



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

*Stockholms Äldreboende AB  
Sabbatsbergsbyns  
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet  
**2013-01-31**

Maria Hosseinpour, Verksamhetschef  
Patricia Sjöblom, Enhetschef  
Per Danielsson, Sjukgymnast  
Petra Nilsson, Sjuksköterska  
Dan Härjesjö, Intern Mas

---

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	13
Riskanalys .....	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	15
Hantering av klagomål och synpunkter.....	17
Klagomål och synpunkter.....	17
Sammanställning och analys .....	18
Samverkan med patienter och närstående .....	20
Resultat 2012:.....	21
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 2012 har de viktigaste åtgärderna i vårt patientsäkerhetsarbete varit utveckling av kvalitetsrådet och Etiska rådet, registreringar i Palliativa registret, Senior Alert och uppstart av demensregistret BPSD. Arbetet med kvalitetsregister har gjort att vi blivit mer medvetna om risker och förbyggande åtgärder samt lett till kvalitets-säkring för en god palliativ vård, något vi kan se även statistiskt. Detta har också varit en följd av att vi i verksamheten satsat på interna utbildningar i Palliativ Vård lett av en sjuksköterska.

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 flera kvalitetsindikatorer som rapporteras månadsvis direkt till Kommunens MAS.

Vi har under år 2012 gjort interna egenkontroller, enligt framtagen mall, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontrollerna och Stadens avtalsuppföljning har visat goda resultat förutom mindre brister i dokumentationen, som vid årets slut till största del var åtgärdat.

Vi har under år 2012 inte haft någon allvarigare vårdskada (enligt Lex Maria). Vi har identifierat risker genom avvikelshantering 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.

De viktigaste resultaten under år 2012 är:

- Den ökade medvetenheten om att i alla lägen tänka ”risk” och att arbeta fram handlingsplaner där risk föreligger.

- 
- Satsningar inom palliativ vård har gjort att vi på flera områden uppnår palliativa registrets målvärden för en god palliativ vård.
  - Fortsatt förebyggande arbete inom fall, nutrition och trycksår har gett goda resultat då förekomsten av undernäring, frakturer och trycksår är fortsatt mycket låg.

## 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 policier, 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.

### *Enhetschef*

Verksamheten har tre enhetschefer varav en har 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. I ansvaret ligger också att slumpvis granska HSL-dokumentationen 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 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 2012 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 2012 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, c:a 3 % har behandlats för pneumoni och mindre än 3 % för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter.

Inga utbrott av maginfluensa har förekommit. Vi har en boende med ESBL, smitta som den boende hade redan vid inflyttning och det har inte spridits vidare tack vare noggranna hygien- och städrutiner.

Under år 2012 har basala hygienmätningar gjorts, enligt mall, varje månad av hygienombud på varje avdelning. 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 vårdenhet
- Avlidna
- Olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd, förebyggande mad-rass, vätskelista, larm m.m.

---

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

Kvalitetsindikatorerna vi granskar och följer upp är antal:

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

Det ska framgå vid årets slut att alla boende har blivit bedömda enligt kvalitetsindikatorerna och att en vårdplan finns upprättad i de fall där en risk identifierats.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under år 2012 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. Arbetet med intern utbildning i palliativ omvårdnad har fortsatt, en utbildning som är mycket uppskattad. Verksamheten har också under sista kvartalet anslutit sig till Liverpool Care Pathway (LCP), ett arbetssätt som innebär förbättrad journalgranskning och kvalitetsutveckling av vården i livets slut. Vi fortsätter att registrera och utvärdera vårt arbete med hjälp av det palliativa registret, vilket bl.a. gjort att vi utvecklat arbetet med smärtskattning av boende som befinner sig i livets slutskede.

Arbetet med att registrera alla boende i kvalitetsregistret Senior Alert har fortgått under 2012.

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

Vi har under året fortsatt vårt fallpreventiva arbete och antalet fall som har lett till fraktur har halverats från föregående års redan låga nivå.

Verksamheten har även ett etiskt råd som leds av en enhetschef och gruppen innehåller även sjuksköterska, sjukgymnaster, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Rådet har som huvudsyfte att ta ställning till skyddsåtgärder så som transportbälten och sänggrindar men även andra etiska dilemman diskuteras under sekretess i rådet. Diskussioner i etiska rådet har bl.a. lett till bättre dokumentation av skyddsåtgärder och en checklista inför ordination har utarbetats.

Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska lämnar varje månad ut signeringslistor för Medicinsk-Tekniska Produkter, för varje boende. Listan finns på varje boenderum och innehåller information om vilka MTP-produkter och skyddsåtgärder som är ordinerade för den boende. Personal signerar minst 2 ggr/dygn följande:

- Att man har använder 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)



---

Samtliga omvårdnadsansvariga sjuksköterskor och arbetsterapeut har gått Sodexos madrassutbildning vilket givit fördjupade kunskaper i trycksårprofilax och förbättrade arbetssätt kring ordination av förebyggande och behandlande madrasser. Antalet uppkomna trycksår under året har varit lågt.

---

## 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 2012 följde vi upp målvärdena i Palliativa registret och utifrån resultatet har vi satt nya mål för år 2013. Vi kan se stora förbättringar i kvalitetsindikatorerna från registret, t.ex. har vi under de sista två kvartalen haft 100 % mänsklig närvaro vid dödsögonblicket, registrets målvärde ligger på 90 %. Fortsatta förbättringsområden enligt registerstatistiken är smärtskattning och läkarinformation till patienten.

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 2012 då fokus främst har riktats på att göra dessa bedömningar i omvårdnadsjournalerna. De uppföljningar som gjorts visar dock att vi är duktiga på att göra riskbedömningar och åtgärdsplaner men behöver förbättra arbetet med uppföljning av dessa.

Regionalt kan vi följa kvalitetsindikatorerna och under år 2012 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 trinettök) för alla boende.

### *Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat*

Under år 2012 har vi haft mätbara mål utifrån Hsl-verksamheten år 2011.

Några mål vi har haft är:

- Minska antalet läkemedelsavvikelser
- Minska antalet fall med frakturer med minst 10 % under ett år.
- Korrekt inkontinensbedömning på samtliga boende
- En trygg och säker Hsl-dokumentation med godkänt resultat på Hsl- dokumentationen vid egenkontroll (95 %) och vid stadens uppföljning. Målet var vid stadens uppföljning under våren 2012 inte helt uppnått då några vårdplaner var mer än ett år gamla. I övrigt visade stadens rapport att hälso- och sjukvårdsdokumentationen höll god kvalitet.

### *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.

---

*Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.*

2 ggr/år granskas samtliga omvårdnadsjournaler utifrån mall för egenkontroll. Målet är att dessa ska vara 100 % korrekta, något vi ännu inte uppfyllt. Dock ser vi vid egenkontrollerna att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar mer enhetligt och strukturerat än tidigare och dokumentationsgranskningarna visar inga försämringar i journalföringen.

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 egenkontrollprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där 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 2012 fortsatt arbeta 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 genomfördes SKL:s enkätundersökning om patientsäkerhetskultur som ytterligare ett led i det systematiska arbetet med att utveckla en god patientsäkerhetskultur. Undersökningen visade att säkerhetskulturen har ökat. Andelen medarbetare som uppger sig inte ha rapporterat någon avvikelse under året har minskat och andelen personer som rapporterat mellan 6-10 avvikelser har ökat. Resultatet visar att medarbetarna har förstått vikten av att kartlägga brister och ha dessa som underlag för fortsatt förbättringsarbete. Även övriga frågor gällande säkerhetskulturen visar bättre resultat än 2011.

*Analys av patientnämndsärenden,*

Inga patientnämndsärenden inkom under år 2012.

*Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Vi har under år 2012 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:

- Begränsa beställningarna av basläkemedel för att minska kassation
- Att ändra i skriftlig rutin hur byte till synonymt läkemedel dokumenteras så det stämmer med hur det görs i praktiken.
- Kontrollera temperaturer i vissa läkemedelsskåp i boenderummen.
- Se över hur signering av narkotika och vid behovs-läkemedel görs.

Vid uppföljning från kommunens MAS fanns följande synpunkter:

- Några vårdplaner var mer än ett år gamla
- Munstatus utförd av sjuksköterska saknades i många journaler
- Lokala rutiner beskrev inte delegeringar inom rehabiliteringsområdet samt hur samverkan mellan rehabiliteringspersonal och läkare utformas
- Vid dokumentation och förskrivning användes inte sökorden konsekvent i Vodok enligt anvisningar

---

## 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 lands-ting ”Samverkan vid in- och utskrivning i sluten och öppenvården”. Av överens- kommelsen framgår det tydligt vem som ansvarar för vad i frågor som t.ex. läkeme- del, 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 sjukvårdspers- onal på Sabbatsbergsbyn och Stockholms Geriatriken. En gång per år genomförs läkemedelsgenomgångar för samtliga boende där sjuksköterska och patientansvarig läkare med hjälp av en symptomskattningslista följer upp de läkemedel som är ordi- nerade.

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. Nytt på denna rapport är information om när de boende fått sina läkemedel, detta har tillkommit som ett steg att fortsätta hålla låg nivå av läkemedelsavvikelser.

---

## 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.

Verksamheten har 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. Alla aktiviteter och risker förs in i analys-schemat 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:

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

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

---

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

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

En lokal rutin angående Lex-Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig. Sabbatsbergsbyns intern MAS utreder den eventuella vårdskadan eller risken för en vårdskada och kommunens MAS meddelas både muntligen och skriftligen. En kopia av anmälan ska alltid skickas till kommunens MAS. En anmälan till 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 2012 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. Avvikelsesrapporter lämnas av avdelningspersonal direkt till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal som efter att avvikelsten dokumenterats i omvårdnadsjournalen lämnar rapporten vidare till enhetschef för påskrift. 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 inträffa.
- 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 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 avvikelser.

Under år 2012 har medarbetarna blivit betydligt bättre på att skriva avvikelser, till stor del beroende på förståelsen för att rapportering inte syftar till att söka en ”felande” person utan att 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.

På APT-möten tar vi 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 delas även ut vid inflyttning. På samma informationstavla har också Patientnämnden en informationsbroschyr om sin verksamhet. Även den informationen ges vid inflyttning. Vår blankett ”Synpunkter” kan lämnas anonymt.

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

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

Arbetsterapeut/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.

---

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 2012 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 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 Vokod. Intern-MAS för statistik på bl.a. fall, läkemedel, följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef och enhetschef månadsvis.

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

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

Enhetschef följer statistiken i samråd med intern MAS och har som uppdrag att komma med åtgärdsförslag om brister upptäcks rutiner eller arbetsätt.

---

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 informationstaylor för anhöriga (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till Enhetschef. Blanketten lämnas även ut 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.

---

## 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 vådrisker 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 2012 har tre (3) möten ägt rum
- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, även under år 2012, och där synpunkter på verksamheten togs tillvara
- Närståendemöten med verksamhetschef 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. Under år 2012 skrevs det sex (6) brev
- Brukarenkät, stadens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2012 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.

## Resultat 2012:

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
<b>Patientsäkerhetskultur</b>	Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador Höja de redan höga siffror som uppmättes i januari 2012	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning Fortsatt patientsäkerhetsfokus i alla sammanhang. Systematiskt arbete med avvikelserapporter och kvalitetsrådsmöten	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning Riskbedömningar och teambaserade handlingsplaner i de fall där en risk för upprepade avvikelser noterats. Förbättring av avvikelseblanketter för att underlätta rapporteringen. Enkät: Patientsäkerhetskultur	Andelen patienter med vårdrelaterade skador Inga vårdrelaterade skador.	Resultat kopplat till egna mål Enkätundersökning i december 2012 visar på ett höjt säkerhetstänk bland de anställda.
<b>Kvalitetsindikatorer</b>	God följsamhet till kvalitetsindikatorer utifrån Stadens riktlinjer	Alla boende ska 1 gång/år och vid behov ha dokumenterad: ADL-bedömning Läkemedelsgenomgång Fallriskbedömning Nutritionsbedömning Trycksårsbedömning Inkontinensutredning	Granskning av HSL-dokumentation för att se att dessa indikatorer är uppfyllda Fortsatt registrering i Senior Alert som stöd och påminnelse för bedömningar Stadens kvalitetsindikatorer	Inga vårdrelaterade skador.	Stadens uppföljning visar att andelen boende som fått riskbedömningar utförda minst 1 gång under året har ökat.
<b>Läkemedelsavvikelser</b>	Minska antalet läkemedelsavvikelser till mindre än i genomsnitt 4 st/månad	Strukturerade kvalitetsrådsmöten med rapportering av läkemedelsavvikelser Följa avvikelser – dra in delegering vid upprepade fel i utförandet	Intern MAS har följt läkemedelsavvikelseerna under året Förbättrade rapportblad där personal kryssar när läkemedel har givits (start okt 2012) Samtal med personal som inte följt rutiner för läkemedelsöverlämnande.	Under 2012 har vi haft 77 läkemedelsavvikelser där den vanligaste orsaken är ”utebliven dos”.	Läkemedelsavvikelseerna har inte sjunkit till den angivna nivån. Antalet avvikelser är samma som år 2011, i genomsnitt 6 st/månad
<b>Fall</b>	Minska antalet fall med fraktur med 10 % under 1 år.	Fallförebyggande arbetssätt	Alla som flyttar in ska ha en dokumenterad fallriskbedömning inom 14 dgr Regelbundna läkemedelsgenomgångar Information om möblering för att minimera fallrisk vid välkomstsamtal/inflyttning Skriva teambaserade handlingsplaner när boende faller ofta.	Antal fall som lett till fraktur: 5 st.	Andelen fall som lett till fraktur är nu endast 2 % (en minskning med 50 % från föregående år) vilket är lägre än målet som angavs.
Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Mål för hälso- och sjukvård i syfte att minska antalet	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andelen patienter med vårdrelaterade skador	Resultat kopplat till egna mål

	vårdskador	målsättning			
<b>Inkontinens</b>	Alla boende ska ha en korrekt inkontinensbedömning	Inkontinensutredning vid inflyttning Uppföljning av inkontinenshjälpmedel minst 1 gång/år samt vid behov	Utredning enligt mall för alla nyinflyttade	Inga vårdrelaterade skador.	Egenkontroll av dokumentation visar att ca 75 % av de boende har en inkontinensutredning som är uppdaterad under det senaste året.
<b>Basala hygienrutiner /infektioner</b>	100 % följsamhet till basala hygienrutiner och minskat antal vårdrelaterade infektioner	Hygienombud mäter hygien- och klädrutiner utifrån mall på avdelningen 1 gång/månad, rapporteras till varje enhetschef Infektioner som föranlett antibiotikabehandling rapporteras varje månad till stadens MAS	Vårdhygien har utbildat personal och chefer i basala hygienrutiner Nya arbetskläder har köpts in till alla anställda för att säkra att klädrutiner efterföljs Ssk har utarbetat en mall för hur skyddskläder ska användas i omvårdnadsarbetet	Antalet vårdrelaterade infektioner bland de boende är fortsatt mkt lågt, ca 3 % har haft en pneumoni och 3 % (utan KAD) har drabbats av UVI	Egenkontroller visar att omvårdnadsarbete utan skyddskläder fortfarande förekommer. Dock fortsatt låg förekomst av infektioner som pneumoni och UVI hos de boende.
<b>Dokumentation</b>	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänt.	Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. Avsatt schemalagd tid för dokumentation 0.5 ssk kvällstid för att möjliggöra mer dagtjänstgöring för OAS	Diskussioner på HSL-möten vid oklarheter om hur dokumentationen ska ske, vilka sökord som ska användas osv för att få en mer strukturerad dokumentation Schemalagd administrativ tid för ssk som använts till att förbättra dokumentationen Egenkontroll 2 ggr under 2012 av alla omvårdnadsjournaler	Inga vårdrelaterade skador.	Dokumentationen ligger fortsatt på en nivå omkring 90 % godkänt men når ännu inte upp till målsättningen 95 %.
<b>Etiskt råd</b>	Skapa underlag för bedömning av behov av skyddsåtgärder för de boende	Alla som flyttar in ska få bedömning om huruvida de är i behov av en skyddsåtgärd eller ej Förebygga skador/ säkerhet för de boende	Innan skyddsåtgärder ordinerar ska checklista för skyddsåtgärder fyllas i Etiska rådet tar därefter ställning till och ev. godkänner åtgärden Åtgärden dokumenteras i Vodok och följs upp enligt rutin med givna tidsintervaller	Inga vårdrelaterade skador.	Alla skyddsåtgärder finns dokumenterade i omvårdnadsjournalen och medvetenheten om nytta kontra risk har ökat bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

**Resultat**

Kliniska och patientvårdskvalitet för hälsa och sjukvård i Stockholm och mätning av patienter och familjer i förhållande till mål för vård och fall.

Publicering av rapporter om utbildning, studier och behovsanalyser för att förbättra rutiner för vård och omsorg för Senior Klartpetsens hos hälso- och sjukvårdspersonalen

Rottisaltan utbildning i palliativ vård och processer och arbetssätt för att nå vår mål om att ha en god vård i livets slutskede. Utvärdering av arbetssätt och journalföring vid vård i livets slutskede.

Alla resultat mätbara och registrerade skador registrerade

Resultat mätbara och registrerade skador registrerade i registret har varit goda och har följande resultat i registret

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2013) 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.

Förutom att följa kvalitetsindikatorer och hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagna mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi att under år 2013 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Vi ska ha ett fortsatt lågt antal *läkemedelsavvikelser* genom att förbättra strukturen i läkemedelshandlingen och vid upprepade avvikelser från en och samma person erbjuda utbildning och/eller dra in en eventuell delegering.
- Vi ska vidareutveckla vårt fallförebyggande arbetssätt och bl.a. utbilda omsorgspersonal i hantering av rullstolar och förflyttningsteknik.
- Vi ska utveckla arbetet med kvalitetsregistret BPSD för att få bättre struktur och arbetssätt kring de boende som lider av BPSD-problematik.
- Vi ska fortsätta utveckla den palliativa vården genom att påbörja Palliativ Utbildning steg II och arbeta enligt LCP.
- All hälso- och sjukvårdspersonal ska erhålla utbildning i HLR och därefter internt utbilda omvårdnadspersonal i Heimlich manöver för att öka tryggheten för våra boende med sväljproblematik.