

Patientsäkerhetsberättelse 2014 för äldreomsorgens egen regi verksamheter i Enskede-Årsta-Vantör

**Enskede-Årsta-Vantörs
Stadsdelsförvaltning**
Avdelningen egen regi

Slakthusplan 4, Box 81
121 22 Johanneshov
Växel 08-508 14 000
Fax 08-508 14 444
stockholm.se

Datum och ansvarig för innehållet

2015-01-08

Leif Kananen

Verksamhetschef enligt 29 § HSL

Sammanfattning

Under 2014 har följande åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerheten:

- Kvalitetsgranskning av enheternas läkemedelshantering har genomförts
- Uppföljning genom journalgranskning, infektionsregistrering och mätning av kvalitetsindikatorer
- Identifiering och hantering av vårdskador och risk för vårdskador genom avvikelserapportering i VODOK
- Hygienronder har genomförts under året
- Utbildning i dokumentation och vårdplanering
- Utbildning i munhälsa
- Förflyttningsutbildning
- Utbildning i näringslära.

Under 2014 har implementeringen av Rutiner för den äldre hälsa och välbefinnande fortsatt. Detta märks genom bättre resultat i journalgranskningen.

Riskbedömningar har enligt gällande rutiner genomförts av fall, undernäring och trycksår. Resultatet visar att riskbedömning har genomförts för 94,1% av de boende inom berörda egenregi verksamheter vilket är ett bra resultat. I de fall när risk bedömts har åtgärder vidtagits för fallrisk upp till 89%, för undernäring finns åtgärder för 63% och för trycksår finns åtgärder för 63%.

Webbaserad rapportering av inträffade avvikelser i VODOK av hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet. Fortfarande finns underrapportering av inträffade vårdskador i VODOKs avvikelsemodul. Arbetet med att analysera inträffade avvikelser samt vidta åtgärder för att förebygga vårdskador bör utvecklas ytterligare.

Kvalitetsråd finns på lokal och centralnivå. För att säkerställa att patienter och anhöriga involveras i patientsäkerhetsarbetet anordnas anhörgmöte och/eller anhörigråd på enheterna. Centralt finns ett pensionärsråd. Vidare genomförs årliga brukarenkäter för att få veta vad brukarna tycker om vårt arbete ur olika aspekter. Anhöriga erbjuds att närvara/delta vill vårdplaneringar kring den enskilde. Enheterna har påbörjat att registrera i kvalitetsregistret SeniorAlert och Palliativa registret.

Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att patienterna i EÅV stadsdelsförvaltningens egen regis vård-omsorgsboenden och servicehus får en god, säker och trygg hälso- och sjukvård.

Nämndens aktivitet för hälso- och sjukvården år 2015:

Personer, som nämnden har hälso- och sjukvårdsansvar för, får utifrån en individuell bedömning en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. Berörda enheter ger varje person en individuell bedömning med fokus på ADL, funktionsbedömning och riskbedömning gällande fall, undernäring och trycksår. För att säkerställa att varje person får en individuell bedömning utifrån nämndens aktivitet genomför Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Vid den årlig verksamhetsuppföljning redovisas resultatet av antal registreringar av riskbedömningar.

MÅL

1. Inga patienter ska få trycksår.
2. Minska antalet fall.
3. Minska antalet patienter med undernäring.
4. Minska antalet vårdrelaterade infektioner.
5. Alla patienter ska kunna förflytta sig på ett säkert sätt.
6. HSL-dokumentationen ska vara strukturerad, säker och teambaserad enligt ICF.
7. Alla patienter ska få bedömning av ADL och stöd efter behov.
8. Antalet inrapporterade avvikelser är fler än tidigare år.
9. Enheterna registrerar i nationella register.

STRATEGI

1. Riskbedömningar och åtgärder för trycksår genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
2. Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen
3. Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för trycksår enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
4. Riskbedömningar och åtgärder för fall genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
5. Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för fall enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
6. Riskbedömningar och åtgärder för undernäring genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande

7. Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för undernäring enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
8. All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbeta enligt basala hygienrutiner
9. Vårdrelaterade infektioner ska registreras
10. Självskattning av hygien ska göras av vårdpersonal
11. Hygienrond ska genomföras på varje enhet
12. Förflyttningsbedömning genomförs av sjukgymnast/arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående
13. Personal ska ha genomgått förflyttningsutbildning
14. Loggkontroll görs regelbundet
15. Implementering av nytt journalsystem som kommer att utgå ifrån ICF from 150126.
16. ADL-bedömning görs av arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående.
17. Kunskapen om avvikelserapporteringen förbättras, vilket leder till att antalet avvikelser gällande fall, läkemedel och trycksår ökar.
18. Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen
19. Enheterna registrerar i registren Senior Alert och Palliativa registret.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Fördelning av ansvaret för patientsäkerhetsarbetet

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och upprätta rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. Verksamhetschefen ger i uppdrag till särskilt ansvariga befattningsinnehavare att fullgöra enskilda arbetsuppgifter på utförarsidan enligt hälso- och sjukvårdslagen § 30.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Avvikelseberättelser

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelseberättas i journalsystemet VODOK. Exempel på avvikelser är fall, uteblivet läkemedel och trycksår. Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av Teamet (sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal) på respektive avdelning och därefter övergripande på enhetens kvalitetsråd. Minnesanteckningar från respektive enhets kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd. MAS/MAR tar emot alla avvikelser, följer upp och vid behov begär utredning för eventuell fortsatt handläggning av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) samt sammanställer avvikelser halvårsvis.

Journalgranskning

Alla patienter som identifierats som riskpatienter för trycksår, fall och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status. Vid risk ska vårdplan upprättas och planerade och vidtagna åtgärder dokumenteras. Alla patienter ska ha förflytningsbedömning dokumenterad i status.

Basala hygienrutiner

Uppföljning av basala hygienrutiner sker genom att

- enhetschef mäter att all personal har genomgått webbaserad hygienutbildning en gång/år
- sjuksköterska registrerar vårdrelaterade infektioner månadsvis och rapporterar till MAS som analyserar resultatet utifrån registreringarna och skickar in till Vårdhygien
- hygiensjuksköterska från Vårdhygien genomför årligen hygienrond med MAS, enhetschef och personal på varje enhet. Resultat delges enhetschef och MAS.
- all personal självskattar sin tillämpning av basala hygienrutiner årligen. Detta följs upp av enhetschef.

Månadsstatistik

Månadsvis sker mätning av riskbedömningar, trycksår, läkemedelsbehandling, funktionsbedömning och vårdinfektioner.

HSL- indikatorer

Mätning av genomförda riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring sker årligen i kvalitetsindikatorer som skickas till Äldreförvaltningen.

Omvårdnadsmöten

Alla patienters hälsotillstånd följs upp genom att Rutiner för den Äldres Hälsa och välbefinnande tillämpas. Detta sker vid inflyttning, förändringar av hälsotillstånd samt vid årsuppföljning.

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering

Årliga kvalitetsgranskningar av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med enhetschef, sjuksköterska och MAS. Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits år 2014 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Genomförda aktiviteter 2014	Resultat
Utbildning näringslära.	Genomfört
Utbildning i munhälsa.	Genomfört
Utbildning hygien. Hygienombud, vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor	Genomfört
Läkemedelsgranskning servicehus och vård och omsorgsboende	Genomfört
Tyra Graff föreläsning dokumentation och vårdplanering.	Genomfört
Utbildning och föreläsningar ICF	Genomfört
Månadsstatistik HSL varje månad.	Löper på
Infektionsregistreringar varje månad	Löper på

Uppföljning genom egenkontroll

Avvikelsehantering

Uppföljning av samtliga inträffade avvikelser har gjorts. Sammanställning av inträffade avvikelser görs halvårsvis.

Riskbedömningar

Sammanställning av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har gjorts en gång under året.

Antal genomförda riskbedömningar:

Vård- o omsorgsboende	2012	2013	2014
Stureby	100%	85%	93%
Mårtensgården	92%	100%	100%
Rågsveds servicehus	85%	94%	94%
Tussmötegården Demens+ 181	90%	100%	100%
Tussmötegården Somatik	100%	100%	90%
Enskede Nya servicehus	entreprenör	entreprenör	94%

Journalgranskning

Granskning av journaler har genomförts av MAS/MAR under året avseende lagstadgad journalföring där riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, åtgärder, planer samt förflytningsbedömning ingår.

Lagstadgad journalföring finns till:

Vård- och omsorgsboende	2012	2013	2014
Stureby	82%	88%	93%
Mårtensgården	66%	80%	80%
Rågsveds servicehus	65%	82%	89%
Tussmötegården Demens+ 181	80%	81%	83%
Tussmötegården Somatik	84%	86%	91%
Enskede Nya servicehus	entreprenör	entreprenör	75%

Hygien

Hygienronder har genomförts under året. Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis och rapporterats till MAS som därefter rapporterar till smittskyddsenheten varje kvartal. Smittskyddsenheten sammanställer och återkopplar årligen. De flesta infektioner enligt infektionsregistreringarna är urinvägsinfektioner hos personer utan urinkateter, sårinfektioner och pneumonier. Flertalet personal har genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning under året.

Läkemedel

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering har genomförts under året. Protokoll finns.

Enheterna registrerar i kvalitetsregistret SeniorAlert, Palliativa registret och BPSD registret

Enheterna har påbörjat att registrera i registren för att säkerställa och utveckla arbetssätt- och metoder.

Till varje Kvalitetsråd finns följande punkt på dagordningen:

- Aktuell statistik Senior Alert, Palliativa registret och BPSD - Hur har vi använt av oss resultatet i det dagliga arbetet? Vad har det lett till?

Antal genomförda registreringar i SeniorAlert:

Vård- o omsorgsboende	2013	2014
Stureby	155	282
Mårtensgården	16	30
Rågsveds servicehus	0	33
Tussmöttegården Demens+ 181	Ingår i stureby	
Tussmöttegården Somatik	Ingår i stureby	
Enskede Nya servicehus	20	66

Antal genomförda registreringar i Palliativa registret:

Vård- o omsorgsboende	2013	2014
Stureby	54	44
Mårtensgården	3	5
Rågsveds servicehus	2	3
Tussmöttegården Demens+ 181	Ingår i Stureby	
Tussmöttegården Somatik	Ingår i Stureby	
Enskede Nya servicehus	9	8

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansmöten med Team Äldredoktorn hålls för att följa upp kvalitet och rutiner och säkerställa att arbetssätt-/metoder fungerar på vård- och omsorgsboendena och servicehusen. Lokal överenskommelse för samverkan finns upprättad för varje enhet. Samverkansmöten på övergripande nivå med primärvård, geriatrik, psykiatri och slutenvården hålls i stadsdelen.

Riskanalys

Genom rapportering av avvikelser genom personalen samt synpunkter och klagomål från patienter och närstående.

Genom kvalitetsråd som behandlar alla uppkomna avvikelser

och föreslår åtgärder. Genom att MAS och MAR tar emot alla avvikelser och begär utredningar vid behov.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

Avvikelser

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i journalsystemet VODOK. Exempel på avvikelser är fall, uteblivet läkemedel och trycksår. Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av Teamet på respektive avdelning och därefter övergripande på enhetens kvalitetsråd.

Minnesanteckningar från respektive enhets kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd. MAS/MAR tar emot alla avvikelser, följer upp och vid behov begär utredning för eventuell fortsatt handläggning till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) samt sammanställer avvikelser halvårsvis.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt. Klagomål kan även lämnas anonymt. För de skriftliga klagomålen finns inom förvaltningen en gemensam blankett som finns tillgänglig inom verksamheten. Om en medarbetare tar emot ett klagomål och avser den verksamhet som mottagaren arbetar inom, då ser den personen till att närmaste chef informeras om klagomålet och vilka eventuella åtgärder som har vidtagit direkt.

Om det inte gäller ”vår egen verksamhet” så ser personen som tar emot klagomålet till att det kommer till ”rätt” verksamhetschef. Den som lämnar klagomålet ombeds att fylla i klagomålsblanketten som sedan skickas över till rätt verksamhet, eller så ber vi honom/henne kontakta verksamheten direkt för att lämna klagomålet muntligt.

Enhetschef tar ställning till om klagomålet gäller en enskild individ eller hela verksamheten. Om det är individrelaterat ska det eventuellt tillföras personakten. Om det avser hela verksamheten ska det dokumenteras på blanketten ”Uppföljning av klagomål”. Klagomål diarieförs. Enhetschef säkerställer att enheten undersöker orsakerna till klagomålet och att dessa åtgärdas så att klagomålet inte uppstår igen. Enhetschef säkerställer att brukaren och eventuellt beställarenheten får återkoppling. Enhetschef tar

upp alla klagomål på arbetsplatsträffarna och kvalitetsrådet. Lokala rutiner, arbetssätt- och metoder revideras.

Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och Socialstyrelsen diarieförs centralt i förvaltningen. Utredning och analys sker och ev. åtgärder vidtas i samverkan med patient, anhöriga och personalgrupp. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Sammanställning och analys

Lokala kvalitetsrådet, utifrån ledningssystemet för HSL och SoL, går systematiskt igenom resultaten av egenkontroller, avvikelser och riskrapporter, klagomål som inkommer. Dessa sammanställs till ledningsgruppen och kvalitetsrådet som analyserar och föreslår/beslutar om åtgärder. Avdelning egen regis kvalitetsråd begär in enheternas kvalitetsrådsprotokoll. Ledningssystemet HSL/SoL revideras utifrån inkomna klagomål. Redovisning av inkomna klagomål/synpunkter sammanställs och redovisas med vidtagna åtgärder i webb ILS till Tertialrapport 1 och 2 samt verksamhetsberättelsen på lokal och centralnivå.

MAS/MAR

Inkomna klagomål/synpunkter som kommer direkt till MAS/MAR utreds, analyseras och återkopplas till ansvarig chef.

Samverkan med patienter och närstående

För att säkerställa att patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet anordnas anhörigmöte och/eller anhörigråd på enheterna. Centralt finns ett pensionärsråd. Vidare genomförs årliga brukarenkäter för att få veta vad brukarna tycker om kvalitén. Anhöriga erbjuds att närvara/delta vid vårdplaneringar kring den enskilde.

Resultat år 2014 inom avdelning egen regi

- All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i Basala hygienrutiner
 - **Resultat:** Alla medarbetare har genomgått webbaserad utbildning. Extra utbildningar med MAS och hygien sjuksköterska har genomförts.
- Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen
 - **Resultat:** Under 2014 har 814 avvikelser rörande läkemedel och fall registrerats i avvikelsemodulen.
- Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen
 - **Resultat:** Under 2014 har 3 trycksår registrerats i avvikelsemodulen.
- Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för fall, undernäring eller trycksår enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
 - **Resultat:** Riskbedömningar har enligt gällande rutiner genomförts av fall, undernäring och trycksår. Resultatet visar att riskbedömning har genomförts för 94,1% av de boende inom berörda verksamheter vilket är ett bra resultat. I de fall när risk bedömts har åtgärder vidtagits för fallrisk upp till 89%, för undernäring finns åtgärder för 63% och för trycksår finns åtgärder för 63%.
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras för samtliga boende enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande.
 - **Resultat:** Under 2014 har 766 Läkemedelsgenomgångar genomförts tillsammans med läkare från Team äldredoktorn.
- Utbildningsdagar fört ge kunskap om äldres läkemedelsbehandling och omfatta arbetssätt och regelverk kring läkemedelsgenomgångar samt sjuksköterskans roll i detta.
 - **Resultat:** Äldreförvaltningen har erbjudit utbildningstillfällen under året.
- Apoteksinspektion av läkemedelshantering från Apoteket Farmaci genomförs på samtliga 5 verksamheter inom egen regi.
 - **Resultat:** Inspektioner genomförda. Protokoll finns för varje verksamhet med en åtgärdsplan.

- Loggkontroll görs regelbundet.
 - **Resultat:** Rutin för alla enheter framtagen 140312. Stickkontroller genomförda.
- Implementering av nytt journalsystem som kommer att utgå ifrån ICF genomförs.
 - **Resultat:** Förvaltningen har utsedd processledare på heltid som handleder/ utbildar och informerar samtlig berörd personal.
- Enheterna erbjuds utbildningar/föreläsningar gällande vård i livets slutskede. Strukturen kring den palliativa vården förbättras
 - **Resultat:** Projekt startad på Stureby vob 175:4. Föreläsningar genomförda.
- Enheterna registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet utifrån fall, undernäring och trycksår samt vård i livets slutskede. Underlaget utifrån register ger förslag på utveckling av lokala arbetssätt- och metoder
 - **Resultat:** Enheterna har påbörjat registrering i Palliativa registret samt Senior Alert. Extra utbildningar för samtlig hälso- och sjukvårdspersonal är genomförd våren 2014.

Genomförda riskbedömningar med åtgärder, enligt journalgranskning av 25% av befintliga journaler

Stureby granskade 22 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 95%

Risk fanns för 21 personer av 22 granskade journaler 95%.

Åtgärder fanns för 20 av 21 med risk 95%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 90%

Risk fanns för 19 av 22 granskade journaler 86%

Åtgärder fanns för 18 av 19 med risk 94%

Utförd Riskbedömning för trycksår 95%

Risk fanns för 9 av 22 granskade journaler 40%

Åtgärder fanns för 8 av 9 med risk 90%

Tussmöttegården demens + 181 granskade 10 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 100%

Risk fanns för 7 personer av 10 granskade journaler 70%.

Åtgärder fanns för 7 av 7 med risk 100%.
Utförd riskbedömning för undernäring, 100%
Risk fanns för 7 av 10 granskade journaler 70%
Åtgärder fanns för 4 av 7 med risk 57%

Utförd Riskbedömning för trycksår 100%
Risk fanns för 7 av 10 granskade journaler 70%
Åtgärder fanns för 3 av 4 med risk 75%

Tussmöttegården somatik, granskade 10 journaler, 25%

Utförd riskbedömning för fall, 90%
Risk fanns för 8 personer av 9 granskade journaler 89%.
Åtgärder fanns för 8 av 8 med risk 100%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 90%
Risk fanns för 7 av 9 granskade journaler 77%
Åtgärder fanns för 3 av 7 med risk 43%

Utförd Riskbedömning för trycksår 90%
Risk fanns för 3 av 9 granskade journaler 33%
Åtgärder fanns för 2 av 3 med risk 67 %

Mårtensgården granskat 12 journaler, 27 %

Utförd riskbedömning för fall, 100 %
Risk fanns för 12 personer av 12 % granskade journaler 100%.
Åtgärder fanns för 12 % av 12 med risk 100 %.

Utförd riskbedömning för undernäring, 100 %
Risk fanns för 11 av 12 granskade journaler 92 %
Åtgärder fanns för 9 av 11 med risk 82 %

Utförd Riskbedömning för trycksår 100 %
Risk fanns för 4 av 12 granskade journaler 33 %
Åtgärder fanns för 4 av 4 med risk 100 %

Rågsveds servicehus granskat 18 journaler 25 %

Utförd riskbedömning för fall, 94 %
Risk fanns för 17 personer av 18 granskade journaler 94%.
Åtgärder fanns för 12 av 13 med risk 92 %.

Utförd riskbedömning för undernäring, 94%
Risk fanns för 9 av 18 granskade journaler 50%
Åtgärder fanns för 5 av 9 med risk 55%

Utförd Riskbedömning för trycksår 94%
Risk fanns för 5 av 18 granskade journaler 28%
Åtgärder fanns för 2 av 5 med risk 40%

Enskede Nya servicehus granskat 19 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 84%
Risk fanns för 12 personer av 19 granskade journaler 63%.
Åtgärder fanns för 6 av 12 med risk 50%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 84%
Risk fanns för 12 av 19 granskade journaler 63%
Åtgärder fanns för 6 av 12 med risk 50%

Utförd Riskbedömning för trycksår 95%
Risk fanns för 9 av 19 granskade journaler 47%
Åtgärder fanns för 1 av 9 med risk 11%

AVVIKELSER, dokumenterade i Vodoks avvikelsemodul, år 2012-2014			
Fall	12	13	14
Stureby vob	319 (433)	302 (417)	297 (423)
Tussmötegården	98 (136)	166 (166)	115 (109)
Mårtensgården	40 (81)	55 (77)	182 (254)
Rågsveds ä-c	80 (152)	109 (185)	79 (172)
Enskede Nya servicehus	x	x	73 (139)
<i>(Antal dokumentationer i journal under sökordet Fall-avsteg)</i>			
Totalt	537	632	746
Brister i läkemedelshantering			
	12	13	14
Stureby vob	15 (62)	12 (29)	11 (28)
Tussmötegården	12 (29)	4 (34)	4 (26)
Mårtensgården	16 (122)	7 (78)	13 (48)
Rågsveds ä-c	45 (31)	26 (38)	6 (16)
Enskede Nya servicehus	x	x	2 (67)
<i>(Antal dokumentationer i journal under sökordet Läkemedel-avsteg)</i>			
Totalt	88	49	
MTP			
	12	13	14
Stureby vob	15	6	4
Tussmötegården	5	1	0
Mårtensgården	1	-	0
Rågsveds ä-c	3	1	0
Enskede Nya servicehus	x	x	1
Totalt	24	8	5
Brister i speciell omvårdnad/rehabinsats			
	12	13	14
Stureby vob	4	1	2
Tussmötegården	-	3	1
Mårtensgården	4	2	0
Rågsveds ä-c	1	1	4
Totalt	9	7	7
Brister i vårdkedjan			
	12	13	14
Stureby vob	5	4	6
Tussmötegården	2	6	0
Mårtensgården	2	4	3
Rågsveds ä-c	9	-	8
Enskede Nya servicehus	x	x	0
Totalt	18	14	17
Brister i basal hygien			
	12	13	14
Stureby vob	1	-	0
Tussmötegården	-	-	0
Mårtensgården	-	-	0
Rågsveds ä-c	-	-	1
Enskede Nya servicehus	x	x	0
Totalt	1	0	1

Själv mord/själv mordsförsök			
	12	13	14
Stureby vob	-	-	-
Tussmötegården	-	-	-
Mårtensgården	-	-	-
Rågsveds ä-c	-	-	-
Enskede Nya servicehus	x	x	-
Totalt	0	0	0
Övrigt			
	12	13	14
Stureby vob	-	-	-
Tussmötegården	-	-	-
Mårtensgården	-	-	-
Rågsveds ä-c	-	-	-
Enskede Nya servicehus	x	x	-
Totalt	0	0	0

Övergripande mål och strategier för år 2015

1. Inga patienter ska få trycksår.
2. Minska antalet fall.
3. Minska antalet patienter med undernäring.
4. Minska antalet vårdrelaterade infektioner.
5. Alla patienter ska kunna förflytta sig på ett säkert sätt.
6. HSL-dokumentationen ska vara strukturerad, säker och teambaserad enligt ICF.
7. Alla patienter ska få bedömning av ADL och stöd efter behov.
8. Antalet inrapporterade avvikelser är fler än tidigare år.
9. Enheterna registrerar i nationella register.

STRATEGI

1. Riskbedömningar och åtgärder för trycksår genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
2. Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen
3. Riskbedömningar och åtgärder för fall genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
4. Riskbedömningar och åtgärder för undernäring genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
5. Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för fall, undernäring eller trycksår enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
6. Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen

7. All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbeta enligt basala hygienrutiner
8. Vårdrelaterade infektioner ska registreras
9. Självskattning av hygien ska göras av vårdpersonal
10. Hygienrund ska genomföras på varje enhet
11. Förflyttningsbedömning genomförs av sjukgymnast/arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående
12. Personal ska ha genomgått förflyttningsutbildning
13. Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt gällande regelbok och enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
14. ADL-bedömning görs av arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående.
15. Enheterna registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert, Palliativa registret och BPSD registret.
16. Enheterna erbjuder utbildningar/föreläsningar gällande vård i livets slutskede.
17. Loggkontroll görs regelbundet
18. Implementering av nytt journalsystem som kommer att utgå ifrån ICF from 150126.
19. Avvikelse rapporteringen förbättras.

Följande verksamheter har upprättat en lokal patientsäkerhetsberättelse för år 2014

- Stureby vård- och omsorgsboende
- Mårtensgården vård- och omsorgsboende
- Rågsved servicehus
- Enskede Nya servicehus