



Löjtnantsgården

Immanuelskyrkans Vård AB

Patientsäkerhetsberättelse

År 2014

Sylvia Kivi
VD/verksamhetschef
15-02-23

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| Struktur för uppföljning/utvärdering | 5 |
| Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 6 |
| Uppföljning genom egenkontroll | 10 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 11 |
| Risikanalys | 12 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 13 |
| Hantering av klagomål och synpunkter | 13 |
| Sammanställning och analys | 13 |
| Samverkan med patienter och närstående | 13 |
| Resultat | 14 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år | 19 |

Sammanfattning

Vårdskada är per definition lidande, obehag eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SOSFS 2005:12).

Löjtnantsgården har sedan starten 2008 byggt upp ett ledningssystem och en organisation som möjliggör att eventuella risker tidigt upptäcks, analyseras och åtgärdas. Även under 2014 har fokuset varit att personalen, även de timanställda, känner att de kan använda kvalitetsledningssystem. Samtlig personal är väl medveten om sitt individuella ansvar. När något avvikande har hänt eller om det har uppstått ett tillbud, skrivs alltid en avvikelserapport. Alla är medvetna om att syftet med avvikelser är att upptäcka brister i organisationen gällande t ex kommunikation, samarbete, utrustning, rutiner och inte att hitta någon enskild person som eventuellt handlat fel. När detta synsätt, tillsammans med ett stort engagemang för den enskilde individens välbefinnande får prägla verksamheten, minskar risken för att vårdskador skall uppstå.

Löjtnantsgården är en verksamhet med 54 boende och med en platt organisation. Beslutsvägarna är korta. Verksamheten präglas av att styrelse och ledning har ett stort förtroende för Löjtnantsgårdens personal och förtroendet hos personalen för ledning och ägare är ömsesidigt. Detta möjliggör en öppen dialog om alla frågor i verksamheten och så även patientsäkerhetsfrågor.

I berättelsen finns noggrant beskrivet hur Löjtnantsgården arbetar med att ta tillvara det som framkommer i både externa kontroller och egenkontroller.

Löjtnantsgården står för en stor öppenhet i kommunikationen med boende och närstående. Närstående inbjuds till delaktighet och kontakt redan från inflyttningsdagen och följs upp regelbundet av både sjuksköterskor och kontaktperson.

En Lex Maria anmälan har gjorts under året men det bedömdes inte som lex Maria ifrån stadsdelen när utredning var klar. Antalet läkemedelsavvikelser är få och ingen är av allvarlig karaktär.

Antalet fall utan skada har ökat men orsaken är att Löjtnantsgården registrerar, även de händelser där personen satt sig själv på golvet eller glidit ned, som fall. De fall som förorsakat fraktur har minskat och har varit 4 i antal. Fall kan tyvärr ske även om den boende har en personal vid sin sida.

Registreringar i Senior Alert, samt en fungerande teaminsats har bidragit till en ökad medvetenhet hos både personal och närstående gällande riskfaktorer och förebyggande åtgärder.

Arbetet med patientsäkerheten är ett levande och ständigt pågående arbete på Löjtnantsgården.

Övergripande mål och strategier

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

Immanuelskyrkans Vård AB ingår i koncernen Probitas-Immanuelskyrkans Förvaltnings AB som ägs av Immanuelskyrkan i Stockholm. Löjtnantsgården är en del av Immanuelskyrkans diakonala arbete.

Probitas-Immanuelskyrkans Förvaltnings AB äger fastigheten Svea Artilleri 15 på Löjtnantsgatan 8 på Östermalm. I fastigheten finns 54 seniorlägenheter, 10 studentlägenheter, lokaler för affärsverksamheter samt Löjtnantsgården med 54 vårdplatser.

Målsättning för Löjtnantsgårdens patientsäkerhetsarbete

- alla arbetar förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada inte uppstår
- Alla känner ansvar för och anstränger sig i att ständigt granska så att vi gör rätt saker på rätt sätt
- alla känner sig trygga med att rapportera avvikelser och är införstådda med att avvikelser i de flesta fall orsakas av brister i rutiner och organisation
- att avvikelser ses som möjligheter till förbättringar

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvaret enligt 3 kap patientsäkerhetslagen har varit fördelat enligt nedanstående;

Vårdgivaren Immanuelskyrkans Vård AB har det övergripande ansvaret och styrelsen följer noga verksamheten bl. a genom att verksamhetschefen rapporterar avvikelser, synpunkter och klagomål, tillsynsrapporter, enkäter mm. Styrelsen kan uppdra åt VD/verksamhetschefen att vidta åtgärder som styrelsen anser nödvändiga.

VD/Verksamhetschefen ansvarar för att det finns ett kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen. I ansvaret ligger också att gå igenom och uppdatera kvalitetssystemet minst en gång per år samt vid behov skriva nya rutiner.

VD/Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för det medicinska omhändertagandet av patienten, samt att samverka och samordning med andra myndigheter och tjänstemän fungerar på ett tillfredsställande sätt.

VD/Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns direktiv och instruktioner som verksamheten kräver och att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser.

Löjtnantsgården har en medicinskt ansvarig sjuksköterska med ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet. Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournal-lagen (1985:562). Att patienten får den vård och behandling som en läkare förordnat om.

Hon ansvarar även för att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ansvarar för 8-14 boende.

I ansvarområdet ingår bedömningar, planering och utförande av omvårdnad och medicinska insatser, dokumentation samt läkarkontakt. Hon ansvarar även

för att vårdplaneringar hålls, samt att omvårdnadspersonal med adekvat utbildning och erfarenheter får delegering för givande av läkemedel.

Sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar inom sina respektive

yrkesområden för bedömningar, träningar och förskrivning av hjälpmedel och dokumentation. Vissa uppgifter som t ex träning har i enstaka fall delegerats till omvårdnadspersonal med adekvat utbildning. Sjukgymnasten ansvarar för att säkerhetskontroller av medicinsk teknisk apparatur genomförs samt uppföljning av förflyttningsteknik hos samtliga personal.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Följande strukturer används av Löjtnantsgården för att mäta och följa upp vårdskador.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister. Med hjälp av registrering, riskbedömning och förebyggande åtgärder kan fall, nutritionsbrist och trycksår förebyggas. Löjtnantsgårdens samtliga boende registreras och riskbedöms i detta register.

När en ny boende flyttar in begärs tillstånd av den boende alternativt av närstående att få registrera i Senior Alert. Registrering och riskbedömning sker inom 14 dagar efter inflyttning sedan var 6:e mån samt vid statusförändring. Om risk föreligger skrivs en åtgärdsplan. Undernäring registreras en gång per månad eller vid behov (=vikt). Trycksår och fall registreras vid uppkomst. Första uppföljningen sker 2 veckor efter första registreringen och löpande uppföljningar sker var 6:e månad eller vid statusförändring. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för vikt och trycksåruppföljningar och sjukgymnasten för falluppföljningar.

Löjtnantsgården arbetar målmedvetet för att förebygga vårdskador genom fel- eller övermedicinering. När någon flyttar in gör patientansvarig läkare en genomgång av ordinerade läkemedel. En gång per år sker en genomgång av den boendes samtliga läkemedel och revidering sker. Dessutom sker löpande bedömningar av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare. Vid alla tillfällen när förändringar sker i läkemedelslistan, sker en genomgång av den personens samtliga läkemedel och eventuell revidering genomförs.

Väl genomarbetade rutiner finns för delegering och för läkemedelsutdelning och få avvikelser förekommer. Om en avvikelse gällande läkemedel skulle uppstå, så finns rutiner för riskanalys och åtgärder. Huvudansvarig för detta är omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt medicinskt ansvarig sjuksköterska

Antalet infektioner följs noggrant genom registrering i Infektionsregistret. Rutin finns gällande konstaterade av urinvägsinfektioner och eventuell insättning av antibiotika. Målsättningen är att minska antalet infektioner och användning av antibiotika.

En särskild rutin följs gällande vård i livets slut, för att säkerställa effektiv smärtlindring och ångestdämpning. Registrering av alla avlidna sker i Palliativa Registret.

Vårdplanering med närvaro av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, boende och närstående sker minst en gång per år samt vid förändrat hälsotillstånd. Teammöte hålls 4 gånger per år.

All dokumentation kontrolleras dagligen av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Eventuella risker identifieras därmed i tidigt skede, och eventuella åtgärder kan snabbt sättas in.

En egen enkätundersökning utförs årligen riktad till boende och anhöriga. Där finns ett särskilt avsnitt som avser HSL-området. Resultatet bearbetas i HSL-personalgruppen och eventuella förändringar genomförs.

Rutin för avvikelsehantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. I direkt anslutning till att avvikelse skett, fastställs åtgärdsplan. Ansvarig är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid fall sker samråd med sjukgymnast. Samtliga avvikelser kontrolleras i direkt anslutning till att avvikelsen uppstått av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Bedömning görs om insatta åtgärder är tillräckliga och om avvikelsen skall leda till Lex Maria. Uppföljningar av samtliga avvikelser sker regelbundet på Kvalitetsrådet. Om avvikelserna beror på brister i rutiner sker revideringar av dessa.

Rutin för klagomålshantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. Alla nya boende och anhöriga informeras vid inflyttning. Eventuella klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan fastställs inom 7 dygn.

Löjtnantsgården genomför årligen en enkätundersökning riktad till samtlig personal. I enkäten ställs frågor gällande information, mål och måluppfyllelse.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att förbygga fall, trycksår och viktnedgång har kvalitetsregistret Senior Alert använts sedan 2010.

Fall

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Downton Fall Risk Index, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat har en åtgärdsplan skrivits.

Alla personer (även om fallrisk ej har förelegat) har i samband med inflyttningen fått en liten folder med råd för att förebygga fall. "Undvik att ramla". Sjukgymnast och Arbetsterapeut utför fallpreventionsronder hos samtliga boende var 5:e vecka. Har man upptäckt något som ökar fallrisken, t.ex. mattkanter, sladdar eller dålig belysning, så har detta åtgärdats. När en ny boende har flyttat in, så har sjukgymnasten gjort en bedömning för att säkerställa att personen har haft rätt hjälpmedel för att utföra säkra förflyttningar. Nya hjälpmedel har ordinerats och ibland har rörelselarm alternativt larmmatta installerats efter godkännande av personen.

Under året har all personal fått påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik. Med god utbildning känner sig personalen trygg vid förflyttning och det gör momentet säkrare för individen. All personal är utbildad i att använda lyftarna på ett sätt som gör att den boende känner sig trygg. Samtliga lägenheter är utrustade så att det finns möjlighet att använda taklyft om behov föreligger.

Vid inflyttningen och därefter har omvårdnadsansvarig sjuksköterska gjort bedömningar av fallrisk i förhållande till läkemedelsintag.

Flera boende har fått individuell träning av sjukgymnast eller delegerad personal. Det har handlat om gångträning, rörelseträning och balansträning. Grupp-gymnastik har skett ett par gånger per vecka och promenader har utförts när vädret tillåtit och den boende önskat.

Sjukgymnasten har under året arbetat med att tydliggöra rutinen för skötsel av hjälpmedel. Varje enhet har en hjälpmedelsansvarig person, som stöder medarbetarna på enheten i skötsel och kontroll av hjälpmedel. Kontaktpersonen utför kontroller och rengöring av hjälpmedlet och signerar efter utförda kontroller i Hjälpmedelspärmen. Sjukgymnasten har gjort sammanställningar över signeringarna månadsvis på varje enhet. I detta arbete har även den hjälpmedelsansvariga varit ett stöd.

Sjukgymnasten har ansvarat för kontakter med de företag som lagar hjälpmedel och utför säkerhetskontroller. Samtliga liftar och sängar har kontrollerats och godkänts.

Trycksår

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Modifierad Nortonskala, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat eller trycksår uppstått har åtgärdsplan skrivits och åtgärder satts in. Omvårdnadsansvarig

sjuksköterska har ansvarat för skötseln av trycksåret samt handlett och undervisat personalen i förebyggande åtgärder.

Undernäring

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Short Form Mini Nutritional Assessment (SF MNA). Om risk föreligger eller person bedöms som undernärd har åtgärdsplan skrivits. Åtgärder som undervisning, omgivningsanpassning, översyn av läkemedel, övervakning av näringsintag och anpassning av måltidssituationen med rätt hjälpmedel, sittställning mm har satts in i förebyggande syfte.

Vid undernäring har t.ex. följande åtgärder vidtagits; mellanmål, berikning av maten, energirik och proteinrik kost, parenteral näringstillförsel, små och täta måltider, önskekost.

Alla enheter har varje eftermiddag tillrett egen energidryck som serverats till alla vid kvällsmålet, under natten och eventuellt till morgonmålet.

Vid konstaterad undernäring har personen vägts var 14:e dag eller oftare. Personalgruppen har informerats kontinuerligt gällande viktkurvan och resultat av insatta åtgärder.

Munhälsobedömning

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har gjort en munhälsobedömning dels vid varje nyinflyttning och dels i samband med nutritionsproblematik.

Tandhygienist har besökt samtliga boende en gång per kvartal. Vid några tillfällen har tandhygienisten kontaktats för bedömning vid misstanke om munhälsoproblematik. Tandläkaren har utfört behandling när behov har funnits och den boende inte kunnat uppsöka tandklinik.

Vid ätsvårigheter har boende på remiss erhållit FUS-undersökning. Sjuksköterskan har ordinerat finfördelad mat, förtjockningsmedel, eller timbalkost mm.

Läkemedel

Vid inflyttningen har Löjtnantsgårdens läkare gjort en bedömning av personens läkemedel. I ett flertal fall har läkemedel kunnat reduceras med följd att den boende fått ett ökat välmående. Läkemedelsgenomgång för samtliga boende har skett vid minst ett tillfälle under året. I samband med vård i livets slutskede, har bedömning skett och läkemedel satts ut och ordination getts gällande smärtstillande och ångestdämpande läkemedel.

Löjtnantsgården använder APO-dosystem. När apodoserna anländer kontrolleras de av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som sedan placerar påsarna i läkemedelsvagn. I vagnen har varje person ett fack. Undersköterskorna har efter noggrann undervisning mottagit

delegation för läkemedelsgivande. En undersköterska per arbetspass har ansvaret för läkemedelsgivande och är den som har nyckel till läkemedelsvagn. Hon/han kontrollerar att det är rätt person, rätt dag, rätt tidpunkt och rätt antal tabletter med hjälp av uppgifterna på Apodospåsen alternativt dossett kortet. Undersköterskan ger läkemedlet till den boende och övervakar att personen sväljer läkemedlet. Därefter sätter man sin signatur på signeringslistan.

När en avvikelse har hänt, gör omvårdnadsansvarig alternativt tjänstgörande sjuksköterska en omedelbar bedömning. Vid felaktig dos eller givande av fel läkemedel till fel person, kontaktas läkare för bedömning. Under 2014 har ingen avvikelse lett till annan åtgärd än observation. Anhöriga har alltid kontaktats och avvikelsen har dokumenterats i vederbörandes journal. Om någon personal har upprepade förseelser vid läkemedelshantering så drar ansvarig sjuksköterska in delegeringen. Detta har inte skett under 2014. Under rubriken "utebliven dos" redovisas även de fall när boende vägrat ta läkemedel eller varit förhindrad ta läkemedel på grund av exempelvis tandläkarbesök.

Vid enstaka tillfällen har delegering av insulingivning skett till omvårdnadspersonal.

Dokumentation

Journaler upprättas vid inflyttningen.

Samma dag som den boende flyttar in på Löjtnantsgården gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en bedömning och beslutar vilka hälso- och sjukvårdsbehov som skall tillgodoses från första dagen och dokumenterar detta innan arbetspassets slut. Dokumentationssystemet SafeDoc används.

Uppgifter som t.ex. namn, adress och aktuell läkemedelslista finns även i pappersformat.

Samma dag som den boende flyttar in läggs journal upp i SafeDoc.

Vårdplaner upprättas vid behov och uppdateras vid förändring i hälsotillståndet.

Riskbedömningar för nedanstående genomförs och dokumenteras.

- Modifierad Nortons skala
- Mini Nutritional Assessment
- Downton fall risk index
- ADL-bedömning vid ankomst och vid behov
-

Sjukgymnasten har i samband med nyinflyttningar gjort funktionsbedömningar, gått igenom befintliga hjälpmedel och eventuellt ordinerat hjälpmedel och upprättat rehabiliteringsplaner.

Arbetsterapeuten har vid nyinflyttningar gjort ADL bedömning och funktionsbedömningar samt ordinerat hjälpmedel.

Båda har gett individuella behandlingar och behandlingar i grupp samt informerat och undervisat personal för att förebygga vårdskador.

Daganteckningar skrivs löpande vid behov. Omvårdnadspersonalen läser HSL-anteckningarna vid varje arbetspass början.

Journalgranskning

Journaler och daganteckningar följer gällande lagstiftning. Den dagliga dokumentationen följs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Eventuella frågor har diskuterats i sjuksköterskegruppen eller hela teamet och åtgärder har vidtagits för att förhindra att skador uppstår. Detta förebyggande arbete har i hög grad bidragit till en hög patientsäkerhet.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Extern granskning

Östermalms stadsdel utför årligen en granskning av verksamheten. Granskningen inbegriper både HSL och SOL. Omdömet redovisas under Resultat.

Löjtnantsgården har avtal med Vårdhygien Stockholms län. Varje år utförs en genomgång av verksamheten. Omdömet redovisas under Resultat.

Löjtnantsgården genomför enligt avtal varje år en kontroll av liftar med genomgång av skensystem, lyftblock, lyftband, nödsänkning mm och vid behov byter ut defekta delar.

Löjtnantsgården genomför enligt avtal varje år en genomgång av samtliga sängar och protokoll lämnas på varje säng.

Karolinska apoteket, Karolinska universitetssjukhuset genomför varje år granskning av Löjtnantsgårdens läkemedelshantering. Omdömet redovisas under Resultat.

Löjtnantsgården har deltagit i Socialstyrelsens jämförelser av verksamheter i undersökningen "Jämför service". Omdömet redovisas under Resultat.

Stockholms stads enkätundersökning riktade till boende på Löjtnantsgården. Resultat på Stockholms stads hemsida.

Intern granskning

Ledningssystem

Varje år gör verksamhetschef och MAS en genomgång av samtliga rutiner, dokument och checklistor. Dessa uppdateras och kompletteras.

Avvikelsehantering

Varje avvikelse granskas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, MAS och verksamhetschef. Avvikelsen diskuteras i Kvalitetsrådet och kan eventuellt resultera i en ny rutin eller omarbetning av tidigare rutin. Antal HSL-avvikelser redovisas under Resultat.

När en läkemedelsavvikelse hänt, gör omvårdnadsansvarig alternativt tjänstgörande sjuksköterska en omedelbar bedömning. Vid felaktig dos eller givande av fel läkemedel till fel person, kontaktas läkare för bedömning. Eventuell anmälning enligt Lex Maria beslutas. Ingen sådan anmälan har gjorts under 2013.

Klagomålshantering.

Inkomna klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan skrivs inom 7 dagar.

Klagomålen dokumenteras, redovisas och behandlas i kvalitetsråd och styrelse.

Riskbedömningar i Senior Alert

Bedömningar har skett regelbundet och förebyggande åtgärder har satts in och uppföljningar har gjorts. Ett lärande gällande registret och dess användning pågår.

Registreringar i Palliativa registret

Löjtnantsgården registrerar i Palliativ register, redovisning sker under rubriken Resultat.

Infektionsregistret

Alla uppkomna infektioner rapporteras till registret. Resultat redovisas under rubriken Resultat.

Undersökning av förhållningssätt och attityder

Både i Stockholms stads enkät och Löjtnantsgårdens egen enkät till boende och anhöriga finns frågor gällande trygghet och bemötande. Resultat från den egna enkäten redovisas under Resultat.

Under 2014 liksom tidigare år har Löjtnantsgården arbetat med förhållningssätt och attityder. Bemötandefrågor har varit ett tema vid enheternas möten. Dessa frågor har också samtalats om under personalens handledning. Under hösten samlades all personal i tvärgruppen till en etik dag under ledning av en f.d. pastor från Immanuels kyrka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Löjtnantsgården samverkar med två företag för att kontrollera och säkerställa att all Medicinsk Teknisk apparatur är funktionsduglig och säker. Ansvariga är sjukgymnast och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Löjtnantsgården samverkar med sjukhusen vid överföring av patient mellan vårdformerna. Brister i rapportering från sjukhusen förekommer. Dessa brister överbryggas och säkras genom att en sjuksköterska på Löjtnantsgården alltid tar emot patienten vid ankomsten. Vid brister kontaktar sjuksköterskan omedelbart sjukhusets läkare. Om kontakt ej kan fås, kontaktas patientansvarig läkare på Löjtnantsgården.

Löjtnantsgården samverkar med andra äldreboende i samband med att någon flyttar från ett boende till Löjtnantsgården. Noggrann rapportering både muntligt och skriftligt garanterar att överflyttningen säkerställs.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Översyn av Löjtnantsgårdens ledningssystem sker årligen och vid behov. Ansvarig är verksamhetschef och MAS.

Rutin och blankett för tillvägagångssätt vid riskanalyser finns.

Avvikelse av allvarigare karaktär leder alltid till riskanalyser.

MTP-produkter kontrolleras enligt avtal och vid uppkomna fel görs en riskanalys gällande liknande produkter. Åtgärder vidtas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Om avvikelse inträffat, skrivs en rapport som sedan går till omvårdnadsansvarig sjuksköterska och/eller sjukgymnast (fall). Dessa beslutar om och verkställer åtgärder. Beroende av avvikelsens karaktär kan Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef vara delaktiga i beslutet. Avvikelsen och beslutet dokumenteras i den boendes journal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och/eller sjukgymnast och eventuellt Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljningen. Avvikelserna sammanställs varje månad av verksamhetschef och diskuteras på Kvalitetsrådet. Där tas beslut om eventuella ändrade rutiner. Avvikelsestatistiken rapporteras av verksamhetschef till styrelsen kvartalsvis. Avvikelserna läggs efter behandling i den boendes journal. Om avvikelsen faller inom ramen för Lex Maria gör verksamhetschef och/eller MAS en sådan anmälan till Stockholms Stads stadsdel och vidare till Social Styrelsen. En anmälan har gjorts under 2014. Anmälan skickades in under tiden den intern utredning fortsatt men bedömdes ej som en Lex Maria fall av stadsdelen när den var klar.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

När boende flyttar in ges muntlig och skriftlig information om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter. Om klagomål inkommer så bekräftas de genom att verksamhetschefen tar kontakt inom 24 timmar och inom 7 dagar har en åtgärdsplan

utarbetats och delgetts personen. Löjtnantsgårdens styrelse får löpande information om inkomna klagomål och synpunkter. Åtgärdsplanerna följs upp och dokumenteras i HSL.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Statistik över avvikelser sammanställs månadsvis, kvartalsvis och årsvis. Statistiken redovisas på kvalitetsråd, ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och styrelsemöten. Analys och åtgärdsbeslut sker i Kvalitetsrådet.

Ytterst få klagomål/synpunkter inkommer. I förekommande fall blir problemen lösta genom omedelbara samtal med boende/anhöriga och åtgärder verkställs genast. Dokumentation sker i HSL. Rapport lämnas till styrelse.

Sammanställningar av enkäter både egna och externa redovisas på ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och styrelsemöten. Analys och åtgärder beslutas av ledningsgruppen.

Rapporter efter externa och interna tillsyn och revisioner redovisas på ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och styrelsemöten. Analys och åtgärder beslutas av ledningsgruppen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

På inflyttningsdagen sker ett ankomstsamtal där den boende och närstående deltar. Inom 14 dagar sker en vårdplanering där boende, anhörig, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson och eventuellt sjukgymnast och/eller arbetsterapeut deltar. Beslut fattas och dokumenteras gällande den boendes vård och omsorg.

Möjlighet att boka tid för samtal med patientansvarig läkare finns.

Vid alla förändringar i sjukdomstillstånd kontaktas närstående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Den boende och anhöriga informeras alltid om alla läkemedelsförändringar.

Två gånger per år inbjuds anhöriga/närstående till anhörigmöte med information om verksamheten. Vid detta tillfälle finns sjuksköterskor, kontaktpersoner, sjukgymnast och arbetsterapeut och eventuellt läkare med för att besvara frågor och lyssna till synpunkter.

Två gånger per år inbjuds anhöriga till anhörigråd med möjlighet att framföra synpunkter.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Beskriv vilka resultat som har uppnåtts.

Strukturmått

Sjukgymnast och arbetsterapeut deltar i Äldrecentrums nätverk för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Sjukgymnast och arbetsterapeut går regelbundet på information och utbildning gällande hjälpmedel.

Samtliga sjuksköterskor har deltagit i informationsträffar anordnade av läkemedelsföretag.

Processmått

Tillsyn från Östermalms stadsdelsförvaltning

I oktober 2014 genomförde Östermalms stadsdelsförvaltning tillsyn och lämnade följande sammanfattande bedömning;

Samlad bedömning av uppföljningen:

Löjtnantsgården är en väl fungerande verksamhet som bedriver god vård och omsorg med respekt och omtanke om de boende. Det är fokus på individuellt anpassade aktiviteter liksom en kvalitativ måltidssituation. Det bedrivs ett omfattande kvalitets- och egenkontrollarbete bland annat av den sociala dokumentationen. Ledningen är engagerad och närvarande i det dagliga arbetet och all fast personal har undersköterskeutbildning.

Vårdhygien

Löjtnantsgården har avtal med Vårdhygien Stockholms län. Varje år utförs en genomgång av verksamheten då en god hygien standard konstaterats av hygiensjuksköterskan.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförd enligt författningar och övriga riktlinjer.

Karolinska apoteket, Karolinska universitetssjukhuset genomför varje år granskning av Löjtnantsgårdens läkemedelshantering men bestämde i år att det ska ske endast vart tredje år i fortsättningen. Däremot gjordes en kontroll via enkäter till sjuksköterskor och några i personalgruppen som har mottagit delegering av läkemedel. Vid analys av svaren fram gick det att Löjtnantsgården har goda rutiner för delegering och att samarbetet i vardagen fungerar mycket bra mellan sjuksköterna.

Läkemedelsavstämningar under 2014

Samtliga boende har fått en genomgång av sina läkemedel vid ett tillfälle.

Kontinuerlig översyn av läkemedlen görs vid varje läkemedelsförändring.

På Löjtnantsgården finns ingen person som har mer än tre antidepressiva läkemedel. Det finns 18 personer som har 10 eller fler läkemedel.

Senior Alert

Andel registrerade riskbedömningar gällande fall, nutrition och trycksår i Senior Alert har varit 89. Förebyggande åtgärder förekommer alltid.

Sammandrag av enkätsvar med HSL-inriktning

| | Anhöriga |
|---|------------------------|
| Känner du dig trygg med den vård och omsorg din närstående får? | 96,97% svarar Ja |
| Information och effekt av läkemedel | 86,67 |
| Socialt | |
| Min närstående får ett bra bemötande | 100% |
| Får bra möjlighet att samråda om beslut | 100% |

Resultatmätt 2014

Andel personer med vårdrelaterade infektioner

| | | | |
|----------|-----|-----|-------|
| Pneumoni | Sår | Uvi | Annat |
| 1 | 2 | 60 | 12 |

Andel fall

| | |
|-------------|-------------|
| 2013 | 2014 |
| 150 | 92 |

I andelen rapporterade fall finns samtliga fall redovisade. Även de "fall" där personen själv satt sig ned på golvet eller glidit ur stolen. Av 92 fall år 2014 var 61 utan någon skada och 4 frakturer.

Andel läkemedelsavvikelser

| | |
|-------------|-------------|
| 2013 | 2014 |
| 18 | 44 |

Ingen avvikelse har lett till någon vårdskada. Den ökade antal läkemedelsavvikelsen står för utebliven dos i samband med att boende inte ha tar tagit emot sin medicin på grund av att de inte vill, inte haft behov eller har sovit.

Hantering av medicintekniska produkter

| | | |
|--------------------|-------------|-------------|
| | 2013 | 2014 |
| Felaktig hantering | 1 | 0 |

Måluppfyllelse för 2013

Löjtnantsgårdens personal arbetar mycket medvetet och strukturerat för att förebygga att vårdskada uppstår. Alla känner stort ansvar för att ständigt granska om vi gör rätt saker på rätt sätt. Om någon brist uppdagas, anmäls det omedelbart, åtgärder vidtas och rutiner arbetas fram för att undvika att en upprepning sker. Personalen känner sig trygg med att rapportera avvikelser och synpunkter. Med ovanstående som underlag kan slutsatsen dras att Löjtnantsgården arbetar på ett patientsäkert sätt.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målsättningen för 2015

- Genom regelbundna teammöten tidigt identifiera eventuella risker i miljön, sjukdomsförloppet mm och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder tidigt

- Minska antalet urinvägsinfektioner genom att identifiera riskpatienter
- Börja registrera i BPSD register
- Prioritera aktiviteter och utevistelser hos våra boende