



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Norrmalms stadsdelsnämnd

År 2012

2013-01-26

- Raili Pettersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Linnea Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Birgitta Wårdmark, verksamhetschef Väderkvarnens vård- och omsorgsboende
- Charlotta Johansson, verksamhetschef Malmskillnadsgatans gruppboende

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	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	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys	16
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Hantering av klagomål och synpunkter	20
Sammanställning och analys	22
Samverkan med patienter och närstående	23
Mål och resultat	25
Övergripande mål och strategier för kommande år	27

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

SOSFS = Socialstyrelsens författningssamling

Sammanfattning

Visionen är att samtliga vårdskador ska kunna förhindras genom ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet är en del i ledningssystemet för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver processer, rutiner och säkerhetsarbetet i huvudsak för verksamheter inom äldreomsorg och socialtjänst i egen regi samt för verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) men också övergripande om kvalitetsarbetet och kompetensutveckling i stadsdelens särskilda boenden oberoende driftform.

Arbetsmoment och åtgärder för att öka patientsäkerheten

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att ett riskförebyggande synsätt i arbetet implementeras i alla arbetsgrupper.

- Riskbedömningar utförs utifrån fallrisk, risk för undernäring och trycksår. Utöver dessa utförs munhälsokontroller och riskinventering för eventuell smittspridning.
- Ledarskap 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.
- Genom att vårdtagare och deras närstående ges möjligheter att diskutera och lämna synpunkter på vården och dess innehåll ökar man den direkta kunskapen om hur vården upplevs. Synpunkter från vårdtagare och deras närstående bör tillvaratas och användas i förbättringsarbetet.
- Chef ansvarar för att medarbetarna har en tillräcklig kompetens för att utföra hälso- och sjukvård på ett patientsäkert sätt, vilket är grundläggande för att säkra vården. Medarbetarna ska ha en individuell kompetensplan.
- Personalen medverkar i kvalitetsarbetet är viktigt av flera synpunkter på grund av att de är oftast närmast vårdtagaren. De ska rapportera risker, tillbud och negativa händelser men kan också bidra med kvalitetsförbättrande förslag.
- Chefer kan stimulera medarbetarna till att öka kompetensen genom att skapa forum och tid för kvalitetsarbete och utbildningar.
- 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, statistik och kvalitetsindikatorer.
- Specialister som hygiensköterska samt farmaceut har anlitas för att höja medvetenheten för berörda områdens kvalitets- och säkerhetsarbete.

Övergripande mål och strategier

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

Inom stadsområdet finns det tre äldreboenden som drivs på entreprenad. Riddargårdens och Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende drivs av Stockholms Äldreboende AB. Vasens vård- och omsorgsboende drivs fr.o.m. februari 2012 av Attendo AB. Entreprenörernas patientsäkerhetsberättelser bifogas detta dokument.

Inom stadsdelsområdet finns ett äldreboende och en gruppboende inom socialpsykiatri enligt SoL som drivs i egen regi. Det finns även sju gruppboendestäder inom LSS. En av dessa drivs i egen regi och resterande enheter drivs på entreprenad av Omsorgsföretaget Orkidén AB. Inom äldreomsorgen finns en dagverksamhet som drivs i egen regi och en som drivs på entreprenad av Stockholm Äldreboende AB. En daglig verksamhet finns enligt LSS och drivs på entreprenad av AB Amygdalus.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver processer, rutiner och säkerhetsarbetet i huvudsak för verksamheter inom egen regi och LSS men också övergripande om kvalitetsarbetet och kompetensutveckling i stadsdelens äldreboenden oberoende driftsform.

Respektive enhet utarbetar en årlig plan för egna förbättringsområden inom hälso- och sjukvården. Vissa förbättringar drivs i projektform och dokumenteras skriftligt med mål och syfte. Resultat med utvärdering redovisas också skriftligt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabiliteringen (MAR) kan vara involverade i vissa projekt.

Mål

Det övergripande målet för att öka patientsäkerheten är att arbetet bedrivs utifrån ett riskförebyggande synsätt. Syftet är att minska lidande och vårdskador samt att erbjuda hälso- och sjukvård av god kvalitet

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

Strategier

Verksamheterna har ett system för patientsäkerhetsarbetet för att öka medvetenheten bland medarbetarna om ett riskförebyggande arbetssätt inom riskområden som exempelvis:

- Brister i läkemedelshantering
- Brister i vårdhygien
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
- Fel på medicinteknisk utrustning

Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning eller egenkontroll med återkoppling till vårdpersonalen används på enheterna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning

Stadsdelsnämnden ansvarar för att:

- Med stöd av ledningssystemet leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten så att dess kvalitet utvecklas och säkras. Ledningssystemet styr processerna på enheterna så att lagstiftningens krav och mål på verksamheten uppfylls och att en god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls.

Stadsdelsdirektören ansvarar för att:

- Övergripande bevaka att ledningssystemet tas fram enligt Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd, Stockholm stads hälso- och sjukvårdsriktlinjer och nämndens direktiv.

Avdelningschefen ansvarar för att:

- Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet.
- Kontrollera att ledningssystemet för kvalitet används.
- Uppdaterade rutiner finns tillgängliga på Intranätet.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att:

- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, att vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv.
- Det utarbetas ett ledningssystem för kvalitet som används i verksamheten. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbete.
- Personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och

utvecklas.

- Enhetscheferna och samtlig personal på vård- och omsorgsboendena samt på dag- och dagliga verksamheterna inom äldreomsorg, socialtjänst och LSS informeras av medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering(MAR) om hälso- och sjukvårdsregler och rutiner samt utarbetar lokala rutiner utifrån dessa.

Verksamhetschefens uppdrag begränsas av de uppgifter som faller under den medicinskt ansvarig sjuksköterskans eller den medicinskt ansvariga för rehabiliteringsuppdrag inom den kommunala sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

MAS/MAR ansvarar för att:

- Upprätta hälso- och sjukvårdsregler och rutiner utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens författningar och Stockholms stads riktlinjer.
- Den vård och behandling som bedrivs är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet.
- Samarbeta med verksamhetschef och övrig ledningspersonal för att vården ska uppnå hög patientsäkerhet och 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 och anmälan av risker och skador samt rapportera till nämnden.
- Utredda och bedöma om det är aktuellt att anmäla till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. MAS/MAR har delegation från stadsdelsnämnden för att anmäla till Socialstyrelsen. MAS/MAR informerar nämnden och berörd verksamhet om inskickad anmälan och Socialstyrelsens beslut.

Enhetschefer ansvarar för att:

- I samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera i 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 §

Mätning av vårdskador

Enheter rapporterar antalet avvikelser som:

- Vårdrelaterade infektioner.
- Uppkomna trycksår.
- Fallolyckor med fraktur eller annan skada.
- BMI som är 22 eller lägre på personer över 65.
- Felaktig läkemedelsbehandling.
- Bristfällig informationsöverföring mellan vårdgivarna.
- Andra risker eller skador t.ex. felanvändning av eller fel på medicin teknisk utrustning.
- Inom äldreomsorgen sker infektionsregistrering till vårdhygien via en särskild blankett.

Struktur för uppföljning och utvärdering kopplat till mål och strategier

Kvalitetsombud på enheten sammanställer avvikelserna. Avvikelse tas upp på enhetsnivå och även i verksamhetens kvalitetsforum. Förslag till utveckling av patientsäkerhet och förbättringsarbetet tas upp i kvalitetsforum. Beslut om förändringar i arbetssätt och rutiner som man tar beslut om ska dokumenteras, implementeras i arbetsgrupperna, följas upp och utvärderas.

MAS/MAR kontrollerar uppgifter i journaler och mottagen avvikelse-

registrering samt sammanställer statistik. Statistiken redovisas till enheterna. Innehållet diskuteras och eventuella förbättringsåtgärder föreslås.

MAS/MAR följer vilka åtgärder som vidtas samt om resultat av åtgärderna är tillräckliga.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Övergripande, äldreomsorgen egen regi och entreprenörer
Verksamheterna inom äldreomsorgen redovisar resultat via registrering av kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens och Stockholms stads riktlinjer.

Enheterna inom äldreomsorgen ska redovisa kvalitetsindikatorer både i hälso- och sjukvårdjournal och Senior Alert vilket är ett nationellt kvalitetsregister. Sabbatsbergsbyns och Riddargårdens äldreboenden har registrerat i systemet. Väderkvarnen har anslutit sig men ännu inte påbörjat att registrera. Vasens äldreboende har inte anslutit sig till registret ännu.

Samtliga enheter inom äldreomsorgen oberoende driftsform registrerar insatser i livets slut i Svenska Palliativa registret.

Vidare förs infektionsstatistik samt antibiotikaregistrering på alla äldreboenden. Statistiken sammanställs av MAS och skickas till Vårdhygien för utvärdering. Återkoppling från Vårdhygien sker varje kvartal.

Utöver detta registrerar enheterna hälso- och sjukvårdsstatistik som redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS och MAR.

Kompetenshöjande insatser

Projekt för att säkra läkemedelshandlingen och -behandling inom äldreboenden avslutades i december 2012. Projektet genomfördes i samarbete med Landstinget och läkarorganisationerna Curera AB samt Stockholms geriatrik under 2011 och 2012. Utvärdering av projektet har genomförts. Utbildningsinsatserna har varit mycket uppskattade och personalen förmedlar att de har ökat sina kunskaper inom området.

Diskussion har inletts med farmaceut och de olika enheterna om att kunna på sikt är att bevara och förnya kompetensen för läkare och sjuksköterskor inom området nya läkemedel och läkemedelsgenomgångar. Målet är att vårdskador och lidande på grund av problem som är relaterade till läkemedelsbehandling ska minska.

Totalt har 160 omsorgspersonal i stadsdelens vård- och omsorgsboenden utbildats av en apotekare från Apoteket Farmaci om effekter och biverk-

ningar av läkemedel samt om rutiner för säker läkemedelshantering. Personalen har utfört en elektronisk kunskapstest och erhållit intyg efter genomgången utbildning. Deltagarna kom från Riddargårdens, Sabbatsbergsbyns, Vasens samt Väderkvarnens vård- och omsorgsboende.

Perioden 2011- 2012 har 27 sjuksköterskor utbildats i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning. Sjuksköterskorna kom från Riddargårdens, Sabbatsbergsbyns och Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Utbildningsbevis delades ut. Vasens vård- och omsorgsboende fick en ny entreprenör och omorganisationen påverkade verksamheten så att sjuksköterskorna inte hade möjlighet att delta i projektet.

I oktober och november 2011 genomfördes läkemedelsgenomgångar vid fyra tillfällen i team med apotekare, läkare och sjuksköterskor, två tillfällen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och två tillfällen på Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende.

Under 2012 har ytterligare 100 patienter fått läkemedelsgenomgång med stöd av apotekare. Utvärdering av positiva eller negativa effekter efter läkemedelsförändringar har utvärderats och hela projektet redovisas till Socialstyrelsen samt Landstinget. (Bilaga 1, projektredovisning)

Patientsäkerhetsarbetet på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende (egen regi)

Under 2012 har verksamheten genomfört riktade utbildningsinsatser till medarbetare inom området demens där de nationella riktlinjerna för vård- och omsorg vid demenssjukdom ligger till grund för utbildningarna. Exempel på genomförda utbildningar är ”Personcentrerat förhållningssätt och omvårdnad” vilken 24 medarbetare deltagit i.

Demens ABC, som är en webbaserad utbildning, har genomförts av i princip samtliga medarbetare som arbetar på demensavdelningarna. Verksamhetens sjukgymnaster och arbetsterapeut har fått utbildning i nationella riktlinjer inom demens speciellt anpassad för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Vidare har sjuksköterskor på två enheter genomfört en studiecirkel utifrån Svenskt demenscentrums webbutbildning ”Demens ABC” riktad till omvårdnadspersonal som arbetar på gruppboende för dementa vid Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. I studiecirkeln har man diskuterat utifrån reflektionsfrågor som finns till varje kapitel i ”Demens ABC”.

Syftet med studiecirkeln var att skapa goda förutsättningar för ett professionellt förhållningssätt vid omsorg av dementa som:

- Att omvårdnadspersonalen ska ha förståelse och kunskap i ämnet demenssjukdom.

- Att skapa trygghet i att ha förståelse, kontroll och handlingsberedskap för olika situationer.

Hälso- och sjukvårdsansvaret lokalt

När Väderkvarnens vård- och omsorgsboende fick en ny verksamhetschef i september 2011 lämnade verksamhetschefen uppdrag enligt 30 § HSL av medicinska ledningsuppgifter inom hälso- och sjukvård till en av sjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna har fördelat uppgifter i ansvarsområden så att huvudansvariga finns exempelvis för akut- och buffertförråd för läkemedel och andra ansvarar för produkter för sårvård, kontroll av narkotika, nutrition, vårdhygien, madrasser, trycksår etc.

Detta gör att enheten får säkrare rutiner för olika områden eftersom den huvudansvariga ska kontrollera att allt finns på plats samt att inhämta de senaste nyheterna inom respektive område.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har avtal med Apoteket Farmaci om extern granskning av läkemedelshantering. Läkemedelsförråden för korttidsboendet Malmen, servicehuset och samtliga vård- och omsorgsenheter granskades i november 2012. Även de boendes egna läkemedelsskåp granskades efter samtycke. Farmaceut dokumenterade de förbättringsåtgärder som skulle vidtas. MAS kontrollerar att förbättringarna genomförs.

Vårhygien

Vårdhygienutbildning riktad till all omsorgspersonal genomfördes av hygienköterska under hösten 2012 för att säkra och förbättra den vårdhygieniska standarden på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Boendets chefer har haft ett möte med hygienköterskan och MAS om brister och diskuterat förbättringsförslag. Enligt verksamhetschefen skulle bristerna som framkom under oktober 2011 ha åtgärdats under första månaderna 2012. Detta har dock inte blivit klart och vissa åtgärder särskilt i servicehuset kvarstår. MAS och hygienköterskan kontrollerar och rapporterar hur den hygieniska standarden förbättras.

Planering för ett nytt avtal om personalkläder pågår men har fördröjts på grund av pågående upphandling. Nytt avtal tecknades och gäller fr.o.m. januari 2013 varför förändring av rutiner avseende personalkläder beräknas ske först under april- maj 2013.

Väggfasta hållare för handdesinfektion har satts upp i samtliga boendrum med heldygnsomsorg samt i alla övriga hygienutrymmen. Diskmaskin för instrumentrengöring har installerats på sjuksköterskeexpeditio-

nen.

Infektioner och av antibiotikaanvändning

Antibiotika ska användas endast när det verkligen är nödvändigt, detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier.

Målet är att begränsa antibiotikaanvändning, antalet rapporterade tillfällen har sjunkit rejält under de senaste åren.

År	Antal rapporterade antibiotikakurer på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende
2010	138
2011	82
2012	61

Infektionsstatistik skickas till Vårdhygien. MAS har uppföljning med Vårdhygien två gånger årligen. Anvisningar för eventuella åtgärder återkopplas till verksamheten.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS som vidarebefordrar resultaten till äldreförvaltningen. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som redovisas nedan.

Mätområden för kvalitetsindikatorerna och riskbedömningar är antalet:

- Utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.
- Infektioner och ordinerad antibiotikabehandling.
- Utförda läkemedelsgenomgångar.
- Fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- Utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- Boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).
- Utförda inkontinensutredningar.

Mätning av kvalitetsindikatorer och uppföljning av dem

Riktvärden är att varje boende får bedömning minst en gång varje år utifrån respektive indikator. Mätningen gjordes för perioden 1 oktober 2011 t.o.m. 30 september 2012. Resultaten har sammanställts från datajournaler i Vodok. Resultaten blir ungefärliga då dokumentationen inte alltid ligger under rätt sökord och därför inte kan fångas upp i mätningen.

Antal boende med heldygnsomsorg på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende var vid mättillfället 82.
(Mätningen visar inte Malmens korttidsboende och servicehuset.)

Antalet journaler under hela mätperioden var 130 vilket visar att 47 personer har skrivits in och ut under mätperioden. Den vanligaste orsaken är att personen har avlidit, några har flytta till ett annat boende.

Antal registrerade fallolyckor är 124 av dem ledde 9 % till fraktur (genomsnitt i stadsdelen är 3 %).

Genomförda fallriskbedömningar på 85 % är något över genomsnittet i stadsdelen.

Utredning av undernäring skedde för 72 % samt riskbedömning för trycksår 74 %. Dessa indikatorer hamnar nära genomsnittet i stadsdelen .

BMI som är lika eller lägre än 22 är en markör för att en nutritionsutredning ska genomföras om eventuell risk för undernäring. Väderkvarnens vård- och omsorgsboende hade 30 % av bonde med BMI 22 eller lägre.

Endast 2 % trycksår fanns jämfört med 5 % i genomsnitt i stadsdelen. De trycksår som har funnits har den boende haft redan vid inflyttning.

Antalet genomförda ADL bedömningar (67 %) vilket är något bättre resultat än föregående år.

Genomförda läkemedelsgenomgångar (78 %) har ökat med mer än hälften jämfört med föregående år.

Verksamheten har inga dokumenterade inkontinensutredningar och behöver bli bättre på att genomföra och dokumentera utredningar.

Patientsäkerhetsarbetet på Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Enheten har 16 personer boende på två våningsplan. En specialistsjuksköterska i psykiatri finns anställd på 35 %. Möjlighet för telefonkontakt med sjuksköterska finns vid behov på ytterligare 30 %. Kvällar, nätter och helger finns en upphandlad sjuksköterskejour. Vid akuta behov av sjuksköterska kan juren komma till enheten inom 30 minuter dygnet runt.

Utbildningsinsatser

Enhetschef, biträdande enhetschef och enhetens psykiatrisjuksköterska har gått utbildning i vårdhygien. Övrig personal har informerats och

uppmannats att gå den digitala utbildningen i basala hygienrutiner via Vårdhygiens utbildningslänk.

Samarbete med läkare och sjuksköterska inom andra vårdenheter

Planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård hålls vid behov. Verksamhetens sjuksköterska har också en regelbunden mejlkontakt (digital rond) med ansvarig läkare och sjuksköterska inom psykiatrin cirka två gånger i veckan för att hålla dem uppdaterade och själv få råd och stöd. Sjuksköterskan upplever kontakten som mycket värdefull ur patientsäkerhet synpunkt.

Patientsäkerhetsarbetet på gruppboende inom LSS

Patientsäkerhetsarbetet inom LSS sker i samråd med vårdcentralerna som utför hälso- och sjukvården på gruppboendena. Hälso- och sjukvårdsregler och rutiner har diskuterats vid olika möten med chefer, gruppboendenas personal, sjuksköterskor och MAS. Syftet är att säkra hälso- och sjukvården för de boende.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Övergripande

Stadsdelsförvaltningen har en årlig plan för kontroll och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet på de olika verksamheterna. Uppföljningarna genomförs av MAS och MAR tillsammans med avdelningschef, individuppföljare samt uppföljarna enligt SoL. Verksamhetens chefer samt personalrepresentanter deltar i uppföljningen. Uppföljningarna sker utifrån enkät men också via granskning av lokaler, bemanning, rutiner och dokumentation. De flesta uppföljningarna rapporteras till nämnden men en del oanmälda besök förs som arbetsanteckning om det inte bedöms vara av vikt för nämnden. Respektive verksamhet ska ha egna internkontrollsystem för att få fram eventuella brister och motverka att risker uppstår.

Väderkvarnens äldreboende

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

Journalgranskning

MAS och MAR granskar fortlöpande och vid uppföljningar dokumentationen och ger återkoppling till verksamhetens legitimerade personal samt chefer.

Läkemedelsgenomgångar

Alla boende ska få minst en genomgång av läkemedel med

toms kattning en gång per år utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Egenkontroll basala hygienrutiner

- Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor granskar sina respektive medarbetare (omsorgspersonal) utifrån av Socialstyrelsen framtagen granskningsmall fyra gånger per år. Mellan granskningarna sker fort-löpande utbildning av basala hygienrutiner.
- Enheten ska kontrollera att all personal följer basala hygienrutiner i vårdarbetet.

Livsmedelshygien

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

Nationella kvalitetsregister

MAS och MAR sammanställer all inkommen statistik och kvalitetsindikatorer från Vodok. Återkoppling sker till verksamheterna. Sammanställning över kvalitetsindikatorerna skickas till äldreförvaltningen samt indikatorer för fallrisk och risk för trycksår. Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har inte ännu kommit i gång att registrera i Senior Alert.

Registrering efter dödsfall sker i Palliativa registret och sammanställningen från registret kan visa hur den palliativa vården behöver förbättras. Jämförelse kan göras med andra enheter och med utveckling av egna resultat förhållande till föregående år.

Kvalitetsindikatorer

Indikatorerna redovisas regelbundet under året och uppföljning av dessa sker på hälso- och sjukvårdsmöten där MAS och MAR deltar.

Statistik

Hälso- och sjukvårdsstatistik enligt mall samt infektionsregistrering diskuteras varje månad på möten med MAS/MAR.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan inom stadsdelens egna verksamheter

Respektive enhet har lokala samverkansrutiner för informationsöverföring internt i den egna verksamheten och mellan olika enheter inom stadsdelen. Lokala rutiner upprättas på respektive enhet och ska följas. Rutinerna uppdateras och revideras. Om rutiner inte följs rapporteras det som avvikelser. MAS/MAR granskar vid uppföljningen hur rutinerna fungerar.

Samverkan med sjukhus och primärvården

Samverkan sker utifrån lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning som finns med S:t Görans sjukhus, Stockholmsgeriatriken och de flesta vårdcentraler i innerstaden. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan med respektive enhet.

Samverkansmöten hålls fyra gånger årligen med representanter från S:t Görans Capio, Stockholmsgeriatriken, primärvård och stadsdelens representanter. Avvikelser rapporteras och tas upp på samverkansmöten. MAS/MAR upprättar samverkanskommelser för hälso- och sjukvård i samråd med verksamhetschefer inom landstingets verksamheter.

Samverkan med landstingets rehabiliteringsverksamhet

Samverkan ska ske utifrån lokal samverkansöverenskommelsen med primärvårdsrehabiliteringen, Stockholmsgeriatriken och S:t Görans Capio. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan för respektive enhet.

Samverkan med läkarorganisationer på särskilda boenden

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationer inom särskilda boendeformer. Samverkansmöten hålls två gånger varje termin med respektive läkarorganisation, utförarna och MAS.

Verksamheterna skriver lokala rutiner för besökstider och för övrigt för den lokala samverkan. Uppföljning och revidering av dokument sker årligen i samråd med läkarna, verksamhetscheferna och MAS/MAR

Samverkan med tandvården

Samverkansavtal finns med landstingets tandvårdsenheter om munhälso-bedomning och nödvändig tandvård. Enheterna erbjuder munhälsobedomning och planerar besök av tandvårdsteam för respektive patient i samråd med tandvårdsteamet. MAS deltar i utvärdering på landstingets tandvårdsstab två gånger årligen.

Samverkan med myndighet

Verksamheten upprättar rutiner för samverkan med respektive beställarenhet. Uppföljning görs årligen av samverkande parter. Revidering av dokumenten sker när det finns behov. Senaste dokument rör korttidsplatserna och reviderades vid årsskiftet 2012 - 2013.

Samverkan med entreprenörer och enskilda utförare

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

MAS/MAR kontrollerar journalernas och hälso- och sjukvårdens kvalitet

hos entreprenörer och enskilda verksamheter vid uppföljningstillfällen. Muntlig återkoppling lämnas till utföraren om eventuella brister i hälso- och sjukvård redan vid uppföljningstillfället så att de kan vidta åtgärder snarast möjligt.

En skriftlig uppföljningsrapport med checklista på åtgärder upprättas och skickas till utföraren och redovisas i verksamhetsuppföljningen till nämnden.

Entreprenörer och enskilda verksamheter har intern- MAS, deras uppgift är att utarbeta rutiner för egenkontroll för hälso- och sjukvård på respektive verksamhet samt ansvara att avvikelser och statistik rapporteras till stadsdelens MAS/MAR. Intern- MAS ska också utreda eventuella Lex Maria ärenden och rapportera dessa till stadsdelsnämnden och anmäla till Socialstyrelsen.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalys är en beprövad metod för säkerhetsarbete inom sjukvården och andra högriskverksamheter. Genom en noggrann kartläggning av hur en verksamhet fungerar i praktiken, kan risker och brister identifieras och analyseras. Analys kan genomföras vid verksamhets- eller organisationsförändringar, ombyggnationer eller flertalet negativa händelser t.ex. olyckor och brister i vården som upprepas.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Personalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende ska arbeta med systematisk identifiering och bedömning av risker för att förhindra incidenter som kan leda till att den boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som kan eliminera skada.

Riskanalys görs exempelvis vid:

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

Verksamhetschefen utser ett analysteam som kan utgöras av ombud från verksamhetens kvalitetsråd, biträdande enhetschef eller annan lämplig person.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

När personalen upplever riskfyllda situationer kontakter de sin chef eller 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.

Gruppbostad inom LSS

När personalen upplever riskfyllda situationer kontakter de sin chef eller MAS. Risker inom hälso- och sjukvårdsdelen diskuteras med enheterna chefer, vårdcentralerna och MAS. Riskförebyggande åtgärder sätts in. Entreprenörerna har ett eget digitalt system för registrering. Kopia på avvikelser skickas till MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Övergripande, avvikelshantering och Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen¹ är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal och personal med delegering är enligt lag skyldiga att rapportera tillbud och negativa händelser för att öka patientsäkerheten.

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.

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria² är samtliga vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada i samband med vård, undersökning och behandling.

¹ SFS2010:659

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Ändring av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria, SOSFS 2010:4.

Kompletterande bestämmelser finns i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete³.

Syftet med Lex Maria är att:

- Garantera att en objektiv utredning genomförs och återkopplas till verksamheten för att förhindra att en liknande händelse upprepas.
- Den drabbade eller dennes närstående ska få veta vad som inträffat och varför vårdskadan uppstått samt vilka åtgärder vidtogs.

Avvikelsehanteringen är till för att få fram de brister och risker som har skett i vårdarbetet och för att kunna åtgärda bristerna och öka säkerheten för patienterna.

Avvikelseprocessen

- Personal som upptäcker en avvikande händelsen 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. Avvikelserapporten kompletteras och händelsen dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårds journal samt i avvikelsemodulen i Vodok.
- Berörd legitimerad personal analyserar avvikelserna. Analys och konsekvens av händelsen samt patientrelaterade åtgärder dokumenteras i journalen och i avvikelsemodulen i Vodok.
- Legitimerad personal informerar patient/närstående om avvikelserna.
- Chef och MAS/MAR ska informeras. MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär.
- Chef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i Vodok.
- 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 Vodok.

³ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:11) om ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete.

- Avvikelser i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal.
- Om avvikelsen leder till en Lex Maria-anmälan ska MAS/MAR underrätta patient och/eller närstående samt dokumentera detta i journalen. Det ska även antecknas om information inte lämnats ut och anledning till detta.
- Socialstyrelsen utreder anmälan utifrån en patientsäkerhetsaspekt. De granskar verksamhetens målbeskrivning, organisation, ansvarsfördelning, bemanning och rutiner. Handläggaren från Socialstyrelsen kan begära specialistutlåtande och ibland genomförs verksamhetsbesök som komplement till anmälarens utredning innan beslut fattas. Handläggaren informerar MAS/MAR om beslutet.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och korttidsboende har rapporterat avvikelser enligt nedan under 2012. Chefers dokumentation om händelsen saknas i Vodok.

Fördelning på avvikelserapporter

- Fallolyckor 255 av dessa har 18 lett till fraktur och vid 60 fall rapporteras blåmärken, smärta eller sårskada.
- Brister i läkemedelshantering 24.
- Brister i informationsöverföring i vårdkedjan 11.
- Brister i specifik omvårdnad eller rehabilitering 4.
- Brister i medicintekniska produkter 1.

Två anmälningar enligt Lex Maria med hög risk för vårdskada har skickats till Socialstyrelsen. Samtliga avvikelser utreds och hanterats lokalt på enheterna och i verksamhetens kvalitetsråd.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Samtlig personal, både mentalskötare och sjuksköterskor skriver avvikelser om någon avvikelse inträffar. Skötarna dokumenterar i ParaSol och sjuksköterskan i Vodok. Vid upprepade avvikelser diskuteras eventuella brister och rutiner förbättras vid behov.

Sjuksköterskan rapporterar avvikelserna även i fliken hälso- och sjukvård i ParaSol för att omvårdnadspersonalen ska få tillgång till dokumentationen.

Rapporterade avvikelser under 2012:

- Läkemedel 2
- Brister i vårdkedjan 1

Enligt enhetschefen förkommer nästan inga avvikelser.

En anmälan enligt Lex Maria har skickats till Socialstyrelsen angående

en allvarlig vårdskada på grund av brister i vårdkedjan.

Gruppboende inom LSS

Personalen i gruppboendena rapporterar avvikelser till vårdcentralernas sjuksköterskor. Avvikelse rapporten skrivs också på av enhetens chef. Åtgärder för den enskilde sätts in omgående om det behövs.

Enheterna har lokala samverkansmöten med sjuksköterskorna för att diskutera om rutiner behöver förbättras eller förändras.

Gruppboendena ska månadsvis rapportera avvikelser till MAS efter att de är genomgångna av sjuksköterska och enhetens personal tillsammans. Vid allvarliga händelser kontaktas MAS omedelbart som ger anvisningar vilka åtgärder man kan vidta.

Rapporterade avvikelser 2012 inom enheter som drivs på entreprenad av Omsorgsföretaget Orkidén AB

- Brister i läkemedelshandling 81
- Brister i vårdkedjan 3
- Fallolyckor 2

En anmälan enligt Lex Maria har skickats till Socialstyrelsen angående vårdskada på grund av brister i vårdkedjan.

Gruppboende Hagagatan i egen regi

- Brister i medicinteknisk utrustning 8
- Brister i läkemedelshandling 7.

Entreprenörer äldreomsorg

Ingen anmälan enligt Lex Maria har rapporterats 2012.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Synpunkter och klagomål hanteras av verksamhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som klagat. Utifrån klagomålets eller händelsens art och omfattning gör verksamhetschefen en bedömning om ett analysteam ska tillsättas.

Ansvarig för analysteamet kan vara kvalitetsansvarig sjuksköterska eller en annan lämplig person, som omgående påbörjar analysarbetet. Analysen genomförs vanligen i sex olika steg som uppdrag, insamling av fakta, beskrivning av händelseförlopp, identifiering av orsaker och åtgärdsförslag.

Policyn på boendet 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. Slutrapport skrivs och klagomålet om händelsen avslutas på nästkommande kvalitetsråd.

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

Malmskillnadsgatans gruppboendestad inom socialpsykiatri

Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter/klagomål finns.

Broschyren synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla på enheten.

Den som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål ska registrera denna i förvaltningens blankett för anmälan av synpunkter/klagomål och överlämna blanketten till ansvarig chef.

Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas.

Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmast kommande enhetsmöte som sker varannan 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.

Gruppboendestäder inom LSS

Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter och klagomål finns. Personalen som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål registrera denna i förvaltningens blankett för anmälan och överlämna blanketten till ansvarig chef. Klagomål inkomna via blankett eller mejl diarieförs. Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas.

Entreprenörer skickar kopior på klagomål och synpunkter till förvaltningen där de registreras.

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/MAR som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Övergripande

Klagomåls- och synpunktshandlingen ska ingå som en naturlig del i verksamheternas kvalitetsarbete och ska dokumenteras och diarieföras. Respektive klagomål eller synpunkt ska alltid utredas skyndsamt och tas upp i verksamheternas kvalitetsråd samt återkopplas till den som har lämnat in dem.

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Arbetsätt vid kvalitetsrådet:

- Statistik ska föras över alla inkomna rapporter, avvikelser, och klagomål för att identifiera och se mönster i rapporterade incidenter.
- Alla inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska behandlas.
- Vidtagna åtgärder och resultaten av dessa ska diskuteras.
- Förslag på förbättringsåtgärder som man kommer fram ska återkopplas till personalgrupperna via arbetsplatsträffar och avdelningsmöten med syfte att bryta mönster som kan ge upphov till brister i verksamheten.
- Kvalitetsombuden ska ansvara för att informera om kvalitetsrådets förslag om specifika förbättringar på den egna enheten.
- Kvalitetsombuden ska även vara delaktiga i att införa nya rutiner etc. på enheten.

Kvalitetsråd har inte fungerat som tänkt under året utan endast ett fåtal möten finns dokumenterade.

MAS/MAR har mottagit två klagomål avseende hälso- och sjukvård på Väderkvarnen. Dessa är diarieförda, utredda och återkopplade till den enskilde, Väderkvarnens vård- och omsorgsboende samt till äldreförvaltningen.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Alla klagomål diarieföras och i övrigt följs stadsdelsförvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter

Gruppboende inom LSS

Alla klagomål diarieföras och i övrigt följs stadsdelsförvaltningens rutiner

för hanteringen. Entreprenören Omsorgsföretaget Orkidén AB redovisar sina synpunkter och klagomål i sitt kvalitetssystem. Klagomålen och synpunkterna skickas som kopia till stadsdelsförvaltningen som registrerar dessa och för statistik.

Två klagomål om samarbetet mellan vårdcentral och gruppboende har mottagits av MAS under 2012. Samverkansmöten hålls med personal, chefer och sjuksköterskor från vårdcentraler för att förbättra samarbetet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarens vård- och omsorgsboende

Samverkan med boende och närstående sker på många olika sätt.

- Cirka två veckor efter inflyttning till avdelningen bjuder biträdande enhetschef eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska in den boende och om han/ hon så vill närstående, till ett hälsosamtal.
- När den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller god man delta. Vid detta möte deltar även den boendes kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut.
- 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.
- När det är möjligt, ska samtalet fokusera på vilka resurser som behöver stärkas och vad som behöver kompenseras.
- 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 omvårdningsjournalen och kontaktpersonen dokumenterar beslutade åtgärder i den boendes genomförandeplan.

Genomförandeplanen ska undertecknas av den boende och eller närstående.

Planen ska innehålla beskrivning på detaljnivå av vilka insatser den boende ska ha, målet med insatserna, hur de ska utföras, när de ska utföras och av vem de ska utföras. Vidare beskrivs när under den fortsatta vistelsen vårdplaneringsmöten ska ske där det finns möjlighet att ta upp synpunkter från både patient och närstående.

Samverkan sker även vid anhörigmöten där legitimerad personal deltar för att ha dialog och inhämta synpunkter.

Utöver dessa kontakter finns möjligheter för informationsutbyte via telefon och mejl. Det finns också brukarråd och anhörigråd för samverkan och information. Rutiner för möten med brukarna och närstående upprättas av verksamheten. Möten dokumenteras. Vid ärenden som berör hälso- och sjukvård informeras MAS/MAR.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Några av de boende är väldigt misstänksamma mot sjukvården i allmänhet, i synnerhet psykiatri.

Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Personalen 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 anhöriga värdefullt och kan ibland vara till stor hjälp.

Gruppbostäder inom LSS

Inom LSS gruppbostäder har närstående en mycket viktig roll eftersom de boenden har ett stort behov av att insatserna för dem samordnas på ett sätt att närstående oftast är involverade i planeringen. Närstående har också ofta möjlighet att ta hem den boende och följer då den planeringen som har gjorts i samråd med den enskilde och gruppbostadens personal. Närstående kan också ge viktig information om den boendes förmågor och hälsosituation.

Mål och resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Exempel på mål, strukturmått, process, resultat

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
God Vårdhygienisk standard och förhindra smittspridning.	<p>Kunskap</p> <p>Rutiner</p> <p>Utrustning</p> <p>Egenkontroll</p> <p>Kontroll vid uppföljning</p>	<p>Återkommande vårdhygienutbildning både med lärare och via e-utbildning.</p> <p>Enheterna skaffar nödvändig utrustning.</p> <p>Personalen följer basala hygienrutiner.</p> <p>Introduktion ges till nyanställda och vikarier.</p> <p>Uppföljning och egenkontroll sker.</p>	<p>Statistik på antibiotika behandlade infektioner redovisas.</p> <p>Verksamheterna i egen regi har få infektioner som uppkommer på enheterna.</p> <p>Hela stadsdelen hade sex personer med multiresistenta bakterier, vilka personerna hade redan vid inflyttning</p>	<p>Antalet antibiotika behandlade infektioner har sjunkit från 138 tillfällen 2010 till 82 tillfällen 2011 samt till 61 tillfällen 2012 på Väderkvarnens äldreboende.</p> <p>Liknande statistik förs hos entreprenörerna vilka redovisar detta i sina patientsäkerhetsberättelser.</p> <p>Inga vårdrelaterade infektioner har registrerats i stadsdelen. Multiresistenta bakterier har inte spridits inom enheterna.</p>
<p>Säker läkemedelshantering.</p> <p>Minska antalet felaktigt iordningställda eller fel överlämnade läkemedel.</p>	<p>Säkra rutiner för läkemedelshantering.</p> <p>Introduktion och information till nyanställda</p> <p>Extern kvalitetskontroll.</p>	<p>Utbildning av personal.</p> <p>Introduktion genomförs.</p> <p>Farmaceut kontaktas för genomgång.</p>	<p>Utbildningsinsatser på äldreomsorgens särskilda bostäder genomfördes 2011 och 2012.</p> <p>Extern granskning av farmaceut har genomförts på samtliga äldreboenden.</p>	<p>V.g. se Projektrapport 2013 efter utbildning av farmaceut 2011 och 2012 och utvärdering januari 2013 (bilaga1).</p> <p>Åtgärder utifrån granskningsrapporten har genomförts.</p>

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
<p>Dokumentation av genomförda riskbedömningar ska öka.</p>	<p>Kunskap</p> <p>Tid</p> <p>Välfungerande rutiner och datorer.</p>	<p>Utbildning i dokumentation.</p> <p>Dokumenteras i journal samt Senior Alert (alla enheter har inte ännu kommit igång).</p> <p>Sammanställning digitalt MAS/MAR.</p>	<p>Visas i antal och i %.</p>	<p>På Väderkvarnen har antalet dokumenterade bedömningar ökat påtagligt från året innan.</p> <p>Verksamheterna registrerar riskbedömningar, MAS/MAR sammanställer och rapporterar resultat till staden.</p>
<p>Antalet läkemedelgenomgångar ska öka.</p> <p>Minst en genomgång årligen/person.</p>	<p>Överenskommelse med Landstinget och läkarorganisationen.</p> <p>Utbildning. Samordning med tidsplan gemensamt för sjuksköterskorna och läkare.</p>	<p>Samarbete med läkarorganisationerna.</p> <p>Utbildningsinsatser har genomförts.</p>	<p>Överenskommelse finns.</p> <p>Kunskapsnivån har ökat.</p> <p>Planering förbättras.</p>	<p>Antalet registrerade läkemedelgenomgångar har mer än fördubblats sedan föregående år i egen regi.</p>
<p>Kunskap och metoder för en god händeromtagande vid livets slut ska utvecklas.</p> <p>Att trycksår inte uppkommer på enheterna.</p>	<p>Utbildning och information om Palliativa registret samt händeromtagande vid livets slut.</p>	<p>Utbildningsinsatser har genomförts.</p>	<p>Samtliga äldreboenden har kunskap om hur registret används i vården.</p> <p>Kunskap om förebyggande behandling av trycksår finns.</p>	<p>Samtliga äldreboenden i stadsdelen registrerar.</p> <p>Få nya trycksår har uppstått i verksamheterna. De som har funnits vid ankomst har läkt.</p>

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
<p>Registrering i de nationella kvalitetsregistren.</p> <p>Palliativa Senior Alert BPSD</p>	<p>Personal med god kompetens.</p> <p>Tid</p>	<p>Bemanning och kompetens kontrolleras vid uppföljningarna.</p> <p>Antalet registreringar kontrolleras av MAS/MAR. Diskussion förs med enheter som inte har kommit igång.</p>	<p>På grund av låg bemanning är det svårt att hinna registrera i samtliga nationella kvalitetsregistren som staden kräver.</p>	<p>Samtliga äldreboenden har registrera i Palliativa registret.</p> <p>Sabbatsberg och Rid-dargården har registrerat i Senior Alert samt i BPSD- registret. Enheterna har anställt 50 % sjuksköterska för denna uppgift.</p>

Övergripande mål och strategier för 2013

- Kvalitets och - säkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagits upp vid uppföljningarna.
- Egenkontroll i verksamheterna ska utvecklas.
- Medvetande om riskförebyggande arbetssätt ska utökas bland medarbetarna.
- Antalet registrerade kvalitetsindikatorer ska öka.

Plan för förbättringsarbete på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

Enheten ska införa registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Kompetenshöjande insatser

- Fortsatta utbildningsinsatser i dokumentation, fokus på arbetet med att förbättra utformningen av vårdplaner och inkontinensutredningar.
- Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter ska anmälas till de kurser som Vårdhygien erbjuder.
- Vidareutveckla/ stärka sjuksköterskans arbetsledarroll.
- Enhetens sjuksköterskor kommer under 2013 att delta i ett pilotprojekt inför införandet av nationell patientöversikt (NPÖ).
- Projektet leds av landstinget. Syftet är att förbättra informationsöverföring för att säkra vården via tittmöjlighet i slutenvårdsjournaler på S:t Görans Capio och Stockholmsgeriatriken. Samtycke krävs av de berörda patienterna innan man öppnar patientjournalen för en annan enhet.

Övriga aktiviteter

- Anpassa förvaltningens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete till ett kvalitetsledningssystem för enheten.
- Arbetet med patientsäkerheten ska öka genom kvalitetsuppföljning och utveckling av verksamhetens internkontroll.

Vårdhygien

- Verksamheten inför nolltolerans till avvikelser gällande vårdhygienisk klädkod (hår, naglar, smycken, kläder).
- E- utbildning på Vårdhygiens hemsida för all personal kommer att ingå i introduktionen av nyanställd personal.
- Självs kattning utifrån Vårdhygiens dokument.
- Utse hygienombud på samtliga avdelningar.
- Utbildning för observatörer av Vårdhygien.
- Observationer utifrån Vårdhygiens dokument.

Implementering av nationella demensriktlinjer ska genomföras i verksamheten.

Plan för förbättringsarbete på Malmskillnadsgatans gruppbostad
Samarbetet med andra vårdgivare ska förbättras.

Plan för förbättringsarbete inom LSS

Utveckling av egen kontroll och systematisk kvalitetsuppföljning.

Bilagor

1. Projektbeskrivning läkemedel.
2. Riddaggårdens vård- och omsorgsboende, Stockholms äldreboende AB.
3. Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende, Stockholms äldreboende AB.
4. Vasens vård- och omsorgsboende, Attendo AB.