



# Patientsäkerhetsberättelse för Hässelgårdens VoB

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

Stockholm 2013-02-26, Carina Mannberg

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

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 §

---

## Sammanfattning

Kropp Och Själv Med Omtanke, KOSMO, driver Hässelgårdens VoB, sedan den 1 mars 2012.

Hässelgårdens Vård- och omsorgsboendet har 45 lägenheter för personer med demenssjukdom med heldygnssorg.

Vi har under de månader vi drivit verksamheten arbetat för att få ett gemensamt arbetssätt och gemensamma rutiner på de olika enheterna. Rutinerna kommer från KOSMOs ledningssystem, i vissa fall har lokala justeringar skett. En större samverkan mellan enheterna innebär också att medarbetarna i större utsträckning tar lärdom av varandra och hjälper varandra, detta gäller både HSL-personal och SOL-personal. Vi har arbetat för att implementera KOSMOs rutiner och arbetssätt hos alla medarbetare.

Vi noterade att det under våra första månader skrevs alltför få avvikelser. Vi har därför under hösten fokuserat på att förändra kulturen kring avvikelser och avvikelshantering, från att ses som avvikelse på person till att ses som avvikelse på ett system och därmed bli en viktig kugge i verksamhetens kvalitetsarbete.

Avvikelser från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i ledningssystemet med handlingsplan, uppföljning och återkoppling och det finns forum för behandling av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Genom avvikelshantering som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem. Checklista finns för bedömning av risker i den boendes lägenhet för att förebygga fallincidenter.

När bedömning visar risker för fall, trycksår och/eller malnutrition behandlas och hanteras dessa risker vid teammöten på respektive avdelning där alla yrkeskategorier deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en vårdplan som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen. Allvarliga avvikelser behandlas i den lokala ledningsgruppen som består av verksamhetschefer, enhetschefer och äldrepedagog. Avvikelser rörande hälso- och sjukvård tas upp på Super 8 HSL möten en gång per månad.

Avvikelser, synpunkter och klagomål diskuteras vid varje arbetsplatsträff och på så vis kan mönster och trender identifieras, åtgärdas och följas upp.

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas av enhetschef och innefattar en analys av missförhållandet, om det är rutiner som brister, vilka åtgärder som krävs för att missförhållandet ska elimineras/inte ska upprepas. Återkoppling ges till den person som lämnat synpunkt och klagomål. När behovet finns sker kontinuerlig uppföljning i möten med boende och/eller närstående.

---

## Övergripande mål och strategier

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

***Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet. Utformningen av det stöd som ges ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet.***

KOSMOs värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad, se ovan. Boende hos oss ska få sin omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov.

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag. Syftet med lagen är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling. Vårdgivaren får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Hässelgården är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård.

KOSMO utför all hälso- och sjukvård enligt vetenskapligt beprövade metoder och erfarenheter och den präglas av förebyggande arbete, sakkunnighet och god omsorg. Minst en legitimerade sjuksköterskor finns på plats i verksamheten årets alla dagar, dygnet runt.

Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med enhetschef om hanterandet av avvikelser. Enhetschef/verksamhetschef informerar intern MAS om avvikelser av akut karaktär, förändringar i organisationen samt händelser och riskanalyser. Intern MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §. Enhetscheferna har det delegerade ansvaret för sin enhet. Ärenden diskuteras i den lokala ledningsgruppen som består av enhetschefer, verksamhetschefer och Äldrepedagog.

KOSMOs VD har det yttersta ansvaret för Patientsäkerhetsarbetet.

KOSMO har en intern MAS utsedd för verksamheten i Stockholm, inkluderande Hässelgården. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL.

---

MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

KOSMOs interna MASar ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §)

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

I KOSMOs ledningssystem finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp. Avvikelse behandlas vid Super 8 kvalitetsmöten en gång i månaden och återkopplas till respektive avdelning och vid arbetsplatsträffar för ett lärande i vardagen. Vid mötet deltar representanter för legitimerad personal, omsorgspersonal och enhetschef.

Varje vecka träffas verksamhetens sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef och enhetschef för att diskutera HSL- frågor.

Jämna veckor deltar även rehabpersonalen vid träffarna för att diskutera verksamhetens utveckling. Rehab deltar även i teammöten på avdelningarna samt på vårdplanering. Rehab ansvar för fallavvikelse.

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas enligt rutin i ledningssystemet. I ledningssystemet finns även rutin för hanterande av medicinska avvikelser. Ärendet tas upp på enhetens APT, om det rör hela verksamheten tas det upp i den lokala ledningsgruppen. Avvikelse kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitetssystem som finns i KOSMO, Super 8. På Hässelgården har vi påbörjat arbetet med Super 8-grupper och under 2013 kommer därför avvikelser på ett tydligare sätt hanteras i aktuell kvalitetsgrupp. En handlingsplan upprättas som ska innehålla datum för uppföljning och utvärdering som utförs i samråd med den boende och/eller närstående.

KOSMOs ledningssystem används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I ledningssystemet finns avvikelseblanketten tillgänglig för samtliga medarbetare. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården skrivs ned på papper av den personal som observerat avvikelserna och överförs sedan till sjuksköterskans dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska som också analyserar avvikelserna för eventuell omedelbar åtgärd.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

I samband med att KOSMO tog över driften av Hässelgården utökades antalet sjuksköterskor vilket innebär att det nu finns minst en sjuksköterskor i tjänst nattetid. Vi rekryterade även en Silviasjuksköterska.

KOSMO Hässelgården har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet.

KOSMOs ledningssystem används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Sedan KOSMO tog över driften av Hässelgården i mars 2012 har fokus lagts på att ge våra boende en god och säker vård och omsorg. Implementering av KOSMOs ledningssystem och de rutiner som styr verksamheten har skett dels genom utbildning i KOSMO-sättet och dels genom att vi säkerställt att rutinerna finns tillgängliga för all personal.

Utbildning i dokumentation har påbörjats för såväl HSL-personal som för omsorgspersonal.

Under året har vi även arbetat med att förändra kulturen kring avvikelser och avvikelshantering. Att få samtliga medarbetare att se avvikelser som ett led i utvecklings-, kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Vårt arbetssätt bygger på vår humanistiska och salutogena värdegrund. Det betyder att vi prioriterar sådant som är meningsfullt för den boende ur ett hälsoperspektiv och integrerar aktiviteter och social samvaro som en naturlig del i daglig vård och omsorg. Därmed vill vi stärka den boendes självkänsla, trygghet och sociala betydelse. Ett viktigt komplement till detta är vårt medvetna arbete med hälso- och sjukvårdsfrågor. Många av våra boende har stora behov av såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som omsorg.

Sedan KOSMO tog över driften av Hässelgården har massiva utbildningsinsatser påbörjats. Dessa utbildningar har gällt kontaktmannaskap, dokumentation och teamledarutbildning. Den största satsningen påbörjades i slutet av 2012 då vi startade undersköterskeutbildning med extra språkstöd. Denna utbildning erbjuds samtliga medarbetare med behov av både språk och vårdutbildning. Nästa steg i satsningen riktar sig till medarbetare med behov av undersköterskeutbildning men där språkstödet inte behövs. Hässelgården har en stor andel medarbetare utan undersköterskeutbildning, vilket gör denna utbildningssatsning mycket betydelsefull för ett fortsatt patientsäkerhetsarbete. För att öka patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården arbetar vi med avvikelserapportering och fortsatt utbildning i såväl social dokumentation som HSL-dokumentation.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

Avvikelsehantering: Uppföljning av samtliga inträffade avvikelser görs fortlöpande per enhet/plan.

Riskbedömningar: Sammanställning av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per enhet/plan årsvis.

Journalgranskning: Granskning av journaler genomfördes inte under hösten 2012 av stadsdelens MAS på grund av att det saknades godkännande att gå in i de boendes journaler.

Hygien: Verksamheten har en sjuksköterska med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Under hösten 2012 har hygienronder genomförts på avdelningarna. Verksamheten har avtal med vårdhygien. Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis. Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshandlingen och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Trygg Hälsa ansvarar för läkarinsatserna på KOSMO Hässelgården genom avtal med Hässelby/Vällingbystadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet en dag per vecka samt vid behov.

Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna möten där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras.

### Samverkan med sjukhus

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus.

Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

När en boende skickas in till sjukhus skickas information med gällande den boende. Telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Vid utskrivning från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

## Risikanalyser

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om behov av hjälpmedel för att förebygga risker. En första bedömning av patientens status utförs omgående; förflyttning, kommunikation, elimination och nutrition.

Riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda av sjuksköterska inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning ska vara påbörjad inom fjorton dagar efter inflyttning. Avvi-

---

kande händelser dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas.

Två sjuksköterskor huvudansvarar för våra vårdhygieniska rutiner. Egenkontroller genomförs utifrån livsmedelslagstiftningen. Boendes tvätt hanteras separat i enhetens tvättstuga.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter och för över dessa till VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen.

MAS går regelbundet igenom avvikelserna i VODOK och avslutar.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

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

I KOSMOs ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid KOSMOs VD samt uppdragsgivare informeras omgående.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i hisshallarna på varje våningsplan eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal. Vid möten med boenderådet kan också synpunkter lämnas och de synpunkter som inkommit mellan mötena och som anses vara av generell karaktär diskuteras på boenderådet. Synpunkter från närstående och boende hanteras på olika nivåer beroende på om avvikelser/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten får alltid en återkoppling. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor. Avvikelser ses alltid som ett led i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete och hanteringen av avvikelser/synpunkter ska alltid syfta på att rätta till eventuella systemfel.

## **Sammanställning och analys**



---

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och återkopplas av enhetschef eller verksamhetschef i samarbeten med Super 8 grupp för HSL frågor. På enheten diskuteras och analyseras klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehabmöten och avdelningsmöten.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

På Hässelgården är samverkan med boende och närstående ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar och i genomförandeplaner och levnadsberättelse uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och chefer. Vid verksamhetens boenderådsmöten bjuds deltagare in från samtliga enheter på Hässelgården. Såväl enhetschef som verksamhetschef finns tillgängliga för frågor och samtal.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Vi ger ingen information utan att först ha den boendes godkännande. Denna instruktion gäller under förutsättning att den boende ger sitt godkännande. I annat fall gäller full sekretess inom de områden boende önskar.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd. Verksamhetschefen skriver månadsbrev som läggs på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje enhet har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig dagligen. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan närstående och läkare.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Strukturmått:

Förflyttningsutbildning är genomförd för all omsorgspersonal

Egenkontroll av livsmedelshantering sker dagligen enligt upparbetade rutiner

Kontaktmannaskaputbildning innefattande dokumentationsutbildning i Parasol.

Dokumentationsstödjare och språkstödjare är utsedda och utbildade.

---

Processmätt:

Hygienrutiner och klädpolicy är implementerat på samtliga enheter

Läkemedelsgenomgångar genomförs vid inflyttning och vid förändrat hälsotillstånd, dock minst en gång per år.

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och vid förändrat hälsotillstånd, dock minst en gång per år.

Genomförandeplaner uppdateras minst var tredje månad.

Registrering sker i Palliativregistret och Senior Alert.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Mål:

- Fortsatt arbete med dokumentationsstöd.
- KOSMOs ledningssystem blir uppdaterat, ny plattform lanserades januari 2013 och uppdateringen är klar innan sommaren 2013. 8 olika arbetsgrupper arbetar med uppdateringen. I detta arbete ingår uppdatering av gemensamma MAS-rutiner.
- Genomföra kvarvarande kontaktmannaskapsutbildningar
- Genomföra utbildningar i vårdhygien
- Genomföra utbildningar i inkontinensvård
- Fortsätta utbildningen till undersköterska
- Ökat samarbete mellan sjuksköterskor och rehab genom möten varannan vecka.
- Se över mat och måltider och nattfastan.