



# Löjtnantsgården

Immanuelskyrkans Vård AB

## Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Karin Jönsson  
Verksamhetschef/VD  
2019-02-27

## **Innehållsförteckning**

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
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	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Sammanställning och analys	12
Samverkan med patienter och närstående	13
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

## Sammanfattning

Vårdskada är per definition vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig är vårdskadan om den är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (SOSFS 2011:9).

Löjtnantsgården har sedan starten 2008 byggt upp ett ledningssystem och en organisation som möjliggör att eventuella risker tidigt upptäcks, analyseras och åtgärdas. Även under 2018 har fokus varit att samtlig personal kan använda ledningssystemet. Alla är väl medvetna 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 55 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. Två gånger per år har vi anhörigråd som är ett forum för förbättring och utveckling av vården.

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under året. Antalet läkemedelsavvikelser är få och ingen är av allvarlig karaktär. Ingen Lex Sarah har anmälts.

Antalet fall utan skada har minskat något. Löjtnantsgården registrerar även de händelser, där personen satt sig själv på golvet eller glidit ned, som fall.

Registreringar i Senior Alert, samt en fungerande teaminsats har som tidigare bidragit till en god 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 AB som ägs av Immanuelskyrkan i Stockholm. Löjtnantsgården är en del av Immanuelskyrkans diakonala arbete.

Probitas AB äger fastigheten Svea Artilleri 15 på Löjtnantsgatan 8 på Östermalm. I fastigheten finns 54 seniorlägenheter, 10 studentlägenheter, lokaler för affärsverksamheter samt Löjtnantsgården med 55 vårdplatser.

### **Målsättning för Löjtnantsgårdens patientsäkerhetsarbete**

- alla arbetar förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada inte uppstår
- alla känner ansvar för och anstränger sig för 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, 2017:80 kap. 4*

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. kvartalsvis på styrelsemöten. Styrelsen kan uppdraga åt VD/verksamhetschefen att vidta åtgärder som styrelsen anser nödvändiga.

**VD/Verksamhetschefen ansvarar för** att det finns ett ledningssystem 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 ledningssystemet minst en gång per år samt vid behov skriva nya rutiner. Uppdatering av ledningssystemet görs i samarbete med Löjtnantsgårdens medicinskt ansvariga sjuksköterska.

VD/Verksamhetschefen säkerställer att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses.

VD/Verksamhetschefen ansvarar för att samverka och samordning med andra myndigheter och tjänstemän fungerar på ett tillfredsställande sätt samt att det finns direktiv och instruktioner, som verksamheten kräver, och att personalen erbjuds adekvat kompetensutveckling.

**Löjtnantsgården har en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).** MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, inkl hälso- och sjukvård som läkare förordnat om. MAS ansvarar även för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355) samt för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. Därutöver ansvarar MAS för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

## **Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ansvarar för 9 alt. 14 boende.**

I ansvarområdet ingår bedömningar, planering, utförande och granskning av omvårdnad och medicinska insatser, dokumentation samt läkarkontakt. De 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 för samtlig personal som sker årligen.

## **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. Operativt ansvarig för riskanalys och åtgärder är omvårdnadsansvarig sjuksköterska och huvudansvarig är medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Antalet infektioner följs noggrant genom registrering i Infektionsregistret. Rutin finns gällande konstaterande av urinvägsinfektioner och eventuell insättning av antibiotika. Målsättningen fortsätter att vara 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.

Team-möte hålls 2-4 gånger per år.

All dokumentation kontrolleras dagligen av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig sjuksköterska. De rapporterar till verksamhetschef/vd vid behov. Eventuella risker identifieras därmed i tidigt skede, och eventuella åtgärder kan snabbt sättas in.

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

Rutin för avvikelshantering 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.

Rutinen 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 en enkätundersökning riktad till samtlig personal vartannat år. I enkäten ställs frågor gällande information, mål och måloppfyllelse.

BPSD register används för personer med en demensdiagnos. Målsättningen med BPSD är att vi ska kunna skapa trygghet för personer med beteendemässiga och psykiska symptom genom omvårdnadsåtgärder och/eller farmakologisk behandling. Detta uppfyller vi genom att arbeta i team och genom att hitta redskap för att skapa så bra underlag som möjligt för åtgärder. NPI-skattning görs vid ankomst och följs upp minst en gång per år eller vid behov.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

För att förebygga 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 boende och närstående (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 vid behov. 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. Kursen är upplagd i tre olika moment. 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 arbetar årligen 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 lyftar 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 förelegat 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 m.m. 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.

Enheter har på eftermiddagarna tillrett egen energidryck som serverats 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 resultatet 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 behov 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. Då har läkare och sjuksköterska alltid ett brytsamtal tillsammans med anhöriga/närstående och den boende så att alla har förstått att det är palliativvård som pågår.

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 dosettkortet. Undersköterskan ger läkemedlet till den boende och övervakar att personen sväljer läkemedlet. Därefter sätter man sin signatur på signeringslistan.

När en avvikelse har inträffat, gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska alternativt tjänstgörande sjuksköterska en omedelbar bedömning. Vid felaktig dos eller givande av fel läkemedel till fel person, kontaktas läkare för bedömning. Under 2018 har ingen avvikelse lett till annan åtgärd än observation. Anhöriga har då kontaktats och avvikelsen har dokumenterats i vederbörandes journal. Om någon personal har upprepade förseelser vid läkemedelshantering så drar ansvarig sjuksköterska in delegeringen. Detta har skett vid ett tillfälle under 2018. 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. Östermalms stadsdel kontrollerar att genomgång har gjorts vid den årliga inspektionen.

### **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 avsnittet Resultat.

Löjtnantsgården har avtal med Vårdhygien Stockholms län. Varje år utförs en genomgång av verksamheten.

Löjtnantsgården genomför enligt avtal varje år en kontroll av liftar med genomgång av skensystem, lyftblock, lyftband, nödsänkning mm och byter vid behov 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 numera granskning var tredje år. Löjtnantsgårdens läkemedelshandling granskades under 2017. Aktuella resultat presenteras under avsnittet Resultat.

Löjtnantsgården har deltagit i Socialstyrelsens/Stockholms stads enkätundersökning. Aktuella resultat presenteras under avsnittet Resultat.

## **Intern granskning**

### **Ledningssystem**

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

### **Avvikelsehantering**

Varje avvikelse granskas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, MAS och verksamhetschef. Avvikelsen diskuteras i Kvalitetsrådet om det är någonting som rör hela huset och kan eventuellt resultera i en ny rutin eller omarbeting av tidigare rutiner. Alla avvikelser som rör boende eller enheten tas på varje enhetsmöte som sker en gång i månaden så att alla blir snabbt medvetna om avvikelsen och hur den kan förebyggas. 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.

### **Klagomålshandling.**

Inkomna klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan skrivs inom 7 dagar. Klagomål som kräver utredning före åtgärd dokumenteras, redovisas och behandlas i kvalitetsrådet och vid varje styrelsemöte.

### **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.

### **Registrering i BPSD registret**

Bedömningar sker vid inflyttning och följs upp årligen eller vid behov för de som har ett demensdiagnos.

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 avsnittet Resultat.

Under 2018 liksom tidigare år har Löjtnantsgården arbetat med förhållningssätt och attityder. Dessa frågor har också samtalats om under personalens handledning. All personal har också deltagit i en reflektionseftermiddag på Immanuelskyrkan med medverkan av en av diakonerna.

## **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.

## **Risikanalys**

*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.

Avvikelser av allvarligare 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 2011:9, 7 kap. 2 § p 5, HSLF-FS 2017:41*

### **Avvikelser**

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 avvikelserna faller inom ramen för Lex Maria gör verksamhetschef och/eller MAS anmälan.

## **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 kvartalsvis och årsvis. Statistiken redovisas på Kvalitetsråd, ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och styrelsemöten. Analys och beslut om åtgärder sker i Kvalitetsrådet.

Få klagomål/synpunkter inkommer. I förekommande fall blir problemen lösta genom omedelbara samtal med boende/anhöriga och åtgärder verkställs snarast. Dokumentation sker i SafeDoc. 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 extern och intern 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 under hela vårdtiden.

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 VD/verksamhetschef, sjuksköterskor, och gruppchefer med för att besvara frågor och lyssna på 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.

Sjuksköterskorna har erbjudits att delta i informationsträffar anordnade av läkemedelsföretag.

### **Processmått**

#### **Tillsyn från Östermalms stadsdelsförvaltning**

2018 års tillsyn av Östermalms stadsdelsförvaltning sköts fram till januari 2019.

#### **Metod för stadsdelsförvaltningens regelbundna tillsyn**

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på vård - och omsorgsboendet. Intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument samt dokumentation enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Den samlade bedömningen av tillsynen januari 2019 är att utföraren följer lagar, avtal och föreskrifter och har därmed förutsättningar som krävs för god och säker verksamhet.

### **Vårdhygien**

Löjtnantsgården har avtal med Vårdhygien Stockholms län. MAS eller hygienansvarig sjuksköterska på Löjtnantsgården tar kontakt med hygiensjuksköterskan på Vårdhygien om frågor eller oklarheter uppstår.

#### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförd enligt författningar och övriga riktlinjer**

Karolinska apoteket, Karolinska universitetssjukhuset genomför granskning av Löjtnantsgårdens läkemedelshantering vart tredje år. Denna kontroll utfördes under 2016 och därför gjordes ingen kontroll under 2018.

#### **Läkemedelsavstämningar under 2018**

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

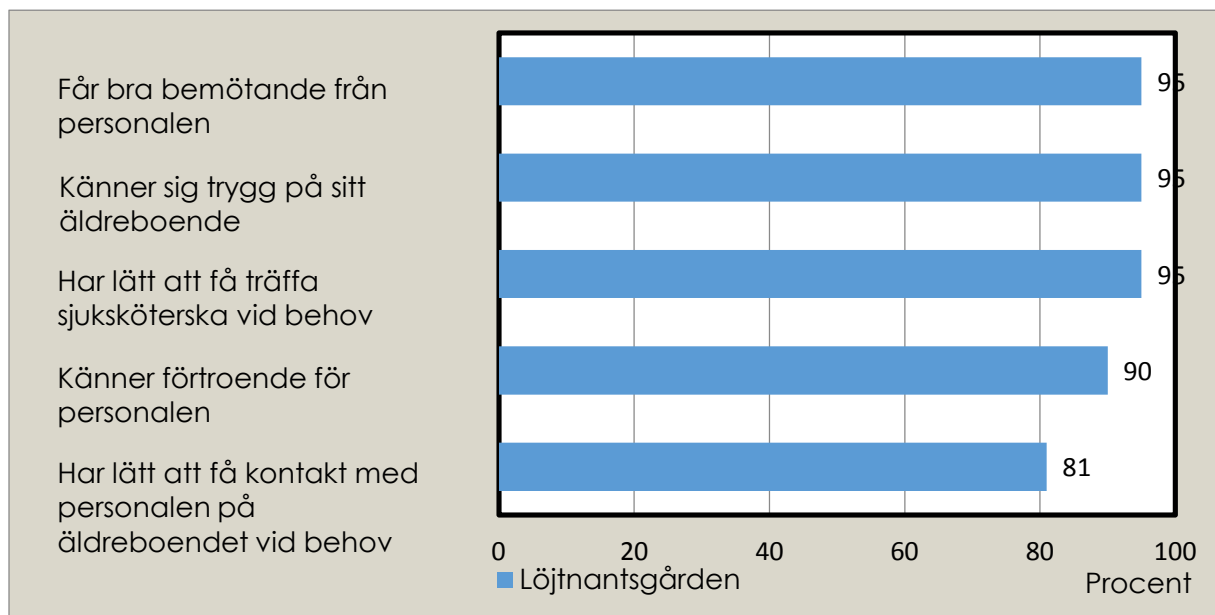
Kontinuerlig översyn av läkemedlen görs vid varje läkemedelsförändring.

På Löjtnantsgården finns en boende som har mer än tre antidepressiva läkemedel. Det finns 20 personer som har 10 eller fler läkemedel.

### **Senior Alert**

Andel registrerade riskbedömningar gällande fall, nutrition och trycksår i Senior Alert har varit 111. Förebyggande åtgärder vidtas alltid.

**Löjtnantsgården har deltagit i Socialstyrelsens/Stockholms stads enkätundersökning.**  
Här redovisas de fem frågor, där andelen positiva svar är högst (svarsfrekvens 40-60%)



**Utdrag ifrån Löjtnantsgårdens egen enkät gentemot de anhöriga 2018 (KUPP) med svarsfrekvens 50+%.**

Här redovisas de fem frågor där andelen positiva svar är högst.

Min närstående får ett bra bemötande	96,43
Min närstående får bästa möjliga hjälp/stöd med sin personliga omvårdnad	92,86
Personalen visar engagemang och respekt	89,29
Min närstående får bästa möjliga hjälp/stöd med tvätt och städning	85,71
Jag får ett bra bemötande	89,29

### Resultatmätt 2018

**Antal personer med vårdrelaterade infektioner baserat på 68 boende.**

Pneumoni	ÖLI	Sår	UVI	Annan infektion
<b>10</b>	4	<b>8</b>	<b>0 med KAD</b> <b>38 utan KAD</b>	<b>17</b>

### Antal fall

2017	2018
87	74

I antalet rapporterade fall finns samtliga fall redovisade. Även de ”fall” där personen själv satt sig ned på golvet eller glidit ur stolen. Av 74 fall år 2018 var 54 utan någon skada. 4 fall har förorsakat fraktur.

## Antal läkemedelsavvikelser

2017	2018
23	20

Ingen avvikelse har lett till någon vårdskada.

## Hantering av medicintekniska produkter

2017	2018
Felaktig hantering 1	2

## Måluppfyllelse för 2018

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 2018

#### Utökning av egna kontroller

Vi fortsätter att satsa på flera egna kontroller i förebyggande syfte för att undvika skada.

#### Översyn av avvikelse hantering

Vi kontrollerar och följer upp aktuella avvikelser och funderar över nya behov.