mall, av Hälso- och Sjukvården. Inga stora brister har upptäckts.

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

Inom Sabbatsbergsbyn finns ett högt kvalitetstänkande och företagets kvalitetsord - *kvalité i alla led* - genomsyrar verksamheten. Stor förståelse finns över nödvändigheten att rapportera eventuella risker, tillbud och negativa händelser. Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas på största allvar. Chef återkopplar alltid inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet.

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

De viktigaste resultaten under år 2016 är:

- Värdegrundsarbetet med fokus på gott bemötande (brukarenkäten visar att 96 % av de tillfrågade upplever att personalen har ett gott bemötande) och anhörigperspektivet. En arbetsgrupp är tillsatt för att jobba med rutiner som upplevs som viktiga av anhöriga. Under våren hölls en planeringsdag för alla anställda där bland annat en anhörig berättade om sina upplevelser av att ha sin maka på äldreboende.
- HSL-dokumentationen, fokus på planerade och utförda åtgärder, hälsoplaner och teamarbetet.
- Hygienarbetet med minskat antal infektioner som följd.
- Införandet av ”Att göra-listan” för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Arbete med att ta fram en policy för hot och våld, hur vi ska arbeta förebyggande och vid uppkomst av hotfulla situationer för att skydda både personal och boende från psykiskt och fysiskt lidande.
- Verksamhetsplanen för 2016/2017 utgår nu ifrån verksamhetens fyra värdeord (gott bemötande, trygghet, meningsfullhet och självbestämmande). Under respektive värdeord sammanställs både SoL- och HSL-mål. Syftet är att de boende ska få bästa möjliga vård och omsorg samt uppleva välbefinnande genom att alla medarbetare arbetar mot gemensamma mål oavsett profession.

Övergripande mål och strategier

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

Stockholms Äldreboende AB driver på uppdrag av Norrmalms Stadsdelsförvaltning Sabbatsbergsbyns Vård- och Omsorgsboende (Sabbatsbergsbyn) sedan september 2008. Kontraktet lyder på 3+2+2+2 år, totalt 9 år.

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande kvalitetsmål:

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

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande strategi:

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

Sabbatsbergsbyns övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

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

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. uppnås genom att ha tydliga rutiner och policys, mätbara Hälso- och sjukvårdsmål i verksamhetsplanen, uppföljning av olika kvalitetsindikatorer och ett väl fungerande kvalitetsråd.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

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

Inom Sabbatsbergsbyn finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Intern-MAS

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

Verksamhetschef

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

Sjuksköterskan

har ett omvårdnadsansvar för upp till 22 boende och befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbetsterapeut och Sjukgymnast

har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för sjukgymnast och arbetsterapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

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

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Sabbatsbergsbyn har ett avvikelshanteringssystem som följer stadens riktlinjer. Alla Hsl-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok. Det finns en tydlig rutin för när och hur avvikelser rapporteras och dokumenteras. Alla Hsl-avvikelser åtgärdas omedelbart av Hsl-personal, skrivs under av Enhetschef och avvikelser tas upp på kvalitetsrådet där teamet i varje enskilt fall gör en riskbedömning *hur stor är risken att det händer igen och vad kan det leda till* - utifrån Socialstyrelsens riskmatris.

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

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

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

Sabbatsbergsbyn har under år 2016 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, knappt 1 % av de boende har behandlats för pneumoni och 3 % för urinvägsinfektion under året. Inga fall av calicivirus har rapporterats under året. (tom nov).

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

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

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

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under år 2016 har stort fokus riktats mot att fortsätta utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen med det nya verksamhetssystemet för dokumentation, Vodok 2.0, samt det nya dokumentationssystemet ICF. Sjuksköterskor och rehabpersonal har gått både externa och interna utbildningar och de interna dokumentationshandledarna har genomfört verksamhetsegna granskningar av dokumentationen parallellt med de granskningar som görs årligen av verksamhetschef. Fokus har lagts på att utveckla användningen av så kallade KVÅ-koder och att öka antalet hälsoplaner och planerade åtgärder i journalerna.

Verksamheten har inlett arbetet med ett mer strukturerat verktyg för att planera och genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser med hjälp av ”att göra-listan” i VODOK. Funktionen är integrerad i journalsystemet och ger minskad pappersdokumentation och säkrar rutiner för planering och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Förhoppningen är att detta ska leda till minskad tid för dokumentation och ökad patientsäkerhet.

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

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

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

En fortsatt utveckling har skett av värdegrundsarbetet som utgår från den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Vi har haft möten med värdegrundscoacher från varje avdelning varannan månad och där emellan planeringsdagar och föreläsningar för samtliga anställda med fokus på värdegrunden. Fokusområdet för året har varit anhöriga, vi har haft planeringsdagar med alla medarbetare där en närstående föreläst om upplevelser av att ha en närstående på särskilt boende och en särskild arbetsgrupp har bildats för att ta fram en ny anhörigpolicy.

Under 2016 har vi utvecklat vårt arbete med basala hygienrutiner med hjälp av Vårdhygien. 4 ggr under året har hygienombud från alla avdelningar genomfört självskattningar av följsamheten till hygienrutiner i sina arbetsgrupper och ombuden

har sedan träffats och diskuterat förbättringsområden samt reviderat rutiner avseende hygien. Det största fokusområdet avseende hygien har varit:

- Ta fram en intern mall för självskattning som besvarar de frågor verksamheten vill ha svar på.
- Uppdatering av rutiner för hantering av arbetskläder med intern cirkulationstvätt.

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

Verksamheten har fortsatt utveckla det fallförebyggande arbetet genom att starta ett samarbete med ett närliggande gym. Sjukgymnasterna har valt ut de boende som ansetts ha stort utbyte av träning i grupp och dessa personer har deltagit i instruktörsledd gympa en gång/vecka.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Under 2016 har samtliga boende som avlidit på enheten registrerats i Palliativa registret. Vid uppföljning av statistik i palliativa registret ser vi att verksamheten ligger bra till på flera målområden men behöver arbeta vidare med rutinerna för validerad smärtskattning. Resultatet på denna punkt har dock ökat med ca 20 % från föregående år.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	89,5
Läkarinformation till patienten	100	73,7
Munhälsa bedömd	100	89,5
Avliden utan trycksår	90	94,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	89,5
Utförd validerad smärtskattning	100	63,2
Lindrad från smärta	100	89,5
Lindrad från illamående	100	94,7
Lindrad från ångest	100	89,5
Lindrad från rosslig andning	100	94,7
Läkarinformation till närstående	100	89,5

Verksamheten har under hösten 2016 även påbörjat arbetet med att registrera riskbedömningar i Senior Alert. Dock är antalet registreringar för få för att kunna dra slutsatser av statistik.

Några avdelningar använder sig av BPSD-registrets arbetssätt med symptomskattning och handlingsplaner men pga svårigheter med samtycke för dementa personer skickas inte dokumentationen iväg till registret. Detta gör det också svårt att följa statistiken. Dock har verksamheten ett nära samarbete med

BPSD-teamet som ofta bekräftar att personal arbetar metodiskt och strukturerat kring BPSD-problematik.

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

Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen ” visar att Sabbatsbergsbyn håller god kvalitet. Sammantaget uppger 91 % av de tillfrågade att de är nöjda med sitt boende på Sabbatsbergsbyn som helhet. Ett av fokusområdena i verksamhetsplanen 2016 har varit ”gott bemötande”. I brukarundersökningen svarar 96 % av de boende att de anser att personalen i stor utsträckning tar hänsyn till deras synpunkter och lika många, 96 %, anser att personalen har ett bra bemötande. På samtliga områden är verksamhetens resultat bättre än snittet för både riket, länet och staden.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Under år 2016 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvårdsområdet.

Några mål som verksamheten har haft är:

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

Målgruppsundersökningar

Vi har inte haft några riktade målgruppsundersökningar vad gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Däremot har vi haft många samtal med närstående angående de boendes hälsa. All Hsl-personal är mycket angelägna om att alltid ringa närstående vid minsta förändring i den boendes hälsa eller ändring av någon ordination. De klagomål som inkommit rörande hälso- och sjukvården under 2016 har besvarats och åtgärdats enligt rutinerna för klagomålshantering.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

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

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

Sabbatsbergsbyn har ett egenkontrollprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där samordnande sjuksköterska tillsammans med intern MAS går igenom HSL-frågor som t.ex.

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

➤ Aktuell dokumentation

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades under våren 2016. Sammantaget håller dokumentationen en tillfredställande nivå men vissa brister uppmärksammades framför allt som en följd av ett nytt dokumentationssystem. Detta visar sig främst som brister i teambaserade *hälsoplaner* och kartlagt hälsotillstånd. Detta var därför temat på den planeringsdag för hälso- och sjukvårdsgruppen som hölls under våren. Resultaten av granskningarna visar att dokumentationen har förbättrats sedan föregående år.

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

Företaget har under 2016 satsat på att fortsätta utbilda all personal i den nationella värdegrunden för äldreomsorg samt företagets värdegrund med bland annat planeringsdagar och värdegrundsträffar flera gånger under året.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Vi har under år 2016 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, och uppföljning av hälso- och sjukvården av kommunens MAS och MAR. Någon skriftlig rapport har inte inkommit från den uppföljningen men den muntliga återkopplingen visade inte på några brister i verksamheten.

Verksamheten hade under hösten 2016 tillsyn av Äldreförvaltningen gällande missförhållanden och i rapporten nämns bland annat verksamhetens värdegrundsarbete:

”Inspektörerna blev väl bemötta av såväl ledning som personal under inspektionen. Utifrån samtalen bedömer inspektörerna att Sabbatsbergsbyn bedriver ett aktivt värdegrundsarbete och att ledning samt personal tar ett ansvar för att arbeta utifrån värdegrunden. Samtliga som inspektörerna samtalat med var engagerade och måna om att brukarna ska få en god vård och omsorg. Det är positivt att värdegrunden används i arbetet med genomförandeplanerna och att personalen lyfter det individuella bemötandet.”

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

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

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

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

För att säkerställa försörjningen av säkra medicinska tekniska produkter finns ett avtal med Sodexo som ger oss en trygghet att vi får säkra och godkända medicintekniska produkter.

Sabbatsbergsbyn har också tydliga rutiner för muntlig och skriftlig rapportering mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt rapportering till omvårdnadspersonal och rutin för rapportering mellan omvårdnadspersonal. Av rutinerna framgår vilken tid på dagen som rapportering sker och vem som rapporterar (tjänstgöringstur). En skriftlig rapportering mellan dag - kväll - natt finns där man i punktform skriver vad de olika passen ska tänka på och när den boende fick sitt kvälls- eller nattmål för att inte nattfastan ska överstiga 11 timmar.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap.

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En riskanalys kan göras på verksamhetsnivå och på organisatorisk nivå. Några exempel är:

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter
- Vid en händelseanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

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

Vi genomför riskanalys i olika steg och uppdraget ska alltid ges skriftligt av verksamhetschef. Den process som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken och en slutrapport ska lämnas till verksamhetschef som ansvarar för att ärendet följs upp på utsatt datum.

Alla åtgärderna ska:

- Riktas mot de bakomliggande orsakerna
- Vara konkreta och realistiska
- Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas.

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

Under 2016 har ledningen arbetat med att ta fram en verksamhetsövergripande riskanalys och utifrån dessa risker reviderat befintliga rutiner samt tagit fram nya i de fall det behövts. Riskanalysen och alla rutiner finns tillgängliga för alla anställda på det interna intranätet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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

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

Den boende/närstående informeras alltid vid en vårdskada eller risk för vårdskada och intern-MAS meddelar den boende/närstående om Socialstyrelsens utredning och beslut. Under år 2016 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Mariaanmälan.

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

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser åtgärdas direkt och skrivs in i Vodok.

Hälso- och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

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

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av kvalitetssamordnare, enhetschef, sjuksköterska, rehabpersonal och kvalitetsombud (en person från varje avdelning). Varje enskild avvikelse hanteras i kvalitetsrådet. Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelsen.

En händelseanalys ska alltid göras:

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

Analysen ska svara på frågorna:

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

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

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

1. Uppdrag ges av chefsperson att analys ska göras då en allvarlig händelse inträffat eller kunde ha inträffat.
2. Insamling av fakta och data. Detta kan ske genom intervjuer av involverade/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.

Varje år skickas en medarbetenkät ut till alla anställda som en del i att undersöka och åtgärda eventuella brister i arbetsmiljön. Hösten 2015 framkom att många medarbetare upplevde att de i arbetet utsätts för hot- och våldssituationer. Utifrån detta har en arbetsgrupp bestående av chefer och skyddsombud under 2016 arbetat

fram en ny policy för hot och våld. I policyn behandlas bland annat frågor om hur personal ska agera förebyggande samt vid uppkomna hot- och våldssituationer för att begränsa risken för skada för både den boende och personal.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det är ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

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

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

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

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

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

- Överenskommelse om vilka åtgärder som kan och ska vidtas
- Datum för uppföljning.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos Enhetschef/verksamhetschef.

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

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.

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

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

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Patientnämnd vid respektive landsting eller kommun

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

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

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

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

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

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

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

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

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Redan i välkomstsamtalet bör det framgå om det finns uppenbara vårdrisker med den boende, exempelvis risk för fall, undernäring, etc. varvid åtgärder tas fram som kan förhindra eller förebygga risker och noga dokumenteras i såväl Sol- som Hsl-dokumentationen.

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

Rent allmänt samverkar verksamheten med boende och dess närstående med patientsäkerhet genom:

- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, även under år 2016 och där synpunkter på verksamheten togs tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal två ggr/år där information om nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät, Socialstyrelsens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2016 fick Sabbatsbergsbyn bättre resultat än stadens snitt på samtliga områden.
- Samtal med kommunens MAS om hur verksamheten fungerar, t.ex. i samband med avtalsuppföljningen
- Synpunkter och klagomål (Se särskilt avsnitt).

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

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

Resultat 2016:

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 antal fall som leder till frakturer med 10 % Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Rutin och riktlinje för fallprevention Handledning/utbildning Avvikelsehantering Utbildning för personal i rullstolshantering samt lyft och förflyttning.	Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys görs vid ofta återkommande fall. All personal ska ha genomgått utbildning i rullstol samt lyft och förflyttning under 2016. Samarbete med ett närliggande gym för PT-träning med de äldre som bedöms kunna vara aktiva längre med hjälp av träning.	Antalet frakturer ligger fortfarande på en låg nivå (106 boende): 2013: 13 frakturer 2014: 12 frakturer 2015: 9 frakturer 2016: 5 frakturer	Antalet fall som leder till fraktur har minskat med 45 % jämfört med föregående år. Vid egenkontroll av HSL-dokumentationen har nästan alla boende en aktuell fallriskbedömning. Målet med utbildning är uppnått.
Infektioner	Fortsatt lågt antal vårdrelaterade infektioner, minska med 10 %	Egenkontroller av vårdhygien. Fortsatt arbete med fokusgrupp för hygienarbete. Cirkulationstvätt	Under senare delen av 2015 sattes en hygiengrupp ihop som leddes av verksamhetschef. Gruppen har träffats regelbundet och bland annat upprättat nya hygienrutiner och ny checklista för egenkontroll av hygienrutiner. Alla anställda har gjort vårdhygiens webutbildning <i>Basala hygienrutiner</i> . Intern cirkulationstvätt så att inga arbetskläder förvaras i omklädningsskåp.	Antalet vårdrelaterade infektioner varit fortsatt lågt under året: 1 % har drabbats av Pneumoni och 3 % av urinvägsinfektion under 2016. Inga fall av calicivirus har rapporterats under året.	Lågt antal vårdrelaterade infektioner, antalet registrerade pneumonier har minskat med 50 % sedan 2015. Målet med att starta upp en hygiengrupp har uppnåtts. Alla anställda har genomgått vårdhygiens webutbildning. Cirkulationstvätt infört på samtliga enheter.
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Godkänd HSL-dokumentation enligt mall vid egenkontroll.	Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. Handledning Avsatt schemalagd tid för dokumentation	Egenkontroller av dokumentationen varje halvår utifrån checklista. Därefter får alla individuell feedback på dokumentationen. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt. ”Lathundar” för dokumentation har tagits fram av handledarna avseende ex inkontinens och skyddsåtgärder. Regelbundna träffar för dokumentationshandledare.	Vid egenkontroll är journalerna inte godkända då det fortfarande saknas mycket bakgrundsinformation i gamla journaler. Bättre måluppfyllelse i nya journaler.	Den låga måluppfyllelsen beror till stor del av att bakgrundsinformation inte överförts från gamla till nya journaler vilket gör att ”poängen” bli låg i de journaler som pågått i mer än 1 år.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Då Stockholms Äldreboendes avtal med Norrmalms sdf löper ut i september 2017 råder osäkerhet om vilken regi verksamheten kommer ha framöver. Detta har gjort att företagets ledningsgrupp tagit beslut om att inte genomföra några stora förbättringsatsningar under 2017 utan fokus ligger på en fortsatt bibehållen hög nivå på vården och omsorgen för de äldre.

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

Detta mål kan uppnås 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” uppnås en ökad säkerhetskultur i arbetssättet och med det en tryggare och säkrare hälso- och sjukvård.

Förutom att följa kvalitetsindikatorer och hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagen mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer verksamheten att under år 2017 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Fortsatt lågt antal infektioner
- Fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, införande av kollegial granskning för att få en dialog i HSL-gruppen kring dokumentationen.
- Fortsatt arbete för att minska antalet fall av hot- och våld för att skapa trygghet för personal och boende
- Fortsatt lågt antal fall som leder till frakturer
- Utveckling av den palliativa vården med hjälp av utbildning, ”palliativa ombud” samt målområden enligt palliativa registret