



# Patientsäkerhetsberättelse för Norrmalms stadsdelsförvaltning

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-26

Raili Pettersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Linnea Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Hantering av klagomål och synpunkter	19
Sammanställning och analys	21
Samverkan med patienter och närstående	22
Mål och resultat	24
Övergripande mål och strategier för kommande år	25

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

SOSFS = Socialstyrelsens författningssamling

---

## Sammanfattning

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

### *Arbetsmoment och åtgärder för att öka patientsäkerheten*

- De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är ett riskförebyggande synsätt i arbetet implementeras i alla arbetsgrupper.
- Ledarskap har en stor betydelse för att säkra att hälso- och sjukvårdsrutiner utarbetas lokal i verksamheterna och att dessa implementeras i arbetsgrupperna så att varje medarbetare har kunskaper om dem.
- Genom att patienter och deras närstående ges möjligheter att diskutera och lämna synpunkter om vården och dess innehåll ökar man den direkta kunskapen om hur vården upplevs. Dessa synpunkter bör tillvaratas och användas i förbättringsarbetet.
- Chefens bevakning om att medarbetarna har en tillräcklig kompetens för att utföra hälso- och sjukvård på ett patientsäkert sätt är grundläggande för att säkra vården. Medarbetarna ska ha en individuell kompetensplan.
- Personalen medverkan i kvalitetsarbetet är viktigt av flera synpunkter på grund av att de är oftast närmast patienten. De ska rapportera risker, tillbud och negativa händelser men kan också bidra med kvalitetsförbättrande förslag.
- Chefer kan stimulera medarbetarna till att öka kompetensen genom att skapa forum och tid för kvalitetsarbete och utbildningar.
- Egenkontroll av dokumentation, läkemedelshantering och vårdhygieniska åtgärder sker årligen och i samråd med stadsdelens medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Egenkontrollen innefattar också uppföljning av avvikelser, statistik och kvalitetsindikatorer.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Inom stadsdelen finns 3 äldreboende på entreprenad. Riddargårdens och Sabbatsbergsbyns äldreboende drivs av Stockholms Äldreboende AB och på Vasens äldreboende sköts driften av Digni Care AB fram till februari 2012 därefter tar Attendo AB över. Entreprenörernas patientsäkerhetsberättelser bifogas till detta dokument.

Ett äldreboende och en gruppbostad inom socialpsykiatri finns i egen regi samt åtta gruppboheter inom LSS både i egen regi och på entreprenad.

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

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

### *Mål:*

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

Vårdvisionen är att samtliga vårdskador kan förhindras genom ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete.

Patienter och närstående ska ges möjlighet att ge förslag till förbättringar och samverka med patienter ska vara en naturlig del i utvecklingsarbetet.

### *Strategier:*

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

- Brister i läkemedelshantering
- Brister i vårdhygien
- Fallskador
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår

- 
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
  - Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
  - Fel på medicinteknisk utrustning

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

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

### **Ansvarsfördelning**

*Stadsdelsnämnden ansvarar för att:*

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

*Stadsdelsdirektören ansvarar för att:*

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

*Avdelningschefen ansvarar för att:*

- Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet.
- Uppdaterade rutiner finns tillgängliga på Intranätet.

*Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att:*

- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, att vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv.
- Det utarbetas ett ledningssystem för kvalitet som används i verksamheten. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbete.
- Personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas.
- Enhetscheferna och samtlig personal på vård- och omsorgsboendena samt på dag- och dagliga verksamheterna inom äldreomsorg, socialtjänst och LSS informeras av medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) och medicinskt ansvarigas för rehabilitering (MAR) om hälso- och sjukvårdsregler och rutiner samt utarbetar lokala rutiner utifrån dessa.

---

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

*MAS/MAR ansvarar för att:*

- Upprätta hälso- och sjukvårdsregler och rutiner utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens författningar och Stockholms stads riktlinjer.
- Den vård och behandling som bedrivs är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet.
- Samarbeta med verksamhetschef och övrig ledningspersonal för att vården ska uppnå hög patientsäkerhet och god kvalitet.
- Följa upp att verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på god och säker hälso- och sjukvård, exempelvis inom läkemedelshantering, journalföring och anmälan av risker och skador samt rapportera till nämnden.
- Utredda och bedöma om det är aktuellt att anmäla till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. MAS/MAR har delegation från stadsdelsnämnden för att skicka in anmälan till Socialstyrelsen. MAS/MAR informerar nämnden och berörd verksamhet om in-skickad anmälan och Socialstyrelsens beslut.

*Enhetschefer ansvarar för att:*

- Upprätta och dokumentera i samråd med verksamhetschef samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt.
- Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas.
- Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.
- Försäkra sig om att egenkontrollen är tillräcklig och att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård.

*Legitimerad personal ansvarar för att:*

- Utföra hälso- och sjukvård utifrån vetenskapliga och utprovade metoder.
- Inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård.
- Rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt följa upp avvikelsen.
- Delta i riskinventering.
- Legitimerad personal ska vara delaktig i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

---

*Medarbetarna inom varje enhet ansvarar för att:*

- Utföra vård och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet.
- Följa verksamhetens rutiner, regler och arbetssätt.
- Delta i uppföljning och analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet.
- Delta i risk-, avvikelse- och klagomålshantering.
- Delta i framtagande av verksamhetsplan med åtaganden och beskriva arbetssätt.

*Entreprenörerna ansvarar:*

Att bedriva en god och säker vård som styrs av avtal, lagstiftning, socialstyrelsens och stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård.

## **Struktur för uppföljning och utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

*Mätning av vårdskador:*

Enheterna rapporterar antalet:

- Vårdrelaterade infektioner
- Uppkomna trycksår
- Fallolyckor med fraktur eller annan skada
- BMI som är 22 eller lägre på personer över 65
- Felaktig läkemedelsbehandling
- Bristfällig informationsöverföring mellan vårdgivarna
- Andra risker eller skador t.ex. felanvändning av eller fel på medicin teknisk utrustning

MAS/MAR kontrollerar uppgifterna i journalerna och sammanställer statistik.

*Struktur för uppföljning och utvärdering kopplat till mål och strategier*

Kvalitetsombud på enheten sammanställer avvikelserna. Avvikelserna tas upp på enhetsnivå och även i verksamhetens kvalitetsforum.

Förslag till utveckling av patientsäkerhet och förbättringsarbetet tas upp i kvalitetsforum. Förslagen som man tar beslut om ska dokumenteras, implementeras och utvärderas.

MAS/MAR följer säkerhetsarbetet och lämnar återkoppling på vidtagna åtgärder samt resultat som visas i mätning av kvalitetsindikatorerna.

Enheterna inom äldreomsorgen redovisar resultat via registrering av kvalitetsindikatorer både i hälso- och sjukvårdjournal och Senior Alert.

Enheterna registrerar insatser i livets slut i Palliativa registret.

Detta berör alla äldreboenden oberoende driftsform.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### ***Äldreomsorgen egen regi och entreprenörer övergripande***

Verksamheterna inom äldreomsorgen redovisar resultat via registrering av kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens och Stockholms stads riktlinjer. Kvalitetsindikatorerna dokumenteras både i hälso- och sjukvårdsjournalen och Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister.

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

Samtliga äldreboenden inom stadsdelen registrerar vårdkvaliteten vid livets slut i det svenska Palliativa registret.

### ***Kompetenshöjande insatser.***

Förvaltningens äldreomsorgsavdelning beslutade att använda stimulansmedel för att höja kompetens i personalgrupperna inom stadsdelens äldreboenden för öka säkerheten i läkemedelsbehandling och -hanteringen.

Målet på sikt är att utveckla långsiktiga och varaktiga samarbetsformer för läkemedelsgenomgångar mellan den äldre, läkare och sjuksköterskor och också att ta tillvarata omsorgspersonalens observationer. Vårdskador och lidande på grund av problem som är relaterade till läkemedelsbehandling ska minska.

160 personer i gruppen omsorgspersonal har utbildats i stadsdelens vård- och omsorgsboenden av en farmaceut från Apoteket Farmaci i effekter och biverkningar av läkemedel samt i rutiner för säker läkemedelshantering. Personalen har utfört en elektronisk kunskapstest och erhållit intyg för genomgången utbildning. Deltagarna kom från entreprenörerna, Rid-dargårdens, Sabbatsbergsbyns, Vasens vård- och omsorgsboenden samt Väderkvarnens vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi.

Under samma period utbildades 20 sjuksköterskor i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning. Sjuksköterskorna deltog från Sabbatsbergsbyn, Vasen och Väderkvarnen. Utbildningsbevis delades.

I oktober och november 2011 genomfördes läkemedelsgenomgångar vid 4 tillfällen i grupp med farmaceut, läkare och sjuksköterskor, 2 tillfällen på Väderkvarnen och 2 tillfällen på Sabbatsbergsbyn.

Läkemedelsgenomgångarna med farmaceut kommer att fortsätta under våren 2012. Utvärdering av hela projektet redovisas till Socialstyrelsen.



---

## *Patientsäkerhetsarbetet på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende*

### *Dokumentation.*

All legitimerad personal och en del chefer har fått vidareutbildning i Vodok (stadens datajournal för hälso- och sjukvård) under oktober november. Syftet är att höja patientsäkerheten genom att journaluppgifterna dokumenteras enligt anvisningar. Informationen i journalerna är en garanti för att rätta åtgärder kan vidtas utifrån väldokumenterad underlag. Handledare har också utsetts för Vodok.

### *Utbildning för sjuksköterskor inom demensområdet.*

Sjuksköterskor som ansvarar för enheter med demensinriktning har genomgått spetsutbildning inom området. Syftet med utbildningen var att utveckla demenssjuksköterskans yrkesroll och ansvarsområde. Utifrån utbildningen har sjuksköterskorna fått en arbetsuppgift att komma fram till vad som kan ingå i demenssjuksköterskans arbete. De ska också verka för spridning av idéer och erfarenhet till demenssjuka, närstående och vårdpersonal.

### *Hälso- och sjukvårdsansvaret lokalt.*

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

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

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

### *Granskning av läkemedelshantering av farmaceut.*

Väderkvarnen har avtal med Apoteket Farmaci om extern granskning av läkemedelshantering. Granskning utfördes i av farmaceut i samarbete med MAS i läkemedelsrummet, korttidsboendet Malmen, Servicehuset och alla vård- och omsorgsenheter. Även de boendes egna läkemedelskåp granskades efter samtycke. Farmaceut dokumenterade förbättringsåtgärder som skulle vidtas. MAS har kontrollerat att förbättringarna har genomförts.

---

### *Vårhygien och infektionsregistrering.*

Vårdhygienrund med hygiensköterska och MAS genomfördes 2011 för att säkra och förbättra den vårdhygieniska standarden på Väderkvarnen. Väderkvarnens enheter fick skriftliga anvisningar från hygiensköterskan på förbättringsområden. Enligt verksamhetschefen påbörjades arbetet att åtgärda brister som framkom under oktober 2011 och kommer att vara genomförda under första månaderna 2012. MAS kontrollerar den hygieniska standarden genom besök på Väderkvarnen.

Verksamheten har registrerat infektioner enligt Vårdhygiens rekommendationer och skickar statistik till MAS. Målet är att antibiotikabehandling inte används slentrianmässigt.

### *Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer*

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

Mätområden för kvalitetsindikatorerna och riskbedömningar är antalet:

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

### *Mätning av kvalitetsindikatorer och uppföljning av dem.*

Riktvärden är att varje boende får bedömning minst en gång varje år utifrån respektive indikator. Mätningen har utförts från 1 oktober 2010 till 30 september 2011. Resultaten har dragits ut från datajournaler i Vodok. Resultaten jämförs med genomsnittet av mätningar inom stadsdelen. Antal boende på Väderkvarnens heldygnsomsorg var 86 den 1 oktober 2011. ( Mätningen visar inte Malmens korttidsboende och servicehuset.)

Antalet journaler under hela mätperioden var 152 vilket visar att 66 personer har skrivits in och ut under mätperioden. Den vanligaste orsaken är att personen har avlidit, några har flytta till ett annat boende.

---

### *Patientsäkerhetsarbetet på Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatri*

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

#### *Utbildningsinsatser:*

Enhetens sjuksköterska har gått utbildning i Vodok under 2011. Enhetschefen har gått en heldagsutbildning i de nya föreskrifterna för Lex Sarah. All personal har fått en första information om nyheterna på APT.

#### *Vårhygien:*

Verksamheten har förbättrat personalen kännedom om basala hygienrutiner och följsamhet av dessa. Hygienutrustning har anskaffat enligt Vårdhygiens anvisningar.

#### *Samarbete med läkare och sjuksköterska inom andra vårdenheter:*

Planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård hålls vid behov. Verksamhetens sjuksköterska har också en regelbunden mejlkontakt (digital rond) med ansvarig läkare och sjuksköterska inom psykiatri ca 2 gånger i veckan för att hålla dem uppdaterade och själv få råd och stöd. Sjuksköterskan upplever kontakten som mycket värdefull ur patientsäkerhet synpunkt.

### *Patientsäkerhetsarbetet på Gruppbostäder inom LSS:*

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

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

### Övergripande

Stadsdelsförvaltningen har en årlig plan för kontroll och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet på de olika verksamheterna. Uppföljningarna genomförs av MAS och MAR. Verksamhetens chefer samt personalrepresentanter deltar under uppföljningen. Uppföljningarna sker utifrån enkät men också via granskning av lokaler, bemanning, rutiner och dokumentation. De flesta uppföljningarna rapporteras till nämnden men samtliga är diarieförda på förvaltningen.

Respektive verksamhet har egna internkontrollsystem för att få fram eventuella brister och motverka att risker uppstår.

### Väderkvarnens äldreboende

#### *Journalgranskning:*

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

#### *Läkemedelsgenomgångar:*

Alla boende erhåller genomgång av läkemedel med symtomskattning en gång per år utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

#### *Egenkontroll basala hygienrutiner:*

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor granskar sina respektive medarbetare (omvårdnads personal) utifrån av MAS framtagna granskningsmall fyra gånger per år. Mellan granskningarna sker fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner.

#### *Livsmedelshygien:*

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

#### *Nationella kvalitetsregister:*

De boende som lämnat sitt samtycke registreras i Senior Alert och Palliativa registret. Statistik visar vad som behöver utvecklas i den vårdpreventiva processen utifrån riskbedömningarna och hur den palliativa vården behöver förbättras. Jämförelse kan göras med andra enheter och med utveckling av egna resultat förhållande till föregående år.

#### *Kvalitetsindikatorer:*

Månadsvis redovisas hälso- och sjukvårdsindikatorer och uppföljning av dessa sker på hälso- och sjukvårdsmöten där MAS och MAR deltar.

Resultat Väderkvarnen jämfört med genomsnittet i stadsdelen:

<b>Kvalitetsindikatorer registrerade på Väderkvarnens heldygnsomsorg Mätperiod 2010-10-01 – 2011-09-30</b>			
Indikator	Antal journaler	Resultat Väderkvarnen	Genomsnitt stadsdelen totalt
Antal fallolyckor som har lett till fraktur	140 registrerade fallolyckor	<b>8 %</b>	5 %
Utförda fallriskbedömningar	152	<b>91 %</b>	86 %
Utredning för risk av undernäring	152	<b>24 %</b>	71 %
Boende med BMI 22 eller lägre	152	<b>16 %</b>	32 %
Boende med bedömning för risk av trycksår	152	<b>17 %</b>	71 %
Antalet trycksår	152	<b>1 %</b>	4 %
Antalet utförda ADL bedömningar	152	<b>63 %</b>	81 %
Antalet inkontinens utredningar	152	<b>0 %</b>	28 %
Antalet läkemedelsgenomgångar	152	<b>27 %</b>	41 %

Resultaten av indikatorer är endast ungefärliga då förekommer brister i att dokumentera under rätt sökord förekommer. Tendensen är dock att ADL- bedömningar och fallriskbedömningar utförs mer frekvent än de andra riskbedömningarna.

Riskbedömning för trycksår ligger på 17 % men Väderkvarnens verksamhet har det lägsta antalet trycksår i stadsdelen.

Riskbedömning för undernäring ligger på 24 %, men verksamheten har det lägsta antalet personer som ligger i riskzonen vid mätningen av BMI jämförd med övriga verksamheterna.

Resultat 2011 infektioner behandlade med antibiotika:

Lunginflammation	5
Sårinfektioner	27
Övriga infektioner	6
Urinvägsinfektioner	37
Bölder, infekterade exem etc.	7

Antalet antibiotika behandlade infektioner är totalt 82 vilket året innan var 138. Minskning med drygt 40 % vilket är ett mycket bra resultat. MAS/MAR har redovisat resultaten under 2011 under flertalet tillfällen i verksamheten och också påtalat vikten att införa ett förebyggande arbets-

---

sätt genom att bedömningsinstrumenten används i det dagliga arbetet.

MAS och MAR sammanställer all inkommen statistik och kvalitetsindikatorer från Vodok. Återkoppling sker till verksamheterna. Sammanställning över kvalitetsindikatorerna skickas till äldreförvaltningen samt indikatorer för fallrisk, risk för trycksår eller undernäring registreras även i Senior Alert.

Infektionsstatistik skickas till Vårdhygien som kallar in MAS två gånger årligen för uppföljning och diskussion. Anvisningar lämnas för eventuella åtgärder som ska vidtas. MAS förmedlar detta till verksamheterna och MAR.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### *Samverkan inom stadsdelens egna verksamheter*

Respektive enhet har lokala samverkansrutiner för informationsöverföring internt i den egna verksamheten och mellan olika enheter inom stadsdelen. Lokala rutiner upprättas på respektive enhet och följs. Rutinerna uppdateras och revideras. Om rutiner inte följs rapporteras det som avvikelser.

MAR/MAR granskar vid uppföljningen hur rutinerna fungerar.

### *Samverkan med sjukhus och primärvården*

Samverkan sker utifrån lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning som finns med St. Görans sjukhus, Stockholms Geriatriken och de flesta vårdcentralerna i innerstaden. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan med respektive enhet.

Samverkansmöten hålls med representanter från respektive organisation. Avvikelse rapporteras och tas upp på samverkansmöten. MAS/MAR upprättar samverkanskommelser för hälso- och sjukvård i samråd med verksamhetschefer inom Landstingets verksamheter.

### *Samverkan inom rehabiliteringsområdet.*

Samverkan ska ske utifrån lokal samverkansöverenskommelsen med primärvårdsrehabiliteringen, Stockholms Geriatriken och St. Görans sjukhus. Verksamheterna ska följa överenskommelsen och upprätta lokala rutiner för samverkan för respektive enhet.

### *Samverkan med läkarorganisationer på särskilda boenden*

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationer inom särskilda boendeformer. Samverkansmöten hålls 2 gånger varje termin med respektive läkarorganisation, utförarna och MAS.

Verksamheterna skriver lokala rutiner för besökstider och för övrigt för

---

den lokala samverkan. Uppföljning och revidering av dokument sker årligen i samråd med läkarna, verksamhetscheferna och MAS/MAR

#### *Samverkan med tandvården*

Samverkansavtal finns med landstingets tandvårdsenheter om munhälso-  
bedömning och nödvändig tandvård. Enheterna erbjuder munhälso-  
bedömning och planerar besök av tandvårdsteam för respektive patient i  
samråd med tandvårdsteamet. MAS deltar i utvärdering på Landstingets  
Tandvårdsstab årligen.

#### *Samverkan med myndighet*

Verksamheten upprättar ruiner för samverkan med respektive beställar-  
enhet. Uppföljning årligen av samverkande parter. Revidering av doku-  
menten sker när det finns behov.

#### *Samverkan med entreprenörer och enskilda utförare:*

Utöver uppföljningstillfällena har stadsdelens MAS/MAR samarbetsmöten  
med entreprenörerna. Rådgivning sker också både via telefon och  
mejl.

MAS/MAR kontrollerar journalernas och hälso- och sjukvårdens kvalitet  
hos entreprenörer och enskilda verksamheter vid uppföljningstillfällena.  
Muntlig återkoppling lämnas till utföraren redan vid uppföljningstillfället  
så att de kan vidta åtgärder snarast möjligt. En skriftlig uppföljningsrap-  
port med checklista på åtgärder upprättas och skickas till utföraren.

Entreprenörer och enskilda verksamheter har egna MAS funktioner, de-  
ras uppgift är att utarbeta rutiner för egenkontroll för hälso- och sjukvård  
på respektive verksamhet.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskanalys är en beprövad metod för säkerhetsarbete inom sjukvården  
och andra högriskverksamheter. Genom en noggrann kartläggning av hur  
en verksamhet fungerar i praktiken, kan risker och brister identifieras och  
analyseras. Analys kan genomföras vid verksamhets eller organisations-  
förändringar, ombyggnationer eller flertalet negativa händelser etc.

#### *Väderkvarnens äldreboende*

Personalen på Väderkvarnen arbetar med systematisk identifiering och  
bedömning av risker för att förhindra incidenter som kan leda till att den  
boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som kan eliminera  
skada.

---

Risikanalyser görs exempelvis vid:

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

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

### *Malmskillnadsgatans gruppbostad inom Socialpsykiatri*

När personalen upplever riskfyllda situationer kontaktar de sin chef eller MAS. Risker inom hälso- och sjukvårdsdelen diskuteras med verksamhetschef, samverkanspartners och MAS. Åtgärder vidtas utifrån eventuellt framkomna brister inom verksamheten eller i samverkan med andra vårdgivare. Risker registreras i ett digitalt.

### *Gruppboستäder inom LSS*

När personalen upplever riskfyllda situationer kontaktar de sin chef eller MAS. Risker inom hälso- och sjukvårdsdelen diskuteras med enheterna chefer, vårdcentralerna och MAS. Riskförebyggande åtgärder sätts in. Risker registreras i ett digitalt. Entreprenörerna har ett eget digitalt system för registrering.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### *Avvikelsehantering och Lex Maria, övergripande*

Enligt patientsäkerhetslagen<sup>1</sup> är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

---

<sup>1</sup> SFS2020:659



---

Verksamheten ska ha rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och risker för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt.

Händelser och risker ska utredas och åtgärdas snarast möjligt.

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria<sup>2</sup> är samtliga vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada i samband med vård, undersökning och behandling.

Kompletterande bestämmelser finns i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården<sup>3</sup>.

Syftet med Lex Maria är att:

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

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

Legitimerad personal och personal med delegering är enligt lag skyldiga att rapportera tillbud och negativa händelser. All personal ska rapportera händelser för att öka patientsäkerheten.

#### *Avvikelseprocessen*

- Personal som upptäcker en avvikande händelsen ska omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal.
- Den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt på blankett för avvikelserapport.
- Tjänstgörande sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast ska bedöma och vidta åtgärder samt kontakta läkare vid behov. Avvikelserapporten kompletteras och händelsen dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårds journal samt i avvikelsemodulen i Vodok.
- 

---

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

<sup>3</sup> Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

- 
- Berörd legitimerad personal analyserar avvikelserna. Analys och konsekvens av händelsen samt patientrelaterade åtgärder dokumenteras i journalen och i avvikelsemodulen i Vodok.
  - Legitimerad personal informerar patient/närstående om avvikelserna.
  - Chef och MAS/MAR ska informeras. MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär.
  - Chef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i Vodok
  - Det ska finnas ett forum där chefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier representerade för att analysera händelser och vidta åtgärder för att förhindra återupprepning.
  - Chef godkänner vidtagna åtgärder och dokumenterar detta i avvikelsemodulen i Vodok.
  - Avvikelser i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal.
  - Om avvikelserna leder till en Lex Maria anmälan ska MAS/MAR underrätta patient och/eller närstående samt dokumentera detta i journalen. Det ska även antecknas om information inte lämnats ut och anledning till detta.
  - 
  - Socialstyrelsen utreder anmälan utifrån en patientsäkerhetsaspekt. De granskar verksamhetens målbeskrivning, organisation, ansvarsfördelning, bemanning och rutiner. Handläggaren från Socialstyrelsen kan begära specialistutlåtande och ibland genomföra verksamhetsbesök som komplement till anmälarens utredning innan beslut fattas. Handläggaren informerar MAS/MAR om beslutet.

### *Väderkvarnens äldreboende*

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende har rapporterat 185 avvikelser under 2011. Fördelning på avvikelserapporter:

- Fallolyckor 147
- Brister i läkemedelshantering 24
- Brister i informationsöverföring i vårdkedjan 9
- Brister i specifik omvårdnad eller rehabilitering 5

Två händelser på Malmens korttidsboende med hög risk för patientsäkerhet har anmälts enligt Lex Maria till Socialstyrelsen. Samtliga avvikelser utreds och hanterats lokalt.

I slutet av 2011 inrättades ett kvalitetsråd på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende för att hantera avvikelserna systematiskt.

---

### *Malmkillnadsgatans gruppbostad inom Socialpsykiatri*

Samtlig personal, både mentalskötare och sjuksköterskor skriver avvikelser om något oväntat inträffar.

Skötarna dokumenterar i ParaSol och sjuksköterskan i Vodok. Vid upprepade avvikelser diskuteras eventuella brister bättre rutiner införs vid behov.

Sjuksköterskan rapporterar avvikelserna i Vodok med en kopia i på fliken hälso- och sjukvård i ParaSol för att omvårdnadspersonalen skall få tillgång till dokumentationen.

Rapporterade avvikelser under 2011:

En fallolycka. Enligt enhetschefen förkommer nästan inga avvikelser.

### *Gruppbostaderna inom LSS*

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

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

Gruppbostaderna rapporterar till MAS månadsvis avvikelser efter att de är genomgångna av sjuksköterska och enhetens personal tillsammans.

Vid allvarliga händelser kontaktas MAS omedelbart som ger anvisningar vilka åtgärder man kan vidta.

Rapporterade avvikelser 2011 inom enheter inom entreprenad, Carema Orkide: Brister i läkemedelshantering 137.

Gruppbostaderna Hagagatan i egen regi: Brister i läkemedelshantering 6.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

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

### *Väderkvarnens äldreboende*

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

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

Policyn på boendet är att ta upp en incident eller ett klagomål snarast

---

möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med brister.

Slutrapport skrivs och klagomålet om händelsen avslutas på nästkommande kvalitetsråd.

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

### *Malmskillnadsgatans gruppbostad inom Socialpsykiatri*

Rutiner för mottagande och återkoppling av synpunkter/klagomål finns. Broschyren synpunkter och klagomål finns tillgänglig för alla på enheten.

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

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

Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmaste enhetsmöte som sker varannan vecka. I de fall något skall åtgärdas dokumenteras detta och ansvariga utses.

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till vederbörande som har lämnat klagomål eller synpunkter. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården rapporteras till MAS/MAR som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

### *Gruppboheter inom LSS*

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

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

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till personen som har lämnat klagomål eller synpunkter.

---

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

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

### **Övergripande:**

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

### **Väderkvarnens äldreboende**

Vid kvalitetsrådet görs genomgång av:

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

MAS har mottagit 5 klagomål avseende hälso- och sjukvård på Väderkvarnen. Dessa är diarieförda, utredda och återkopplade till den enskilde.

### **Malmskillnadsgatans gruppboende inom Socialpsykiatri**

Alla klagomål diarieföras och i övrigt följs stadsdelens rutiner för handlingen av klagomål och synpunkter. Ett klagomål om hygienisk standard togs emot 2011 från en annan vårdgivare, Verksamheten har besvarat detta och vidtagit åtgärder.

---

## **Gruppboheter inom LSS**

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs stadsdelens rutiner för hanteringen. Entreprenören Carema Orkide redovisar sina synpunkter och klagomål i deras kvalitetssystem. Klagomålen och synpunkterna skickas som kopia till stadsdelsförvaltningen som registrera dessa och för statistik.

Två klagomål om samarbetet mellan vårdcentral och gruppbohet har mottagits av MAS 2011. Samverkansmöten ordnades med personal, chefer och sjuksköterskor från vårdcentraler för att förbättra samarbetet.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

### **Väderkvarnens äldreboende**

Samverkan med boende och närstående sker på många olika sätt.

- Cirka två veckor efter inflyttning till avdelningen bjuder biträdande enhetschef eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska in den boende och om han/ hon så vill närstående, till ett hälsosamtal.
- När den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller god man delta. Vid detta möte deltar även den boendes kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Samtalet förs utifrån ett salutogent synsätt, det vill säga att man fokuserar på den boendes resurser.
- Vid hälsosamtalet ställer kontaktpersonen, sjuksköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten frågor om den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd.
- När det är möjligt, ska samtalet fokusera på vilka resurser som behöver stärkas och vad som behöver kompenseras.
- Närstående har en viktig roll att stötta den boende så att informationen blir så komplett som möjligt.
- Vid detta möte informerar hälso- och sjukvårdspersonalen också om resultaten av de eventuella bedömningar som utförts under den första tiden efter inflyttningen och diskuterar också de förslag de har avseende planerade åtgärder vid identifierade risker.

Efter hälsosamtalet dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonalen kompletterande åtgärder i omvårdningsjournalen och kontaktpersonen dokumenterar beslutade åtgärder i den boendes genomförandeplan.

Genomförandeplanen ska undertecknas av den boende och eller närstående.

Planen ska innehålla beskrivning på detaljnivå vilka insatser den boende ska ha, målet med insatserna, hur de ska utföras, när de ska utföras och av vem de ska utföras.

---

Vidare beskrivs när under den fortsatta vistelsen vårdplaneringsmöten ska ske där det finns möjlighet att ta upp synpunkter från både patient och närstående.

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

Utöver dessa kontakter finns möjligheter för informationsutbyte via telefon och mejl.

Det finns också brukarråd och anhörigråd för samverkan och information. Rutiner för möten med brukarna och närstående upprättas av verksamheten. Möten dokumenteras. Vid ärenden som berör hälso- och sjukvård informeras MAS/MAR.

### *Malmskillnadsgatans gruppbostad inom Socialpsykiatri*

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

Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Personalen kan trots dessa kunskaper i vissa fall få svårigheter att motivera den enskilde till att upprätthålla kontakter med vårdgivare och ta sin medicin. I dessa fall är kontakt med anhöriga värdefullt och kan ibland vara till stor hjälp.

### *Gruppbostäder inom LSS*

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

## Mål och resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Exempel på mål, strukturmått, process, resultat.

Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
<p><i>God Vårdhygienisk standard</i></p>	<p><b>Kunskap</b></p> <p><b>Rutiner</b></p> <p><b>Utrustning</b></p> <p><b>Egenkontroll</b></p> <p><b>Kontroll vid uppföljning</b></p>	<p>Återkommande vårdhygienutbildning både med lärare och via e- utbildning</p> <p><b>Enheterna skaffar nödvändig utrustning.</b></p> <p><b>Personalen följer basala hygienrutiner</b></p> <p><b>Introduktion ges till nyanställda och vikarier</b></p> <p><b>Uppföljning och egenkontroll sker</b></p>	<p>Statistik på antibiotika behandlade infektioner redovisas.</p>	<p>Antalet antibiotika behandlade infektioner har sjunkit från 138 tillfällen 2010 till 82 tillfällen under 2011 på Väderkvarnens äldreboende.</p> <p><b>Liknande statistik förs hos entreprenörerna vilka redovisar detta i sina patientsäkerhetsberättelser.</b></p>
<p><i>Säker läkemedels- hantering .</i></p> <p><i>Minska antalet fel överlämnade läke- medel.</i></p>	<p><b>Rutiner för läkemedelshante- ring</b></p> <p><b>Utrustning</b></p> <p><b>Extern kvalitets- kontroll</b></p>	<p><b>Utbildning av personal</b></p> <p><b>Information till nyanställda</b></p> <p><b>Kvalitets- granskningar</b></p>	<p><b>Utbildnings- insatser på äldreomsor- gens grupp- bostäder genomfördes 2011</b></p>	<p>Utvärdering sker 2012 och 2013 efter fortsatta utbildningsinsatser.</p>
<p><i>Registrering av kva- litetsindikatorer.</i></p> <p><i>Målvärde 100 %</i></p>	<p><b>Tid</b></p> <p><b>Rutiner</b></p> <p><b>Kunskap</b></p>	<p><b>Utbildning i registrering.</b></p> <p><b>Registrering digitalt.</b></p>	<p><b>Visas i antal och %</b></p>	<p>Verksamheterna har påbörjat registreringen men ingen har nått 100 %</p>



Mål och område	Vad behövs	Vad görs	Resultat	Måluppfyllelse
Antalet läkemedelgenomgångar ska öka. Minst en genomgång årligen/person. Målvärde 100 %.	Överenskommelse med Landstinget och läkarorganisationen. Tid med plan för sjuksköterskorna	Samarbete med läkarorganisationerna.  Utbildningsinsatser har genomförts.	Överenskommelse finns.  Kunskapsnivån har höjts. Planering förbättras.	Utvärdering 2012. 2011 har 201 läkemedelsgenomgångar dokumenterats vilket motsvarar 41% sammanlagt på alla äldreboenden.

## Övergripande mål och strategier för 2012

- Kvalitets och - säkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagit upp på uppföljningarna.
- Riktlinjer för demensvården ska implementeras, anpassas och utvecklas i respektive verksamhet inom äldreomsorgen.
- Eigenkontroll i verksamheterna ska utvecklas.
- Medvetande om riskförebyggande arbetssätt ska utökas bland medarbetarna.
- Antalet registrerade kvalitetsindikatorer ska öka.
- Utbildning om äldres läkemedelsbehandling och samordnade läkemedelsgenomgångar med farmaceut försätter under 2012.

### Plan för förbättringsarbete på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende:

#### Kvalitetsregister.

Enheten ska införa registrering i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret.

#### Kompetenshöjande insatser.

##### Implementering av nationella demensriktlinjer

Under 2012 kommer verksamheten att genomföra riktade utbildningsinsatser till alla medarbetare inom området demens där de Nationella riktlinjerna för vård- och omsorg vid demenssjukdom ligger till grund för utbildningarna. Exempel på sådana utbildningar är Personcentrerat förhållningssätt och Demens ABC som är en webbaserad utbildning.

#### Aktivitet

Studiecirkel utifrån Svenskt demenscentrums webbutbildning ”Demens ABC” som är baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

#### Målgrupp

Omvårdnadspersonal som arbetar på gruppboende för dementa vid Väderkvar-

---

nens vård- och omsorgsboende.

**Syfte:**

Skapa goda förutsättningar för ett professionellt förhållningssätt vid omsorg av dementa:

- Att omvårdnadspersonalen ska ha förståelse och kunskap i ämnet; demenssjukdom
- Skapar trygghet i att inneha förståelse, kontroll och handlingsberedskap för olika situationer.

**Metod**

Omvårdnadspersonalen har sedan tidigare genomfört webbutbildningen ”Demens ABC”. Genom studiecirkel diskutera utifrån reflektionsfrågor som finns till varje kapitel i ”Demens ABC”.

**Ansvariga för studiecirkeln**

Karin Palm och Martina Axelsson, sjuksköterskor Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

**Tidsplan**

6 ggr á 1 timmar med start vecka 10 2012.

Tid för utvärdering/reflektion, en månad efter sista studiecirkelstillfället, vecka 24 2012.

**Utvärderingsmetod**

Observera, diskutera och reflektera.

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor tillika cirkelledare följer målgruppen i naturliga omvårdnadssituationer. Gruppen träffas efter en månad och utbyter tankar, erfarenheter och reflektioner. På så sätt kan gruppen finna kunskap och styrka i att ta del av andras upplevelser vilket skapar handlingsberedskap och bidrar till professionellt förhållningssätt.

**Utbildning för sjukgymnaster och arbetsterapeuter**

Verksamheten sjukgymnaster och arbetsterapeut kommer att få utbildning i nationella riktlinjer inom demens speciellt anpassad för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

***Entreprenörers patientsäkerhetsberättelser bifogas***

Bilaga 1 Riddaggårdens vård- och omsorgsboende

Bilaga 2 Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende

Bilaga 3 Vasens vård- och omsorgsboende