

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2013

*Stockholms Äldreboende AB
Sabbatsbergsbyns
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet
140220

Patricia Sjöblom, Verksamhetschef
Dan Härjesjö, Intern Mas

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
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 2013:.....	21
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	23

Förkortningar i dokumentet:

Hsl= Hälso-och Sjukvårdslagen

Hsl-personal = Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Sjuksköterska

Rehabpersonal= Arbetsterapeut och/eller Sjukgymnast.

MAS = Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR = Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MTP = Medicinsk-tekniska-Produkter

BPSD = Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

Sammanfattning

Under år 2013 har de viktigaste åtgärderna i vårt patientsäkerhetsarbete varit utveckling av arbetet med BPSD-registret och interna utbildningar i BPSD för personal. Arbetet har inneburit en ny förståelse för hur bemötande och miljö påverkar välmåendet för personer med demenssjukdom och har gett oss ett mer strukturerat arbetssätt med möjlighet till konkreta åtgärden och uppföljning.

Det fallförebyggande arbetet har utvecklats i och med att vi internt har utformat ett utbildningsmaterial i rullstolar och rullstolstransport. Under året har ungefär hälften av de anställda fått denna utbildning som leds av en arbetsterapeut. Vi har också utvecklat arbetet med händelseanalyser för de äldre som faller ofta. Hela arbetsteamet träffas och analyserar faktorer som påverkar och arbetar tillsammans fram en handlingsplan för åtgärder. Antalet fall som lett till frakturer är något högre än föregående år men trots det lågt (ca 4 % av fallen har lett till fraktur).

Under 2013 har en ny mall för rapportering av kvalitetsindikatorer tagits fram av Kommunens MAS:ar. I och med rapporteringen kan vi även internt följa indikatorerna för t.ex. förekomst av trycksår, fall, undernäring, vid behovs medicinering m.m. Utöver uppföljning av kvalitetsindikatorerna följer och rapporterar verksamheten varje månad antal infektioner som föranlett antibiotikabehandling.

Vi har under år 2013 genomfört egenkontroller, enligt framtagen mall, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontrollerna har visat goda resultat förutom vissa brister i dokumentationen, främst uppföljning av vårdplaner och bristande munhälsobedömningar.

En incident har under året lett till en anmälan enligt Lex Maria. Händelsen har lett till att vi har diskuterat rutiner för överlämnande av läkemedel och sett över och förtydligat befintliga rutiner.

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 2013 är

- Ett ökat teamarbete kring fallförebyggande åtgärder
- Ökad förståelse för teamets och miljön betydelse i bemötandet av personer med BPSD-problematik.
- Personalens vilja att rapportera och utreda avvikelser har ökat (trots en tidigare hög nivå) enligt enkätundersökning.

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.

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.

En händelse under år 2013 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 2013 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, drygt 2 % har behandlats för pneumoni och 2,4 % för urinvägsinfektion hos boende utan urinvägskateter, en sänkning jämfört med föregående år.

Ett mindre utbrott av maginfluensa har förekommit, ca 9 boende drabbades och utbrottet var begränsat till enstaka avdelningar. Vi har en boende med ESBL, smitta som den boende hade redan vid inflyttning.

Under år 2013 har basala hygienmätningar gjorts, enligt mall, varje månad av teamledare. Rapport sker till Enhetschef som arkiverar mätningarna. Avvikelser från rutinen *Basal hygien utifrån Socialstyrelsens författning SOSFS 2007:19* har varit få.

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

- Antal trycksår
- Infektioner
- Akut byte av vårdenhet
- Avlidna
- Ordination av läkemedel vid behov

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

Kvalitetsindikatorerna vi granskar och följer upp är antal:

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

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

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under år 2013 har Sabbatsbergsbyn haft både externa och interna utbildningar. Genom Norrmalms Stadsdelsförvaltnings försorg har några sjuksköterskor fått fördjupade kunskaper i läkemedelsgenomgångar. Hälften av personalen har fått utbildning i rullstolar som i en del av det fallförebyggande arbetet.

All hälso- och sjukvårdspersonal har erhållit utbildning i HLR och har därefter utbildat omsorgspersonalen i Heimlich manöver. Detta för att öka tryggheten för de boende som lider av sväljproblematik

Sjuksköterskor, chefer, rehabiliteringspersonal och undersköterskor har under året fått utbildning i det nationella BPSD-registret samt intern utbildning i bemötande vid BPSD av en sjuksköterska. Två avdelningar fungerar som ”pilotenheter” i att arbeta utifrån BPSD-registrets riktlinjer

Under 2012 påbörjades arbetet med palliativ vård utifrån LCP (Liverpool Care Pathway). Detta har dock inte fortskridit under 2013 med anledning av att den LCP-utbildade sjuksköterskan slutade sin anställning under året. Den statistik som vi hämtar ur palliativa registret visar dock att vi håller en hög kvalitet beträffande vård i livets slut (se diagram nästa sida).

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.

Under 2011 påbörjade vi registreringarna i kvalitetsregistret Senior Alert. 2013 har detta arbete inte varit möjligt att utveckla med anledning av att personer med demenssjukdom inte kunnat lämna sitt samtycke.

En fortsatt utveckling har skett av det Etiska rådet som startade upp i syfte att behandla frågeställningar kring skyddsåtgärder. Under 2013 har gruppen utvecklat checklisten för ordination av skyddsåtgärder. Även andra etiska frågeställningar har diskuterats i det etiska rådet

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

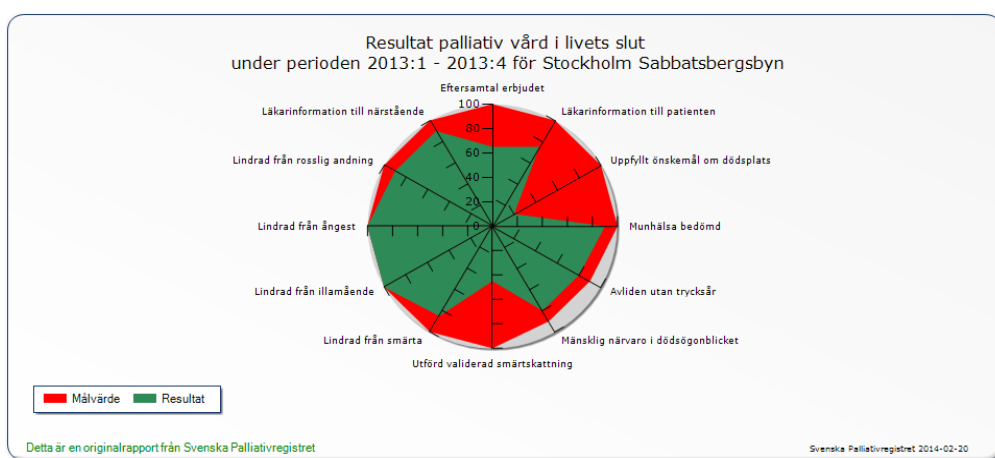
- Att man har tagit rätt lyftskynke (vid individuellt ordinerat lyftskynke)
- Att sängen är i bottenläge
- Att larmet är på (vid ordination av larm)
- Att sänggrind är uppe (vid ordination av sänggrind)
- Annat förekommande MTP hos boende (exempelvis luftväxlande madrass)

Uppföljning genom egenkontroll

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

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Vid uppföljning av statistik i palliativa registret ser vi att vi ligger över Stockholms läns samlade resultat på alla indikatorer förutom punkten ”uppfyllt önskemål om dödsplats”. Verksamheten ska fortsätta utveckla de områden som fortfarande är röda enligt palliativa registrets spindeldiagram.



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

Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Öppna jämförelser” visar att Sabbatsbergsbyn håller god kvalitet. Sammantaget uppger 96% av de tillfrågade att de är nöjda och 0% av att de är missnöjda med sitt boende på Sabbatsbergsbyn sammantaget.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Under år 2013 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvårdsområdet år 2012.

Några mål vi har haft är:

- Fortsatt lågt antal läkemedelsavvikelser
- Fortsatt vidareutveckling av det fallförebyggande arbetet
- Utveckling av arbetet med kvalitetsregister
- En trygg och säker Hsl-dokumentation med godkänt resultat på Hsl-dokumentationen vid Norrmalms uppföljning.

Målgruppsundersökningar

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

inkommit rörande hälso- och sjukvården under 2013 har besvarats och åtgärdats enligt rutinerna för klagomålshantering.

Granskning av journaler och annan dokumentation m.m.

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

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

Sabbatsbergsbyn har ett egenkontrollprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där Bitr. Enhetschef tillsammans med intern-MAS går igenom Hsl-frågor som t.ex.

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

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades i början av 2013. Sammantaget håller dokumentationen en tillfredställande nivå men vissa brister uppmärksammades framför allt i upprättande av vårdplaner och munhälsobedömningar. Detta är därför varit ett förbättringsområde under 2013.

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. Under 2013 har flera medarbetare utbildats till värdegrundshandledare på Karolinska Institutet. Företaget har också arbetat fram nya värdeord som har sin grund i den nationella värdegrunden från 2011.

2013 genomfördes för tredje året i rad SKLs enkätundersökning om patientsäkerhetskultur på Sabbatsbergsbyn. Resultatet visar fortsatt höga siffror, vilket visar att medarbetare känner sig benägna att och förstår syftet med att rapportera avvikelser.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Vi har under år 2013 haft avtalsuppföljning från Normalms Stadsdelsförvaltning, uppföljning från Apoteket och uppföljning av hälso- och sjukvården av kommunens MAS och MAR.

Från apotekets sida fanns bl.a. några mindre synpunkter, bl.a. att befintliga rutiner skulle uppdateras med verksamhetschefens namn.

Vid uppföljning från kommunens MAS och MAR fanns följande synpunkter:

Hälso- och sjukvårdsjournalerna är av god kvalitet men vårdplaner ska uppdateras årligen. Detta är särskilt viktigt för äldre med lågt BMI. Undersökning av munstatus saknas i några journaler. Antalet dokumenterade riskbedömningar har minskat inom områdena för nutrition, trycksår och läkemedelsgenomgångar.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

Sabbatsbergsbyn har också en skriftlig överenskommelse mellan kommun och 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 sjukvårdspersonal på Sabbatsbergsbyn och Stockholms Geriatriken.

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

För att säkerställa försörjningen av säkra Medicinsk-Tekniska Produkter finns ett avtal med Sodexo som ger oss en trygghet att vi får säkra och godkända Medicintek- niska Produkter. Under 2013 upplevde vi i verksamheten att avvikelserna vid leve- rans av medicintekniska produkter ökade. Det var hjälpmedel som var trasiga eller felaktigt levererade. Inga allvarliga tillbud skedde med anledning av detta men vi kallade Sodexos representanter till möte och efter vissa åtgärder från leverantören har avvikelserna minskat igen.

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

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap.

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

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

Under föregående år har vi arbetat med att ta fram tydliga rutiner kring risk- och händelseanalys samt utbildat medarbetare 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. 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 2013 inträffade en händelse som föranledde en Lex Mariaanmälan. Händelsen rörde morfinplåster som hade givits av sjuksköterska till fel person. Avvikelsen upptäcktes efter fyra dygn och personen blev helt återställd efter att plåstret avlägsnats. Utifrån händelsen har rutinerna för läkemedelsöverlämnande av sjuksköterskor förtydligats.

Andra rutiner inom avvikelshantering (Hsl, SoL, Synpunkter och klagomål m.m.) beskriver tydligt vad, hur och när en avvikelse ska rapporteras och skrivas. Det finns olika blanketter beroende på avvikelstens art. Alla som arbetar inom Sabbatsbergsbyn är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till närmaste chef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt. Varje morgon samlas avvikelserna in av tjänstgörande sjuksköterska för underskrift av Enhetschef. Avvikelsen går sedan till kvalitetsombudet för att tas upp på kvalitetsrådet.

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

Hälso-och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen.
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal (Vodok).
- MAS och/eller verksamhetschef snarast kontaktas om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada ska.
- Närvara på kallade kvalitetsråd/möten.
- Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna.
- Vid fall samt utebliven medicinerings 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 gås igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelser.

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 avslutning till den inträffade händelsen.

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

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

Utifrån utförd analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Åtgärderna ska rikta sig mot:

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

Förutom rutinerna i avvikelshantering där både risk-och händelseanalys ingår finns det andra rapporteringsmöjligheter. Vi har Etiska rådet där etiska dilemman kan diskuteras och framföras under sekretess. Vi har rutiner kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På våra arbetsplatsträffar tar vi alltid upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser Sabbatsbergsbyn positivt på eftersom vi ser det som ett viktigt led att säkra och utveckla vår verksamhet.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kontaktmannen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Sol-dokumentationen (uppdatering av genomförandeplan sker parallellt).

Arbets terapeut/sjukgymnast/sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Hsl-dokumentationen.

Alla synpunkter, förbättringsförslag och klagomål från kund behandlas i kvalitetsgruppen. Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska verksamhetschef hänvisa till ledningen för Stockholms Äldreboende AB. Detta är lämpligt när någon vill tala med någon i företagens ledning.

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

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

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

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

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

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

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

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

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 informationstavlor för anhöriga (varje avdelning). På blanketten finns telefonnummer och adress till Enhetschef. Blanketten fås också vid inflyttning. Vår blankett ”Synpunkter” kan lämnas anonymt.

Om en medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten Synpunkter/klagomål. Där skriver man ner vad klagomålet gäller, orsak och de direkt vidtagna åtgärderna varefter ärendet överlämnas direkt till Enhetschef/verksamhetschef som tar kontakt med den som framfört klagomålet inom 24 timmar för vidare åtgärder.

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos Enhetschef/verksamhetschef som vid årets slut sammanställer antal klagomål.

Vid en risk för att en allvarlig händelse kan ske vidtas direkta åtgärder.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Redan i välkomstsamtalet bör det framgå om det finns uppenbara 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.

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:

- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, även under år 2013 och där synpunkter på verksamheten togs tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal två ggr/år där information om nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät, stadens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2013 fick Sabbatsbergsbyn bättre resultat än staden i övrigt på de flesta punkterna.
- 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 2013:

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andelen patienter med vårdrelaterade skador	Resultat kopplat till egna mål
Fall	Fortsatt lågt antal fall som leder till frakturer Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Rutin och riktlinje för fallprevention Handledning/ utbildning Avvikelsehantering Etiska rådet Utbildning för personal i rullstolshantering	Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys görs vid ofta återkommande fall. All personal ska ha genomgått rullstolsutbildning under 2013	Antalet frakturer ligger fortfarande på en låg nivå. Sabbatsbergsbyn hade tio frakturer 2010, tio frakturer 2011 fem frakturer 2012 och under 2013 tio frakturer. Drygt hälften av de anställda har genomgått rullstolsutbildning.	Trots viss ökning är antalet frakturer i verksamheten fortsatt lågt. Målet med rullstolar delvis uppnått, fortsatt arbete under 2014
Dokumentation	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänt.	– Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar. – Handledning – Avsatt schemalagd tid för dokumentation	Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen månadsvis utifrån checklista. Därefter får alla individuell feedback på dokumentationen. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är ca 85% godkänt	Dokumentationen har förbättrats avsevärt de senaste åren men når ännu inte upp till målsättningen 95 %. Under 2014 kommer nytt system för dokumentation införas.
Läkemedelsavvikelser	Fortsatt lågt antal läkemedelsavvikelser	– Ett väl utvecklat kvalitetssystem – Kvalitetsråd – Kvalitetsombud – En tillåtande företagskultur – Läkemedelsgenomgångar	Information om vikten av att fylla i en avvikelse. Hantering av avvikelser där de åtgärdas direkt och förs in i Vodok Avvikelserna tas upp i kvalitetsrådet Kvalitetsombuden tar med sig feedback angående avvikelser till sin avdelning och redovisar på avdelningsmötena.	Resultat för 2013 är i snitt 6 avvikelser/månad, vilket är samma som 2011 men något fler än 2012.	Fortsatt prioriterat område under 2014

Område	Mål: Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vårdskador	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andelen patienter med vårdrelaterade skador	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till egna mål
Palliativ vård	En utvecklad palliativ vård med utvecklade vårdplaner och registrering i det Palliativa registret	– Palliativa registret – Utbildning/studiecirkel – Dokumentation/vårdplaner – Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen	Registrering i Palliativa registret. Uppföljning av resultat. Alla boende har en vårdplan vid vård i livets slut.	Fortfarande är det flera områden i palliativa registrets målvärden som ej är uppfyllda.	Vi har utvecklat arbetet med den palliativa vården men behöver fortsätta med förbättringsområden utifrån statistik i registret.
Utveckling av arbetet med BPSD-registret	Bättre struktur och arbetssätt utifrån BPSD-registrets kvalitetsindikatorer	Utbildning för all personal i BPSD-registret Utbildning i BPSD	Interna och externa utbildningar. Regelbundna möten på pilotenheterna med uppföljning av arbetet	På pilotavdelningen har flera NPI skattningar gjorts och arbetssättet börjar bli implementerat. Registrering har inte kunnat ske fullt ut på grund av problem med inhämtande av samtycke.	Alla berörd personal har fått utbildning i BPSD och i administratörer av registret har utsetts och utbildats.
HLR	All personal ska kunna ge Heimlich manöver om en boende sätter i halsen.	Utbildning	Utbildning av HSL-personal i HLR Utbildning av omsorgspersonal i Heimlich manöver	Några boende har satt i halsen under året och fått hjälp av personal som utbildats i Heimlich manöver	Målet är uppfyllt. Dock behöver nyanställd personal samma utbildning fortlöpande.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2014) 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 2014 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Vi ska minska antal läkemedelsavvikelser med 10 % genom att förbättra uppföljningen av läkemedelsavvikelser.
- Vi ska vidareutveckla vårt fallförebyggande arbetssätt så att fall med fraktur minskar med 10 %. Vid upprepade fall ska det alltid finnas en handlingsplan som upprättas i arbetsteamet.
- Under 2014 ska vi bilda en hygiengrupp som ska följa upp egenkontroller av basala hygienrutiner minst 4 ggr/år. Målet är att minska antalet infektioner med 10 %.
- Vi ska vidareutveckla den *palliativa vården*, detta skall ske genom att vi styr mot Palliativa registrets målvärden. Fokus under år 2014 blir att erbjuda närstående ett eftersamtal och uppmana läkare att informera boende och närstående inför den palliativa vården. Alla boende i palliativ vård ska ha fått en validerad smärtskattning enligt instrumentet Abbey Pain Scale som finns i Vodok. Uppföljning av följsamhet av Palliativa registrets målvärden kommer att ske varje kvartal av Verksamhetschef.
- Vi ska fortsätta utveckla arbetet med BPSD-registret och har som målsättning att alla boende som flyttar in på pilotenheten ska skattas enligt mätinstrumentet NPI och utifrån den ska det finnas en åtgärdsplan. HSL-personal ska utbildas internt under 2014 i BPSD.
- Ett stort patientsäkerhetsarbete kommer att bli aktuellt under hösten 2014 då verksamheten enligt Stockholms Stads riktlinjer går över till ett nytt system för dokumentation, ICF. Inför övergången ska alla hälso- och sjukvårdspersonal ha erhållit utbildning och handledning i det nya systemet. Vi utbildar via Norrmalms Sdf en processhandledare inom företaget som ska stötta användarna i dokumentationen.