

---

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2014

*Stockholms Äldreboende AB  
Sabbatsbergsbyns  
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet  
**141201**

Patricia Sjöblom, Verksamhetschef  
Dan Härjesjö, Intern Mas

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

---

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	12
Riskanalys .....	13
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	13
Hantering av klagomål och synpunkter.....	16
Klagomål och synpunkter.....	Error! Bookmark not defined.
Sammanställning och analys .....	17
Samverkan med patienter och närstående .....	19
Resultat 2013:.....	20
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	22

Förkortningar i dokumentet:

Hsl= Hälsa-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 2014 har verksamheten haft viss omsättning av sjuksköterskor. På grund av rådande situation med sjuksköterskebrist och utdragna rekryteringsprocesser har största fokus inom hälso- och sjukvårdsområdet varit att arbeta utifrån gällande rutiner och ett patientsäkert arbetssätt. Inga stora förbättringsarbeten har genomförts utifrån Hälso- och sjukvårdsområdet under året.

2014 har alla medarbetare utbildats i den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Detta har även påverkat patientsäkerhetsarbetet genom diskussioner om etiska dilemman, rätten till självbestämmande samt information och delaktighet för boende och närstående.

Det fallförebyggande arbetet har utvecklats i och med att vi internt har utformat ett utbildningsmaterial i rullstolar och rullstolstransport. Under 2014 har fortsatta utbildningsinsatser riktats mot detta område och samtliga tillsvidareanställda har nu genomgått utbildningen.

Arbetet med att minska antalet fallrelaterade framturer har fortsatt genom en djupanalys av vilka fall som leder till fraktur. Under 2015 kommer verksamheten att fortsätta detta arbete med att försöka hitta åtgärder för att minska frakturer utifrån resultat av analysen.

Vi har under år 2014 genomfört egenkontroller, enligt framtagen mall, av Hälso- och Sjukvården. Inga stora brister har upptäckts.

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

Inom Sabbatsbergsbyn finns ett högt kvalitetstänkande och företagets kvalitetsord - *kvalité i alla led* - genomsyrar verksamheten. Stor förståelse finns över nödvändigheten att rapportera eventuella risker, tillbud och negativa händelser

Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas på största allvar. Chef återkopplar alltid inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet.

Sabbatsbergsbyn ser det självklara i att 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 förändring i hälsotillståndet tas alltid kontakt med närstående.

De viktigaste resultaten under år 2014 är:

- Värdegrundsarbetet och den boendes möjlighet att påverka sin vård.
- HSL-dokumentationen, fokus på riskbedömningar, upprättande av vårdplaner samt utbildningar i ett nytt dokumentationssystem.

---

## Övergripande mål och strategier

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

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

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande kvalitetsmål:

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

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

Stockholms Äldreboende AB:s övergripande strategi:

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

Sabbatsbergsbyns övergripande hälso-och sjukvårdsmål och strategi är:

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

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

---

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

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

Inom Sabbatsbergsbyn finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

### *Intern-MAS*

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

### *Verksamhetschef*

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

### *Sjuksköterskan*

har ett omvårdnadsansvar för upp till 24 boende och befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

### *Arbetsterapeut och Sjukgymnast*

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

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

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

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

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

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

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

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

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

Sabbatsbergsbyn har under år 2014 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern har varit låg, drygt 2,4 % har behandlats för pneumoni och 2,9 % för urinvägsinfektion.

Två mindre utbrott av maginfluensa har förekommit, ca 8 boende drabbades och utbrottet var begränsat till enstaka avdelningar.

Varje månad redovisar verksamheten 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 dokumenterad vid en risk.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under år 2014 har stort fokus riktats mot införandet av det nya verksamhetssystemet för dokumentation, Vodok 2.0, samt det nya dokumentationssystemet ICF. Sjuksköterskor har gått både externa och interna utbildningar. Samtlig personal har fått utbildning i rullstolar som i en del av det fallförebyggande arbetet.

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

En analys av föregående års fallrelaterade frakturer har genomförts av sjukgymnasterna i samarbete med verksamhetschef. Detta för att försöka hitta återkommande mönster för de fall som leder till fraktur och om möjligt minska risken för fallrelaterade frakturer. Arbetet med att hitta riktade åtgärder kommer att fortgå under 2015.

En fortsatt utveckling har skett av det Etiska rådet som startade upp i syfte att behandla frågeställningar kring skyddsåtgärder. Rådet diskuterar även övriga etiska dilemman, bland annat utifrån Socialstyrelsens ”Etikbox”.

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)

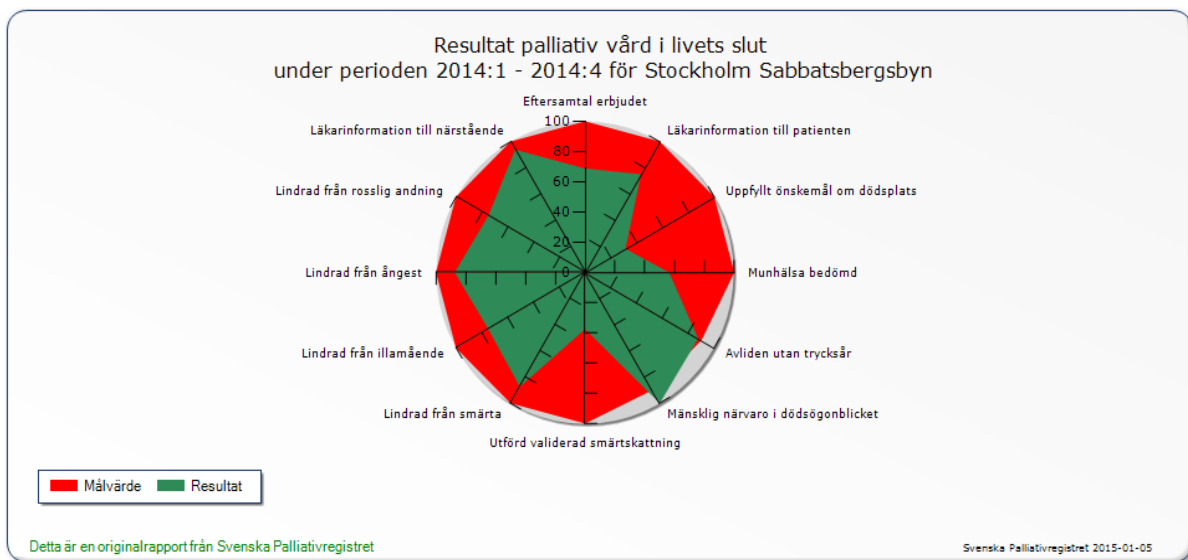


## Uppföljning genom egenkontroll

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 verksamheten ligger bra till på områdena ”avliden utan trycksår” samt ”mänsklig närvaro vid dödsögonblicket” (100 %). Antalet erbjudna efterlevandesamtal har ökat sedan föregående år. Verksamheten kommer att fortsätta arbeta med att förbättra resultaten för övriga områden under 2015.



*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 92 % av de tillfrågade att de är nöjda och 0 % av att de är missnöjda med sitt boende på Sabbatsbergsbyn sammantaget. 98 % svarar att de är nöjda med bemötandet från personalen, vilket har varit ett av verksamhetens fokusområden under året.

*Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat*

Under år 2014 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvårdsområdet.

Några mål som verksamheten har haft är:

- Fortsatt vidareutveckling av det fallförebyggande arbetet med fokus på att minska antalet frakturer.
- 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 2014 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 samordnande sjuksköterska tillsammans med intern MAS går igenom HSL-frågor som t.ex.

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

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades i början av 2014. Sammantaget håller dokumentationen en tillfredställande nivå men vissa brister uppmärksammades framför allt i uppföljning av vårdplaner och riskbedömningar. Under 2014 har stort fokus legat vid att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal i det nya systemet ICF.

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

Företaget har under 2014 satsat på att utbilda all personal i den nationella värdegrunden för äldreomsorg med bland annat webutbildningar samt planeringsdagar och värdegrundsträffar flera gånger under året.

### *Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Vi har under år 2014 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, och uppföljning av hälso- och sjukvården av kommunens MAS och MAR.

Vid uppföljning från kommunens MAS och MAR fanns följande synpunkter:

*Hälso- och sjukvårdsjournalerna är av god kvalitet. Båda verksamheterna har ett systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård och följer de lagar och*

---

*anvisningar som styr hälso- och sjukvården. Verksamheterna har pågående projekt för att höja kvaliteten ytterligare*

Verksamheten har också haft oanmäld 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 överlämnas eller medfölja den boende.

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

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

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

För att säkerställa försörjningen av säkra Medicinsk-Tekniska Produkter finns ett avtal med Sodexo som ger oss en trygghet att vi får säkra och godkända Medicintekniska Produkter.

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

Under slutet av 2014 hade verksamheten brister i personalens möjligheter att dokumentera i omsorgsjournalerna på grund av tekniska problem. Detta innebar en brist ur patientsäkerhetsaspekt. Rutiner för dokumentation vid datastopp finns och inloggningsproblemen är nu åtgärdade.

---

## Risikanalyt

*SOSFS: 2011:9, 5 kap.*

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

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

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshandling
- Medarbetarens 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 åtgärder 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*

### Avvikelse

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 läkemedelshandling 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, närstående-kontakter 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 2014 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Mariaanmälan.

Andra rutiner inom avvikelshanteringen (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 och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

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

Hälso-och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

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

Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelsen.

En händelseanalys ska alltid göras:

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

Analysen ska svara på frågorna:

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

---

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

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

1. Uppdrag ges 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)



- 
- Patientnämnd vid respektive landsting eller kommun

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

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

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

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 vårdenheter
- 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 utlämnas 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 vårdrisker med den boende, exempelvis risk för fall, undernäring, etc. varvid åtgärder tas fram som kan förhindra eller förebygga risker och noga dokumenteras i såväl Sol- som Hsl-dokumentationen.

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

Rent allmänt samverkar vi med boende och dess närstående med patientsäkerhet genom att:

- Närståendeträffar på respektive avdelning 2 gånger om året, även under år 2014 och där synpunkter på verksamheten togs tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal två ggr/år där information om nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät, Socialstyrelsens, svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar. Under år 2014 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 förändring i hälsotillståndet eller ändring av ordination från både läkare, sjuksköterska eller rehabpersonal tas alltid kontakt med närstående.

## Resultat 2014:

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
<b>Fall</b>	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 Analys av fallrelaterade frakturer.	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. Analys av de fall som lett till fraktur för att försöka identifiera återkommande mönster. All personal ska ha genomgått rullstolsutbildning under 2014	Antalet frakturer ligger fortfarande på en låg nivå. Sabbatsbergsbyn hade tio frakturer 2011, fem frakturer 2012, 2013 tio frakturer samt under 2014 nio frakturer.  Samtliga anställda har genomgått rullstolsutbildning.	Trots viss ökning är antalet frakturer i verksamheten fortsatt lågt.  Målet med rullstolsutbildning är uppnått.
<b>Infektioner</b>	Att minska antalet vårdrelaterade infektioner med 10 %	Egenkontroller av vårdhygien. Uppstart av fokusgrupp för hygienarbete	Under 2014 sattes en hygiengrupp ihop som leddes av hygienansvarig sjuksköterska. Arbetet har dock inte fortgått efter att sjuksköterskan avslutade sin tjänst.	Trots att arbetet med hygiengruppen ej lyckats så har antalet vårdrelaterade infektioner varit fortsatt lågt under året: 2 % har drabbats av Pneumoni och 2,6 % av urinvägsinfektion under 2014.	Lågt antal vårdrelaterade infektioner. Målet med att starta upp en hygiengrupp har ej uppnåtts.
<b>Dokumentation</b>	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 2015 kommer nytt system för dokumentation införas.
<b>Värdegrund</b>	Att arbeta utifrån företagets värdeord som bygger på den nationella värdegrunden för äldreomsorg	Avsatt tid och utbildning i värdegrunden	Utse värdegrundscoacher Socialstyrelsens webbutbildning för värdegrunden.	Alla medarbetare har genomgått webbutbildningen för att öka medvetenheten om den boendes rätt att vara delaktig i sin egen vård.	Alla medarbetare har kännedom och kunskap om den nationella värdegrunden för äldreomsorg.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2015) kommer Sabbatsbergsbyn att fortsätta att utveckla och förfinas det systematiska kvalitetsarbetet 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 uppnås genom ett uthålligt systematiskt kvalitetsarbete med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör, i varje led, i varje situation och i varje relation. Genom att alltid ”tänka risk” uppnås en ökad säkerhetskultur i arbetssättet och med det en tryggare och säkrare hälso- och sjukvård.

Förutom att följa kvalitetsindikatorer och hälso- och sjukvårdsstatistik, enligt framtagna mallar av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi under år 2014 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Antalet fallrelaterade frakturer minskar med 20 % från föregående år. Djupanalys av fallrelaterade frakturer.
- Under 2015 ska vi fortsätta med arbetet med att upprätta 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. Alla boende i livets slut 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.
- Arbetet med övergången till ett nytt dokumentationssystem för Hälso- och sjukvårdspersonalen kommer att pågå under 2015.