

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

*Stockholms Äldreboende AB  
Riddargårdens  
Vård- och Omsorgsboende*

Datum och ansvarig för innehållet  
**2015-02-05**

Maria Hosseinpour, verksamhetschef  
Per Danielsson, sjukgymnast  
Madelene Bohman, arbetsterapeut  
Birgitta Salomonsson, Sjuksköterska  
Riitta Eskola, Sjuksköterska

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

## **Innehållsförteckning**

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

Förkortningar i dokumentet:

HSL= Hälso-och Sjukvårdslagen

HSL-personal = Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Sjuksköterska

Rehabpersonal= Arbetsterapeut och/eller Sjukgymnast

MAS= Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR= Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

MTP= Medicinsk-Tekniska Produkter

## Sammanfattning

Under år 2015 har verksamheten arbetat tillsammans med processledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation på Norrmalms stadsdel med att förstärka teamarbete i HSL. Gemensam planering och strukturering av teamarbete både återkommande fast tid och vid behovs tid (vid nyinflyttning eller när patient återkommer från sjukhus) samt ICF-baserad VODOK- dokumentation, hälsoplaner och övriga sökord.

Vi registrerar i kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Repetition av både BPSD-register och registrering. Personligt stöd för befintliga administratörer och en ny utbildad administratör.

2015 har sjuksköterskor börjat använda ”**Att göra listan**” i VODOK, syftet är att sluta med planeringskalender i pappersversion under våren 2016.

Vi har under år 2015 gjort egenkontroller, enligt framtagen mall, av Hälso- och Sjukvården. Egenkontroller har visat goda resultat.

Vi har under år 2015 inte haft någon allvarigare vårdskada enligt Lex Maria.

Vi har under året haft kvalitetsgranskning av vår läkemedelshantering från Apoteksbolaget. Apoteket sammanfattade sin granskning med att läkemedelshanteringen fungerar utmärkt.

Inom Riddargården 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.

Riddargården ser det självklara i att den boende tillsammans med närstående 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.

## **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 Riddargårdens Vård- och Omsorgsboende sedan november 2009. 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, besökare, 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.

Riddargårdens 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 policyes, 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 Riddargården finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

### *Intern-MAS*

har ansvar 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 vård skada (Lex Maria). Intern-MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

### *Verksamhetschef*

har ansvar enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 29a* och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policyes, 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 27 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 legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

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

- Främja och återställa hälsa
- Förebygga sjukdom
- Lindra lidande

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

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Riddargården har ett avvikelshanteringssystem som följer stadens riktlinjer. Alla HSL-avvikelse registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet VODOK. Det finns en tydlig rutin när och hur man skriver en avvikelse. Alla HSL-avvikelse åtgärdas omedelbart av HSL-personal och avvikelsen tas upp på kvalitetsrådet.

Om risken är stor att avvikelsen 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 sig om att rätta åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelsen sker. Intern-MAS för statistik och följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef.

Ingen händelse har föranlett 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 IVO redovisas till uppdragsgivaren, d v s Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Riddargården har under år 2015 följt vårdrelaterade infektioner. Infektionsbarometern visar totalt under året 5 behandlade pneumonier och 14 behandlade för urinvägsinfektion.

Inga fall av maginfluensa under 2015 har inträffat. HSL-personalen arbetar kontinuerligt med förebyggande hygieniska åtgärder, allt för att minska vårdrelaterade infektioner och utbrott av maginfluensa.

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

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

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

Kvalitetsindikatorerna vi granskat och följt 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 kvalitetsindikatorer 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 2015 har verksamheten arbetat med ICF-baserad VODOK dokumentation samt hälsoplaner och övriga sökord.

Utbildning i förflyttnings-och lyfteknik ges till alla anställda. Avvikelser angående Medicinsktekniska Produkter och arbetsskador är ringa.

Vi arbetar kontinuerlig med fallprevention och antalet fall som har lett till fraktur har legat stabilt (oförändrat) jämfört med föregående år.

En bedömning om en eventuell skyddsåtgärd såsom sänggrind, larm m.m., görs på alla boende vid inflyttning. Samtliga skyddsåtgärder följs upp vid behov och enligt ordination från hälso- och sjukvårdspersonal.

Skötsel och funktionskontroll av MTP signeras av omvårdnadspersonal på särskild lista i omvårdnadspärm.

## Uppföljning genom egenkontroll

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

Under 2015 har registrering i kvalitetsregister fungerat bra.

Under år 2015 har vi haft mätbara mål utifrån hälso- och sjukvård.

Några mål Riddargården har haft är:

- Minska antalet läkemedelsavvikelser, vilket vi uppnått.
- En säker ICF-baserad VODOK dokumentation med godkänd resultat på HSL-dokumentation vid 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. HSL-personal informerar närstående vid förändring i boendes hälsa.

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

Vi har granskat slumpmässigt utvalda boendes HSL-dokumentation utifrån en granskningsmall som består av ett antal frågor. Resultaten visade på väl fungerande dokumentation. För att vara godkänd ska man ha 95% godkända bedömningspunkter

Intern-MAS granskar varje månad alla HSL-avvikelser i 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.

Riddargården har ett egenkontrollprogram med enbart hälso- och sjukvårdsfrågor där HSL-personal tillsammans med verksamhetschef går igenom HSL-frågor som t.ex.

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

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

En stark värdegrund är nödvändig för att en god och säker vård ska kunna ges. Vi har under året 2015 arbetat vidare med verksamheten enligt Eden-alternativet; en livsbejakande verksamhetsfilosofi där värme, glädje, generositet och tillit är viktiga beståndsdelar och där den boendes behov och önskemål står i centrum.

### *Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Vi har under år 2015 haft avtalsuppföljning från Norrmalms Stadsdelsförvaltning, och uppföljning av hälso- och sjukvården av stadsdelens MAS och MAR.

Vid uppföljning från kommunens MAS fanns följande synpunkter

-Hälso-och sjukvårdsjournalerna är av mycket god kvalitet. Inaktuella journaler ska avslutas.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Informationsöverföring och avtal vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador. Riddargården har 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.

Riddargården har också en skriftlig överenskommelse mellan kommun och landsting ”Samverkan vid in- och utskrivning i slutet 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 CURERA 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 Riddargården och CURERA.

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

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

Riddargården har också tydliga rutiner för muntlig och skriftlig rapportering mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt rapportering till omvårdnadspersonal respektive 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 och nattpersonal noterar tidpunkt för kvälls- eller nattmål för att inte nattfastan ska överstiga 11 timmar.

## **Risicanalys**

**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.

### **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 läkemedelshandling
- 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 riskanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

Verksamhetschef utser vid behov ett analysteam som kan utgöras av ombud från verksamhetens kvalitetsgrupp, verksamhetschef eller andra lämpliga personer.

Risicanalys utförs 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. Ett analyschema togs fram under år 2013. Alla aktiviteter och risker förs in i analysenschema där en bedömning görs av konsekvens, allvarlighetsgrad och sannolikhet för att risiken skall inträffa igen. Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas. Riskens storlek ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande och en riskmatrismall (Socialstyrelsens mall) används för detta. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risiken och en slutrapport ska lämnas till verksamhetschef som ansvarar för att ärendet följs upp på utsatt datum.

Alla åtgärder ska rikta sig mot dem:

- 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 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. Riddargårdens 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 IVO 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 utredning och beslut.

*Under år 2015 fanns inte någon händelse som föranledde någon Lex Maria-anmälan.*

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 på Riddargården är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendes säkerhet till närmaste chef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt. 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/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i journalen (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 verksamhetschef, sjuksköterska, rehabpersonal och kvalitetsombud (en från varje avdelning). Varje enskild avvikelse hanteras i kvalitetsrådet.

Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, 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, 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 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 Riddargården 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.*

På Riddargården finns blanketten Synpunkter anslaget på alla informationstavlor för närstående (varje våningsplan). På blanketten finns telefonnummer och adress till verksamhetschef. Blanketten fås även vid inflyttning. På samma informationstavla har också patientnämnden en informationsbroschyr om sin verksamhet. Även den informationen ges vid inflyttning. Vår blankett ”Synpunkter” kan lämnas anonymt.

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

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

Verksamhetschef eller enhetschef 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 verksamhetschef/enhetschef.

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att berörd personal får information om en eventuell överenskommelse.

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

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

Alla synpunkter, förbättringsförslag och klagomål från kund behandlas i kvalitetsrådet. Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska verksamhetschef och ledningen för Stockholms Äldreboende AB informeras.

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

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Socialstyrelsen)
- 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.

Alla HSL-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet VODOK. Intern-MAS för statistik på bl.a. fall och läkemedel, följer upp avvikelserna och rapporterar till verksamhetschef.

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

- Antal trycksår
- Infektioner
- Akut byte av vårdenhet
- Avlidna
- Olika ordinationer, ex. injektioner, inkontinensskydd,

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.

På Riddargården finns blanketten ”Synpunkter” anslaget på alla informationstavlor för anhöriga (varje våningsplan). På blanketten finns telefonnummer och adress till verksamhetschef. 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 verksamhetschef som tar kontakt med den som framfört klagomålet inom 24 timmar för vidare åtgärder.

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

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

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

Redan i välkomstsamtalet bör det framgå om det finns uppenbara vådrisker med den boende, exempelvis risk för fall, undernäring, etc. varvid åtgärder tas fram som kan förhindra eller förebygga risker och som dokumenteras i såväl Sol- som HSL-dokumentationen.

Riddargården ser det självklara i att den boende, eventuellt tillsammans med den närstående, 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, där synpunkter på verksamheten tas tillvara
- Närståendeträffar med verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal där allmän information och nyheter inom hälso- och sjukvård ges.
- Närståendebrev från verksamhetschefen minst 4 gånger per år där verksamhetschef skriver om nyheter, förändringar, aktiviteter m.m.
- Brukarenkät (Stockholms stads) svarar inte på hälso- och sjukvårdsfrågor men ger ändå en bild av hur verksamheten fungerar.
- 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
- Vid förändring i hälsotillståndet eller ändring av ordination från både läkare, sjuksköterska eller rehab personal tas alltid kontakt med närstående
- Erbjudan om samtal med sjuksköterska och kontaktman vid behov.

## Resultat 2015:

Område	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Mål för hälso-och sjukvård i syfte att minska antalet vård skador	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>	Minska antalet fall med fraktur jämfört med år 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Handledning/utbildning</li> <li>–Avvikelsehantering enligt lokal rutin</li> </ul>	Alla boende har fått riskbedömning med DFRI och om risk bekräftats upprättas en vårdplan för fallprevention. För varje fall skrivs en avvikelse som följs upp / åtgärdas och som sedan diskuteras vidare i kvalitetsrådet.	Antalet frakturer år 2015 oförändrat jämfört med år 2014 d.v.s 5 st	Målsättning för år 2015 inte uppfylld.
<b>Basala hygienrutiner</b>	Att följa basala hygienrutiner med 100 % följsamhet och minska antalet infektioner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Hygienrutiner</li> <li>–Handledning kring hygien</li> <li>–Regelbunden egenkontroll av basal hygien enligt framtagna mall.</li> </ul>	Det finns hygienrutiner som revideras kontinuerligt Sjuksköterska handleder och utbildar omvårdnadspersonal i basala hygienrutiner. Egenkontroll att hygienrutiner följs har utförts regelbundet.	Infektionsbarometern visar behandlingar 5 för pneumoni och 14 för urinvägsinfektion hos boende .	Resultatet visar en sänkning av antalet infektioner och en ökad följsamhet gällande rutiner för basal vårdhygien.
<b>Dokumentation</b>	En trygg och säker dokumentation. Vid egenkontroll ska 95 % av dokumentationen vara godkänt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Att det finns rutiner för hur vi dokumenterar.</li> <li>–Handledning</li> <li>–Avsatt tid för dokumentation</li> <li>–Extra SSK vid behov</li> </ul>	Vi har gjort egenkontroller av dokumentationen utifrån checklista. Vi har färdigställt rutiner för hur vi ska dokumentera som revideras kontinuerligt.	Vid egenkontroll är målet uppnått	Dokumentationen har förbättrats avsevärt de senaste åren och målsättningen är uppfylld
<b>Läkemedelsavvikelser</b>	Minska antalet läkemedelsavvikelser till färre än 3 st/månad	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Ett väl utvecklat kvalitetssystem</li> <li>–Kvalitetsråd</li> <li>–Kvalitetsombud</li> <li>–En tillåtande företagskultur</li> <li>–Läkemedelsgenomgångar</li> </ul>	Information om vikten av att fylla i en avvikelse. Hantering av avvikelser där de åtgärdas direkt och förs in i VODOK. Avvikelse tas upp i kvalitetsrådet.	Resultat för år 2014 är i snitt mindre än 1 avvikelse/månad/avd.	Målsättning med i snitt mindre än 3 st läkemedelsavvikelser/månad är uppfylld.

			Kvalitetsombuden tar med sig feedback angående avvikelser till sin avdelning och redovisar på avdelningsmötena.		
<b>Medicinsk Tekniska Produkter(MTP)</b>	En trygg och säker användning av MTP med noll avvikelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rutiner och riktlinje för användning av MTP</li> <li>– Kompetens hos förskrivare/ordinator</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signering av MTP-listor.</li> <li>Funktionskontroller av MTP.</li> <li>Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal individuellt och/eller i grupp</li> </ul>	Antalet MTP-avvikelser år 2015 var 1st	Målsättning för år 2015 inte uppfylld.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Under kommande år (2016) kommer Riddargården att fortsätta att utveckla och förfinas sitt systematiska kvalitetsarbete för att uppnå en trygg och säker vård och omsorg av högsta kvalitet.

Riddargården kommer att utveckla arbetet med kvalitetsregistret BPSD genom fortsatt stöd för att registrera samt utbilda flera administratörer under våren 2016. Sjuksköterskor har börjat använda att göra listan på VODOK och målet är att under 2016 sluta med planeringskalender i pappersversion.

*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 framtagen mall av stadens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, kommer vi att under år 2016 fokusera på följande **övergripande mål**:

- Vi ska fortsatt arbeta med att förstärka teamarbetet i HSL-gruppen, för att skapa en hållbar arbetsstruktur även önskemål om genomgång av kartlagt hälsotillstånd samt skillnaden mellan utredande och behandlande ordination.
- Vi ska vidareutveckla vårt fallförebyggande arbetssätt i syfte att minska antal fall. Vid en risk för fall ska det alltid finnas en vårdplan.
- Fortsatt stöd för att registrera i BPSD kvalitetsregister samt utbilda flera administratörer under 2016.
- Vi kommer att fortsätta utveckla den ICF-baserade VODOK-dokumentationen, hälsoplaner samt övriga sökord.
- Värdegrundsarbetet kommer att fortsatt prioriteras under 2015. Värdegrundskoacher, tillsammans med chefer, kommer att leda arbetet med fortsatt implementering av den nationella värdegrunden och verksamhetens värdeord. En grund för en god och säker vård- och omsorg.