

---

# Temabo

Vi vill att människor ska leva hela  
livet

# Patientsäkerhetsberättelse

## Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet  
2013-02-21 Karin Olson Stameus, verksamhetschef

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsti*

---

---

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>4</b>
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>4</b>
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering.....</b>	<b>5</b>
<b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>6</b>
Temabos kvalitetsmål för 2013 .....	7
Mötesstruktur .....	8
Teamarbete .....	8
Tillgänglighet för riktlinjer.....	9
Palliativa registret.....	9
Infektionsregistrering .....	9
Senior alert .....	9
Apoteksgranskning.....	9
Förslag till förbättringar Apoteksgranskning .....	9
Våra åtgärder efter Apotekets kvalitetsgranskning 2012. ....	10
<b>Uppföljning genom egenkontroll.....</b>	<b>10</b>
Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning, jämfört med 2010, 2011 och 2012 .....	11
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>29</b>
Lokal samverkan .....	29
Samverkan kommun – landsting .....	29
Socialtjänst och hälso- och sjukvård .....	29
<b>Risikanalys .....</b>	<b>30</b>
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>31</b>
<b>Hantering av klagomål och synpunkter.....</b>	<b>31</b>
Synpunkter och klagomål.....	31
<b>Sammanställning och analys.....</b>	<b>32</b>
<b>Samverkan med patienter och närstående .....</b>	<b>33</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>34</b>
Utbidning under 2012: .....	34
Övergripande mål och strategier för kommande år 2013 .....	35

---

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

- All personal har genomgått utbildning i lyftkörkort och har erhållit uppdaterad undervisning om medicintekniska produkter som gånghjälpmedel, rullstolar med tillbehör, hygienstolar.
- All personal vid Alströmerhemmets demensenheter har genomgått Demensförbundets webbaserade utbildning DemensABC samt flertalet personal på övriga enheter
- Gemensamt läkemedelsförråd/rum har ordnats så att förvaringen av läkemedel följer gällande föreskrifter.
- Under år 2012 har registrering i palliativa registret gjorts.
- Antalet rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården har ökat vilket vi ser som en viktig del i kvalitetssäkringsarbetet. Rutiner för att behandla avvikelser vid olika forum finns; ledningsmöte, kvalitetshandledarmöte, arbetsplatsträff och kvalitetsforum.
- Rutin för hantering av patienters och närståendes klagomål och synpunkter finns. Mall för handlingsplan med beskrivning av missförhållandet, faktiska omständigheter, befintliga rutiner, bedömning av händelsen och vidtagna/planerade åtgärder med målformulering finns. Organisation av teamforum och vårdplanering finns.
- Teamforum har utvecklats genom utvecklingen av tvärprofessionella teamforum med hjälp av demenschecklistan.
- Utbildning för att stärka kunskap inom vård och omsorg har pågått under hela 2012, vilket är ett viktigt led i ökad patientsäkerhet.
- Den palliativa vården på Alströmerhemmet är av god kvalitet men vi behöver öka vår följsamhet vad gäller användandet av smärtskalor som Appey Pain Scale.

---

## Övergripande mål och strategier

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

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. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Kungsholmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Dessa riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Målet för hälso- och sjukvården vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att patienten ska

1. känna sig trygg
2. få god personlig omvårdnad och säker specifik vård
3. uppleva självständighet och känna att integriteten bevaras
4. vara välnärda, inte skadas av fall eller få trycksår
5. få en hälsofrämjande vardag

## 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 §.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Kungsholmens stadsdelsförvaltning.

---

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.

Verksamhetschef/MAS vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Kvalitetschef inom Temabo AB och intern MAS 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 sjukvårduppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

InternMAS har genomfört internrevision av Hälso och sjukvård och internrevision är en del av Temabos egenkontrollprogram och kontrollen utgår från att följa vårt kvalitetsledningssystem som under 2012 har byggts på SOSFS 2011:9 och varit konstruerat efter standard ISO 9001:2008.

Under våren 2013 kommer vårt nya Ledningssystem att implementeras i verksamheten. Det är ett verktyg för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten och levandegöra vårt planerings- och uppföljningsarbete. I och med detta får vi en illustrativ röd tråd för hur vision, värdegrund, mål och arbetssätt är kopplade till varandra. Ledningssystemet baseras på Socialstyrelsens riktlinjer Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

Vårt nuvarande arbetssätt med interna revisioner kommer att kvarstå som en del i verksamhetens egenkontroll, vilket är en central del i SOSFS 2011:9.

Syftet är att säkerställa att verksamheter följer krav på kvalitet i utförandet av alla tjänster inom HSL och fokus har legat på patientsäkerhet, riskbedömning, internt kvalitetsarbete och efterlevnad av befintliga rutiner.

---

**Metod:** Granskning, uppvisande av dokument, stickprovskontroller samt beskrivningar av arbetsuppgifter utifrån dokumenterade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet samt i verksamhetens lokala rutiner.

MAS och MAR gör årligen en översyn av verksamheten.

Qusta används som kvalitetsinstrumentet består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform.

Uppföljning av effektmål och övergripande mål görs av intern MAS en gång per år och löpande under året av verksamhetschef och representanter ur den paramedicinska gruppen och sjuksköterskegruppen.

I ledningssystemet finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp.

*Avvikelser* behandlas vid ledningsgrupp, planmöten, kvalitetsforum och Arbetsplatsträff (APT)

*Synpunkter och klagomål* från boende och närstående behandlas på ledningsgruppen och en handlingsplan upprättas. Vari består missförhållandet? Befintliga rutiner. Faktiska omständigheter. Bedömning. Vidtagna/Planerade åtgärder och målsättning. Synpunkter och Klagomål redovisas varje tertial till stadsdelen tillsammans med socilaavvikelser.

Månatlig statistik för *infektionsregistrering* förs och sänds månatligen in till stadsdelens MAS.

Struktur på avvikelshanteringen finns i ledningssystemet.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Alströmerhemets vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL.

Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Södermalms stadsdelsförvaltning.

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.

Verksamhetschef/MAS vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att

---

årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidarerapportera den till stadsdelens nämnd.

Kvalitetschef inom Temabo AB och intern MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning Vidareutveckling av Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Den första januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ikraft avseende krav på ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

Teambos nuvarande ledningssystem har vidareutvecklats kontinuerligt sedan starten 2007. Företaget har en fastställd huvudprocess med centrala policy- och styrdokument som bryts ner på verksamhetsnivå till lokala rutiner och checklistor.

Med anledning av socialstyrelsens riktlinjer har Temabos ledning genomfört en intern genomlysning för att kartlägga ledningssystemets nu-läge, synliggöra utvecklingsområden och ta fram en handlingsplan. Under arbetets gång har dialog förts med våra uppdragsgivare och Stockholms Stads Äldreförvaltning och stadens upphandlingsenhet.

Resultatet påvisade att vi i ledningssystemet behöver vidareutveckla *målstyrningen* utifrån vår vision och värdegrund. Temabo kommer att utveckla processen för ständiga förbättringar så den på ett tydligare sätt integreras i verksamheten. Det är viktigt för oss att ledningsprocessen är nära våra medarbetare och boende.

Resultatet har påvisat utvecklingsområden som inte blivit kända i vår externa ISO revision. I dialog med SFK Certifiering har det framgått att ISO inte har för avsikt att granska att ledningssystemet uppfyller gällande lagkrav. Vårt uppdrag är att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd enligt SOSFS 2011:9 och ha ett ledningssystem som är utformad utifrån dessa riktlinjer. Vår uppföljning måste alltid svara mot de krav som ställs enligt Socialstyrelsen.

Vårt nuvarande arbetssätt med interna revisioner kommer att kvarstå som en del i verksamhetens egenkontroll, vilket är en central del i SOSFS 2011:9.

## **Temabos kvalitetsmål för 2013**

Vårt arbetssätt bygger på vår hälsofrämjande (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 bo-

---

endes självkänsla, trygghet och sociala betydelse. Den hälsofrämjande inriktningen innebär dock inte att vi prioriterar ned hälso- och sjukvård. Det handlar inte om antingen eller. Vår styrka ligger i både och. För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. En typ av blankett användes för alla typer av avvikelser. Blanketten finns tillgänglig för samtliga anställda i ledningssystemet. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs sedan till sjuksköterskans dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska. Lokala instruktioner finns för både HSL avvikelser och övriga avvikelser. Avvikelserna behandlas på teamforum, planmöten, kvalitetsforum och APT. Avvikelserna registreras sedan enligt Temabos ledningssystem och följs upp på KUPE med Temabos ledning. Arbetsplatsträff (APT) är schemalagd och återkommer en gång per månad. Kvalitetsforum hålls en gång i månaden innan APT med representanter från alla yrkeskategorier och från alla enheter.

### **Mötesstruktur**

Sjuksköterskans ansvar ses som den ”medicinska chefen”; dels patientansvar för 15-16 boende och dels omvårdnadsansvar som arbetsledare i den dagliga hälso- och sjukvården.

Sjuksköterskor har månatligen ett möte med verksamhetschefen för att dryfta frågeställningar som berör hälso- och sjukvården på Alströmerhemmet. Minnesanteckningar förs vid dessa möten och finns tillgängliga för samtliga sjuksköterskor i ledningssystemet.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har månatligen ett möte med verksamhetschefen för att dryfta frågeställningar som berör deras ansvarsområden på Alströmerhemmet. Minnesanteckningar förs vid dessa möten och finns tillgängliga för samtliga i rehabgruppen i ledningssystemet.

### **Teamarbete.**

Vi ser att omsorgspersonalen saknar den medicinska informationsöverföringen i sitt dagliga arbete. Vi arbetar med att genomdriva en organisationsförändring med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamma kring den boende kan initiera till teamforum och vårdplanering. Enhetschef är sammankallande och teamforum är schemalagt. Alströmerhemmet har deltagit i ett projekt för att förbättra teamarbetet, projektet kallas ”tvärprofessionella team” och arbetar utifrån en checklista, under 2012 har detta provats på en demensenhet på Alströmerhemmet. 2013 kommer arbetet fortsätta. Syftet är att förbättra arbetet mellan de olika professionerna och förbättra dokumentationen så händelser kan följas både i HSL och den sociala dokumentationen. Detta för att öka säkerheten för boende/patienter.



---

## **Tillgänglighet för riktlinjer**

Samtliga medarbetare har åtkomst till ledningssystem med riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. I ledningssystemet på intranätet finns riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Lokal rutinpärm med aktuella utskriftsformer för riktlinjer inom diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig för tillfälligt anställd legitimerad personal.

## **Palliativa registret**

Alströmerhemmet registrerar alla dödsfall på boendet i det nationella palliativa registret. Av resultatet framgår att förbättringsåtgärder är att systematiskt använda sig av smärtskala och erbjuda efterlevnadssamtal.

## **Infektionsregistrering**

Sjuksköterskorna har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) till Mas en gång i månaden.

## **Senior alert**

Sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal har fått en genomgång av systemet i fokus på teamarbete, varför man registrerar i systemet osv. Legitimerad personal har ytterligare fått en fördjupad utbildning då fokus på själva registreringen i systemet. Under hösten 2012 har registrering påbörjats.

## **Apoteksgranskning**

Apoteket har under året granskat läkemedelsförråden. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive verksamhetschef samt ansvariga sjuksköterskor..

## **Förslag till förbättringar Apoteksgranskning**

- Se över och förtydliga ansvarsfördelningen.
- Uppdatera skriftlig rutin gällande förvaring av läkemedel.
- Rekommenderar att samma listor används för signering av iordningställda läkemedel på enheten.
- Påminn läkaren att alltid skriva max-dos på vid behovs ordinationer, även indikation bör skrivas.
- Signera alltid mottagande av telefonordinationer.

- 
- Vid ordinationsändringar bör en ny lista tas ut så snart som möjligt.
  - Signaturförtydligandelistor för både sjuksköterskor och delegerad personal bör ses över.
  - Komplettera den övergripande rutinen med hur länge förbrukningsjournaler ska sparas på enheten.
  - Rekommenderar att byte av ögondroppar skrivs in i dagboken även på plan 3.
  - Se över rutinen för kassation av plåster innehållande läkemedelsrester.

### **Våra åtgärder efter Apotekets kvalitetsgranskning 2012.**

1. Lås finns på läkemedelsrummet. Här finns buffertförråd men också personbundna läkemedel för boende i hela huset. Inga läkemedel skall förvaras på exp 3.
2. Vi har sett över ansvarsfördelningen.
3. Rutiner skall uppdateras och ses över gällande förvaring av läkemedel, kassaktion av plåster innehållande läkemedel, byte av ögondroppar och vara klar senast vid nästa apoteksgranskning mars 2013.
4. Vi använder oss nu av samma system för signeringslistor över hela huset. Listorna skrivs i ett data program ”sign easy” vilket har en tydlig och läsbar struktur.
5. Vi har framfört apotekets synpunkter till läkare.
6. Sjuksköterskorna har anmodats att alltid signera mottagande av telefonordinationer och att vid ordinationsändringar bör en ny lista tas ut så snart som möjligt.
7. Signaturförtydligandelistor för både sjuksköterskor och delegerad personal kommer ses över senast mars 2013.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Uppdragsgivaren utför uppföljning genom granskning av journaler och annan dokumentation. Det åligger intern MAS att lokalt utföra journalgranskning.

Checklistan för upprättande av en patientjournal hålls uppdaterad med att ge anvisning om hur sjuksköterskan i dokumentation säkerställer att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen samt hur omvårdnadspersonalens iakttagelser och observationer dokumenteras för att säkra att vårdplaner upprättas.

---

En gång per år genomför Temabo intern revision som syftar till att granska verksamheten för att finna förbättringsområden. Med andra ord går vi igenom processerna och ser om de är funktionella samt om våra riktlinjer stämmer överens med det som är tillämpligt i praktiken. Den interna revisionen sker enligt rutin för Internrevision.

Journalgranskning sker genom egenkontroll och uppdragsgivarens uppföljning, kontroll av läkemedelshantering samt brukarundersökningar och Socialstyrelsens ”Öppna jämförelser om vården och omsorgen om äldre”.

### **Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning, jämfört med 2010, 2011 och 2012**

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av stadsdelsförvaltningens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR). Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan vård- och omsorgsboenden och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

Förbättringsåtgärderna handlar mycket om att strukturera upp arbetet med tydliga rutiner. *Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende har ett förbättrat resultat efter den svacka som uppstod i samband med verksamhetsövergången under föregående år.*

2010	2011	2012
89 %	60 %	84 %

Det är viktigt att det finns skriftliga lokala rutiner för att all personal ska kunna erbjuda en god och säker vård. Det är också viktigt att all HSL-personal på samtliga plan har ett gemensamt arbetssätt med gemensamma rutiner för hela verksamheten. Det underlättar för nyanställd personal att sätta sig in i arbetet.

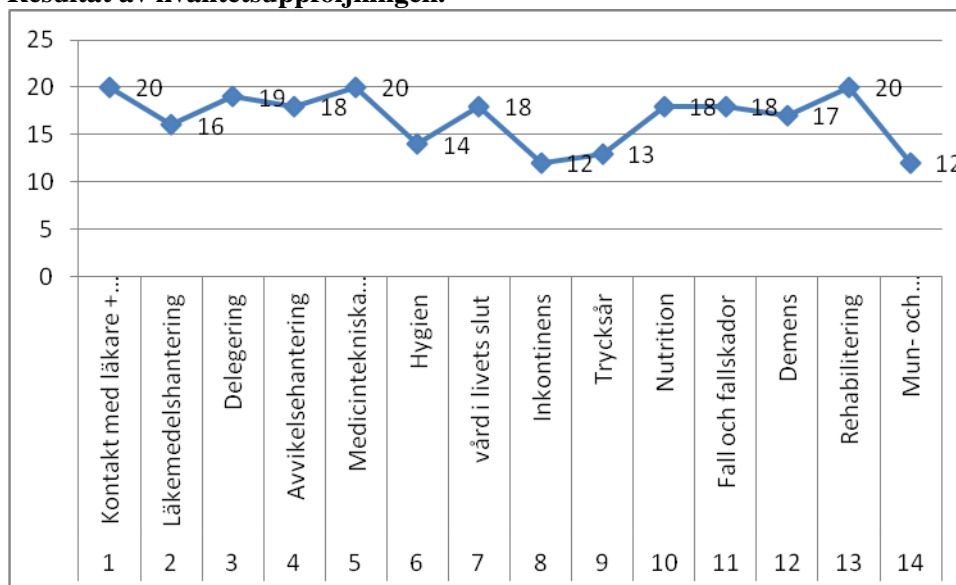
Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende har på många områden formulerat skriftliga rutiner för det arbete som utförs. De områden som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är hygien, munhälsovård och riskbedömningar som t.ex. inkontinens och trycksår samt fortsätta utveckla kvalitén i dokumentationen.

MAS och MAR har granskat 17 stycken slumpmässigt utvalda journaler där 5 påbörjades mellan 2008- 2010 och 12 journaler under 2011. För att få godkänt krävs fullständiga uppgifter i enlighet med checklista för upprättande av journal vid inflyttning (60 poäng). Det avser uppgifter inom Allmänna uppgifter, Anamnes, Inkomststatus, Riskbedömningar, Inkontinensutredning och ADL – Sunnås enligt ovan checklista. Här behövs förbättringar för godkänd nivå, då ingen journal uppnådde 60 poäng. Medianvärdet för de granskade journalerna är 37 poäng. Intervallvärdet är 20 till 46 poäng.

Totalt kan en granskad journal få max 84 poäng (60+24). I det ingår uppdaterade status, upprättade planer utifrån bedömda risker, problem och resurser samt signerade texter

Medianvärdet för de granskade journalerna är 58 poäng. Intervallen mellan lägsta och högsta poäng i granskade journaler är 29 till 66 poäng.

#### Resultat av kvalitetsuppföljningen.



#### Rutinpärmerna

Rutinpärmens lokala rutiner ska bygga på Intern- MAS riktlinjer och ledningssystemets som rör Hälso- och sjukvård. Rutinpärmen ska vara så tydlig att ordinarie sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt även tillfälligt anställd legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som lever upp till kraven enligt QUSTA. Den lokala rutinen ska upprättas så att det framgår vilken verksamhet som äger den och vem som ansvarar för att hålla den aktuell. Övrig personal ska också känna till MAS-riktlinjer och ledningssystemet samt var de kan ta del av dem.

Alströmerhemmet har idag har gemensamma rutiner för hela huset som alla ska arbeta utefter. Rutinerna har utvecklats mycket sedan föregående

---

uppföljning men det är viktigt att rutinerna hålls levande vilket är ett ständigt arbete.

#### Förbättringsåtgärd

- Verka för att alla medarbetare följer de rutiner som arbetats fram i verksamheten.

#### *1. Läkarkontakt.*

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

- Det finns idag nya framtagna skrivna lokala rutiner som fungerar. Däremot är dialogen mellan ansvarig läkare och somliga av sjuksköterskorna inte felfri. Svårigheter i dialogen med läkare har även förmedlats av en del anhöriga och boende.

#### *2. Läkemedelshantering*

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

#### Förbättringsåtgärd

- Verka för att det dokumenteras i journalen om den boende inte sköter sina läkemedel själv utan det har övertagits av sjuksköterska, fungerar inte fullt ut, brister fortfarande något.
- Verka för att det alltid signeras på signeringslistan när läkemedel överlämnats till en boende, finns brister idag. Egenkontroller görs på enheten.
- Verka för att på plan 0-2 +6 förvara de boendes narkotika i separata lådor märkta med de boendes namn. Förvaras i dag i gemensam låda.

#### *3. Delegering*

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än

---

tjugo delegeringar.

#### Förbättringsåtgärd

- Inga andra blanketter får användas än den som finns för registrering i Vodok
- Alla delegeringar ska dokumentera i delegeringsmodulen i Vodok, annars gäller de inte.
- Uppdatera ej giltiga delegeringar samt sortera bort de delegeringar som inte ska förnyas.

#### *4. Avvikelse*

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelsehantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

#### Förbättringsåtgärd

- Arbeta fram en rutin för risk och händelseanalys.
- Förtydliga vem som ska dokumentera händelseförloppet på avvikelseblanketten.
- Dokumentera läkemedelsavvikelser i journalen under sökordet ”läkemedel avsteg”.

#### *5. Medicinteknisk produkt (MTP)*

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta övervakning/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

#### Förbättringsåtgärd

- Förtydliga befintlig rutin avseende avvikelsehantering vid tillbud och olyckor med MTP/hjälpmiddel

#### *6. Hygien*

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket

---

med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Tvättstugor används idag som förråd för både inkontinenshjälpmedel, möbler och ibland sopsortering, avgränsning rent/smutsigt. Hjälpmedelshandtering/rengöring och återlämnande fungerar inte helt då smutsiga hjälpmedel återfinns i tvättstugor/förråd avsett för annat. Förråden används även som personalomklädningsrum. Där förvaras även öppna förpackningar av inkontinensskydd. Vid frukosten går man mellan omvårdnadsarbetet och köket. Vid lunch och middag är det lättare att organisera. Köksförkläden används inte och det saknas möjlighet för personal att tvätta händer hemma hos den boende.

#### Förbättringsåtgärd

- Verka för att skilja på smutsig och ren sida i tvättstugorna.
- Verks för att öppna förpackningar gällande inkontinenshjälpmedel inte förvaras i tvättstugor eller förråd.
- Verka för följsamhet till rutiner för hjälpmedelshandtering avseende rengöring och förvaring.
- Verka för att det ska finnas tillgång till tvål och pappershanddukar avsedd endast för personal hemma hos den boende.
- Strukturera arbetet så att man slipper springa mellan omvårdnadsarbete och matlagning.
- Alltid använda köksförkläden vid iordningställande av mat.

#### *7. Vård i livets slutskede*

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Enheten använder sig av Liverpool Care Pathway (LCP). LCP kan beskrivas som en standardvårdplan för patienter under livets allra sista tid. Registrering sker i palliativa registret.

#### Förbättringsåtgärd

- Utveckla en rutin så att patient och närstående erbjuds samtal om vård i livets slut i ett tidigt skede.
- Att använda någon form av skattningsskala för bedömning av smärta och dokumentera detta i journalen.

---

### 8. *Inkontinens*

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Samtliga sjuksköterskor har i dagsläget inte utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

#### Förbättringsåtgärd

Här finns fortfarande mycket kvar att arbeta med:

- Inkontinensutredningar, toalettassistans, dokumentation.
- Upprätta en lokal skriftlig rutin gällande kvarliggande kateter.
- När en boende har kvarliggande kateter måste det upprättas en plan, saknas i många journaler.

### 9. *Trycksår*

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

#### Förbättringsåtgärd

- Verka för att någon sjuksköterska uppdateras regelbundet inom området trycksår som kan förmedla vidare information om nyheter.
- Riskbedömningarna ska dokumenteras i status under sökordet hud/vävnad och en plan ska upprättas, görs inte fullt ut idag.
- Använda sig av en skattningskala vid smärtstatus.

### 10. *Nutrition*

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Natfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning



---

och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

- Viktigt att riskbedömningar görs på alla boende minst en per år, fungerar inte fullt ut.

Viktigt att dokumentera uppräta plan och vidtagna planerade åtgärder i journalen, fungerar inte fullt ut.

#### *11. Fall och fallskador*

Det förekommer att boende faller, vanligen leder fallet inte till någon skada. För att på bästa sätt förebygga fall och fallskador bör enheten ha skriftliga rutiner för detta. Riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen, för att identifiera personer med risk. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska undervisa omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetssätt. Det fallförebyggande arbetet ska involvera samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal (teamarbete). När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterska kontakta läkare. Alla fall ska analyseras. Analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

- Förtydliga befintlig rutin med vilka rutiner som gäller då vårdtagare faller ofta.

#### *12. Demens*

Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordineras. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Vid nyrekrytering ska man tänka på att anställa sjuksköterska med demensutbildning.

Det framkom att alla boende som flyttade in, inte alltid hade en demensdiagnos.

Samtlig personal ska gå Demens ABC. Inventering pågår rörande sjuksköterskornas vidareutbildning inom området.

#### Förbättringsåtgärd

- Alla sjuksköterskorna har inte utbildning inom området. Viktigt att tänka på vid nyrekrytering.

- 
- All personal behärskar inte svenska språket i tal och skrift. Utbildning pågår

### *13. Rehabilitering*

Vid inflyttning ska sjukgymnast och arbetsterapeut delta i att upprätta journal. Alla nyinflyttade ska erbjudas ett ADL-status. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp.

- Fungerar

### *14 Mun- och tandhälsovård*

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

### Förbättringsåtgärd

- Verka för att personalen ska känna till att det finns en överenskommelse med landstinget gällande munvård.
- Vid inflyttning ska sjuksköterskan upprätta munstatus och göra en riskbedömning. Bedömningsinstrument finns i VODOK samt dokumenterar i status.

### **Dokumentation**

För att kunna kvalitetssäkra vården måste det finnas komplett information under allmänna uppgifter, anamnes. Som ett utgångsläge behövs komplett inkomststatus, genomförda riskbedömningar och ADL bedömning enligt Sunnås. Detta ska ligga till grund för den fortsatta vården och vara ett stöd för att bedöma förändringar i hälsotillstånd och funktion.

MAS och MAR har granskat 17 stycken slumpmässigt utvalda journaler = 15 %. Urvalet av journaler inför granskning grundar sig på de personer som lämnat samtycke till att MAS och MAR får ta del av deras journal. 5 journaler är mellan 2008-2010. De övriga 12 journalerna som granskades hade påbörjats under 2011.

Journalerna har granskats efter en mall som utgår från Vodok's – sökordsträd. Allmänna uppgifter och anamnes ska upprättas dag ett och senast inom tre dagar ska det finnas ett fullständigt inkomststatus. Senast inom fjorton dagar ska riskbedömningarna fall, nutrition och trycksår och ADL enligt Sunnås utförts samt att inkontinensutredning på-

---

börjats. Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheten framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på kvantitet och kvalitet avseende sökord, fullständigt 2p, delvis 1p och enstaka 0p.

#### *Del 1. Upprättande av journal*

För att få godkänt krävs fullständiga uppgifter i enlighet med checklista för upprättande av journal vid inflyttning. Det avser uppgifter inom Allmänna uppgifter, Anamnes, Inkomststatus, Riskbedömningar, Inkontinensutredning och ADL - Sunnås = 60poäng.

#### *Del 2. Hela journalen*

Totalt kan en granskad journal uppnå 84 poäng (60+24). I det ingår uppdaterade status, upprättade planer utifrån bedömda risker, problem och resurser samt signerade texter = 24 poäng.

### **Resultat och analys**

#### *Del 1. Upprättande av journal*

Ingen journal uppnådde 60 poäng vilket är godkänt enligt checklistan för upprättande av journal vid inflyttning. Medianvärdet är 37 poäng. Intervallet är 20 till 46 poäng.

- Det finns stora brister gällande att inhämta allmänna uppgifter. Ingen journal är fullständig. Utav 17 journaler uppnådde en journal 10 poäng av 14 möjliga. Det saknas uppgifter om upplysning samtycke i de flesta journaler (12 av 17). Här syns att man är dålig på att uppdatera uppgifter om planeringsansvarig personal vid förändring.
- Anamnes är den del av journalen där det i stort finns alla uppgifter förutom i 6 av journalerna som inte har uppnått 10 poäng av 16 möjliga.
- Endast en journal uppnådde 20 poäng avseende inkomststatus enligt checklistan. Att bedöma och dokumentera inkomststatus försämrats sedan föregående granskning. Det vi ser är att omställningen av hälso- och sjukvårdspersonal under senare delen av året avspeglas i dokumentationen.

#### Förbättringsåtgärd

Vid upprättande av journaler vid inflyttning måste den checklista som upprättats till MAS regler dokumentation följas, samt att använda sig av lathunden över rubrikträd och sökord för att dokumentera under korrekt sökord.

---

### *Del 2. Hela journalen*

Medianvärdet för de granskade journalerna är 58 poäng. Intervallen mellan lägsta och högsta poäng i granskade journaler är 29 till 66 poäng.

#### Utvecklingsområden

- Ett utvecklingsområde är att i större utsträckning använda planerna korrekt och att avsluta alla planer som inte är aktuella. I vissa journaler upprättas nya planer inom samma område exempelvis fallrisk utan att avsluta tidigare. Dokumentera planerade åtgärder och måluppfyllelse korrekt, för att bättre kunna följa processen i alla steg.
- Att alltid upprätta planer när en riskbedömning visar på en risk inom ett område.
- Dokumentationen av inkontinensutredningar ska journalföras korrekt under avsedda sökord för att kunna följa processen i alla steg.
- För att bättre kunna följa vårdprocesserna i större utsträckning använda sig av lathunden över rubrikträd och sökord för att dokumentera under korrekt sökord.

OBS! Viktig åtgärd är att se över journaler upprättade före 2012 och säkra att det finns aktuellt status.

#### **Redovisning av journalgranskning**

##### Allmänna uppgifter totalt 14 poäng medianvärde på granskade journaler 5.

De allmänna uppgifterna dokumenteras inte alltid korrekt.

I 9 av journalerna saknas det helt och i 2 framgår det inte hur id-kontrollen har skett. I 8 av journalerna saknas uppgift om uppgiftslämnare.

En journal är aktuell och komplett avseende uppgifter om planeringsansvarig personal

I övriga journaler saknas uppgift om antingen läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast eller samtliga.

12 journaler saknar helt och hållet upplysning samtycke och i 5 journaler saknades det delvis.

##### Anamnes totalt 16 poäng medianvärde 10

Uppgifter finns i stort men 6 av journalerna är mycket ofullständiga och de har inte nått upp till 10 p. Det är också viktigt att använda sök-

---

den rätt.

I 6 journaler saknas hälsohistoria, en journal saknar kontaktorsak. Social bakgrund och överkänslighet fanns i 15 av 17 journaler.

Det saknas i 6 journaler att man har tagit över läkemedelsansvaret och 2 journaler uppgift om medicinska diagnoser.

Uppgifter om pågående vård fanns i 7 journaler men används inte korrekt. Uppgifter om restriktioner saknas i alla journaler utom en.

Godkänt inkomststatus enligt checklista 20 poäng, uppnått medianvärdet 12 poäng.

Det är viktigt att alltid ta in komplett inkomststatus för att man ska kunna följa vårdprocessen framöver. Några av journalsystemets sökord krävs inte vid inflyttning, om status inte avviker inom området, de är också de sökord som saknades mest av i de granskade journalerna - Känselfunktion (16), Fysiskmiljö (9), Rörelsefunktion (12), Muskel och ledfunktion (7). Övriga sökord som i stor utsträckning saknades var, andning/cirkulation (9) och hud/vävnad (8) och smärta (9). Resultatet av bedömning av ADL - Sunnås dokumenteras inte alltid under sökordet ADL i status.

Att bedöma och dokumentera inkomststatus har försämrats sedan föregående granskning. Ingen av journalerna uppnår godkänd kvalitet rörande inkomststatus utifrån checklistans krav (20 poäng).

Uppdaterat status enligt checklista 20 poäng, uppnått medianvärde 16 poäng.

De flesta journaler har ett status som uppdaterats över tid.

Plan totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 1 poäng.

Medianvärdet är 2. Många planer är otydliga och inte fullständiga. Inom de område som det oftast finns planer är fallprevention men inom riskområden som nutrition, trycksår, inkontinens och kateter saknas ofta planer eller är ofullständiga. Befintliga planer som är gamla eller har uppdaterats ska avslutas. Det ska inte finnas flera planer inom samma riskområde. De som inte längre är aktuella ska avslutas.

Riskbedömningar totalt 6 poäng, uppnått medianvärde 4 poäng.

6 journaler har samtliga riskbedömningar vid inflyttning. 4 har endast Downton Fall Index, 5 har endast MNA och Norton och i 2 journaler saknas det helt.

Inkontinensutredning total 2 poäng, uppnått medianvärde 0 poäng.

I 15 journaler saknas utredning vid inflyttning.

---

ADL enligt Sunnås totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 2 poäng.

I 14 journaler fanns en bedömning av ADL enligt Sunnås.

Signerade anteckningar totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 2 poäng.

I 8 journaler fanns det osignerade texter.

OBS! Viktig åtgärd är att se över journaler upprättade före 2012 och säkra att det finns aktuellt status, och att allmänna uppgifter är kompletta samt vid behov uppdatera anamnes och avsluta icke aktuella anteckningar.

Alla journalhandlingar ska förvaras brandsäkert och avslutade journaler skickas till arkivet och inte förvaras i lådor på sjuksköterskeexpeditionen.

### HSL- indikatorer

En jämförande statistik har gjorts under perioden 2011 - 2012, 2010 - 2011 och 2009 - 2010. I nedan tabell visas ett medelvärde på antalet vårdtagare som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerat och haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för.

	Antal vårdtagare som OAS-ansvarat för
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	111
<b>1/10 2010 - 30/9 2011</b>	106
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	109

Byte av vårdform <sup>1</sup>

Tabell 2

	Byte av vårdform till sjukhus - dagtid	Byte av vårdform till sjukhus - jourtid	Summa
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	24	9	33
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	37	16	53
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	43	12	55

Avlidna<sup>1</sup>

Tabell 3

	Avlidna på - boendet	Avlidna på - annan plats tex. sjukhus	Summa
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	26	6	32
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	52	5	57

<sup>1</sup> Statistiken grundas på antal vårdtagare.

<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	29	2	31
------------------------------	----	---	----

*Trycksår<sup>2</sup>*

Tabell 4

	<b>Kategori 1<sup>3</sup></b>	<b>Kategori 2<sup>3</sup></b>	<b>Kategori3<sup>3</sup></b>	<b>Kategori4<sup>3</sup></b>	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	0	3	1	1	5
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	3	2	0	1	6
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	4	3	1	0	8

*Förskrivna inkontinenshjälpmedel<sup>2</sup>*

Tabell 5

	<b>Inkontinens - hjälpmedel</b>	<b>Kateter</b>
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	86	
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	83	3
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	85	2

*Apodos och dosett<sup>2</sup>*

Statistiken grundar sig på den läkemedelshantering där sjuksköterskan övertagit läkemedelsansvaret. Antalet vårdtagare som fick hjälp med sina läkemedel är i stort samma jämfört med föregående period, tabell 6.

Tabell 6

	<b>Apodos</b>	<b>Dosett</b>	<b>Apodos + dosett</b>	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	91	4	15	110
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	84	5	16	105
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	88	5	16	109

*Ordinerade läkemedel<sup>2</sup>*

<sup>2</sup> För varje enhet har statistiken grundats på medelvärde dvs. inkomna uppgifter gällande antal vårdtagare summeras och delas med antal månader(12). Indikatorerna går inte att beräkna enbart på antal registreringar pga. att det kan vara samma vårdtagare som har insatser från sjuksköterska samtliga månader.

<sup>3</sup> **Sårets svårighetsgrad kategoriindelning**

**Kategori 1.** Kvarstående rodnad mer än 24 timmar med intakt överhud.

**Kategori 2.** Ytligt sår som inte når fettväv. Epitelskada med svullnad, spricka eller blåsa.

**Kategori 3.** Fullhudsskada. Sår genom hela huden och ned i fettväv men som inte når underliggande muskler.

Såret är ofta nekrotiskt.

**Kategori 4.** Djupt sår med sårhåla. Sår genom alla hudlager och fettväv samt underliggande muskler, senor/ben.

Fistlar exempelvis till tarm kan förekomma. Större risk för sårintektion föreligger.

Förbrukningen av fler läkemedel än tio har är i stort samma jämfört med år 2010 se tabell 7.

Tabell 7

	<b>Mindre än tio</b> ordinerade läkemedel	<b>Mer än tio</b> ordinerade läkemedel	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	92	18	110
<b>1/10 2010-30/9 2011</b>	81	24	105
<b>1/10 2009-30/9 2010</b>	79	30	109

*Specifik omvårdnad<sup>2</sup>*

Den specifika omvårdnaden har minskat något jämför med föregående år, se tabell 8.

Tabell 8

	<b>Specifik Omvårdnad</b> pegsond/ iv.dropp/ syrgas/ sug/ stort sår, respirator, mm	<b>Vårdrelaterade infektioner</b> MRSA/VRE/ESBL/ HEPATIT
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	7	2
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	6	2
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	9	2

**Riskbedömningar**

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår<sup>4</sup> och urininkontinens<sup>5</sup> samt läkemedelsgenomgångar<sup>5</sup> Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde inte tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst en gång om året eller efter behov. Målet är att uppnå 100 % innan årets slut, tabell 9.

Instrument som ska användas är:

Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten

MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus

Norton för att mäta risk för trycksår

Vårdprogram för urininkontinens/Kvalitetssäkringsprogram NIKO-LA

**Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende**

Tabell 9

<b>Totalt</b>	Downtown Fall Risk	MNA	Norton
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	95%	95%	95%

<sup>4</sup> Antal boende med genomförd riskbedömning/antal boende vid mätdatum.

<sup>5</sup> Antal boende med genomförd utredning/uppföljning – antal pågående journaler under mätperiod



<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	96 %	73 %	64 %
<b>1/10 2009 – 30/9 2010</b>	92 %	87 %	88 %

<b>Totalt</b>	Inkontinens- utredning	Läkemedels- genomgång
	6%	60%
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	11 %	24 %
<b>1/10 2009 – 30/9 2010</b>	5 %	62 %

### Övriga indikatorer

*ADL bedömningar enligt Sunnås<sup>6</sup>*

Tabell 10

	ADL bedömning enligt Sunnås
<b>1/10 2011-30/9 2012</b>	95%
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	95 %
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	85 %

### *Body Mass Index (BMI)<sup>7</sup>*

Ideal BMI för äldre förefaller ligga mellan 23 och 27. Kvalitetsindikatorn antal boende med ett BMI på 22 eller mindre än 22.

Tabell 11

	<b>BMI</b>
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	38%
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	37 %
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	44 %

### *Hälso- och sjukvårdspersonal*

Mätdatum den 1 oktober. Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårdspersonal omräknat till heltid. En jämförelse mellan år 2011 och år 2010.

### *Sjuksköterskor*

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats per sjuksköterska var genomsnittet per heltid på vård- och omsorgsboendena

Tabell 12

<b>Antal boende/ tillgänglig plats</b>	<b>Sjuksköterska 1/10 2012</b>	<b>Sjuksköterska 1/10 2011</b>	<b>Sjuksköterska 1/10 2010</b>
<b>Alströmerhemmet v- o b</b>	14	14	14

<sup>6</sup> Antal boende med genomförd ADL- bedömning/antal boende vid mätdatum

<sup>7</sup> Antal boende med BMI 22 eller <22/antal pågående journaler under mätperioden

---

### Arbetsterapeuter

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats var genomsnittet per heltid arbetsterapeut

Tabell 13.

<b>Antal boende/ tillgänglig plats</b>	<b>Arbetsterapeut 1/10 2012</b>	<b>Arbetsterapeut 1/10 2011</b>	<b>Arbetsterapeut 1/10 2010</b>
<b>Alströmerhemmet v- o b</b>	75	75	73

### Sjukgymnast

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats i genomsnitt per heltid sjukgymnast.

Tabell 14

<b>Antal boende/ tillgänglig plats</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2011</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2011</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2010</b>
<b>Alströmerhemmet v- o b</b>	75	75	87

### **Avvikelser<sup>a</sup>**

#### *Registrerade avvikelser*

Tabell 15

	<b>Fall med skada</b>	<b>Läkemedel (utebliben/förväxlat/dubbel dos)</b>	<b>Övriga MTP/brister i vårdkedjan/kommunikation/omvårdnad, dokumentation mm</b>	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011 – 30/9 2012</b>	81	129	33	243
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	66	62	24	152
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	73	104	18	195

#### *Fall avvikelser och Fallincidenter*

Tabell 16

	<b>Fall med skada</b>	<b>Fall utan skada</b>	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011 – 30/9 2012</b>	81	238	319

<b>1/10 2010–30/9 2011</b>	66	232	298
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	73	294	367

*Läkemedels- och övriga avvikelser*

Tabell 17

	<b>Läkemedel</b> Utebliven, Förväx- lat, Dubbel dos	<b>Övriga MTP</b> , brister i vårdkedjan, kommuni- kation, omvårdnad, do- kumentation mm	<b>Summa</b>
<b>1/10 2011 – 30/9 2012</b>	129	33	162
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	62	24	86
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	104	18	112

### Åtgärdsplan upprättades på enheten efter Qusta 2012

<b>Vad ska göras?</b>	<b>När ska det vara klart?</b>	<b>Vem ska göra det? Ansvarig</b>
Riskbedömningar inom alla områden	30/9	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Läkemedelshantering Ordna gemensamt läkemedelsförråd där det skall finnas lådor för varje brukar där så behövs	30/6	Verksamhetschef
Delegeringar, ta upp rutiner på ssk möten och att vi ser över att rutinerna följs	30/6	Sjuksköterskor Verksamhetschef

Översyn av avvikelserutin för att förtydliganden inom flera områden	30/8	Verksamhetschef.
Översyn av rutiner vid vård i livets slut	31/12	Sjuksköterskor Verksamhetschef
Hygien Information till personal och tillhandahållande av utrustning samt internkontroll	30/8	Ledningsgruppen på Alströmerhemmet
Skriva rutin för kvarliggande kateter	30/9	Utsedd sjuksköterska
Inkontinens Arbeta med att förbättra förståelsen och vikten av inkontinensutredningar, toalettassistans	31/12	Enhetschefer Sjuksköterskor
Munvård Information på APT om avtalen och utbildning i munvård regelbundet	30/5	Verksamhetschef

<b>Vad ska göras?</b>	<b>När ska det vara klart?</b>	<b>Vem ska göra det? Ansvarig</b>
Skattningsskala smärtlindring skall användas	30/6	Sjuksköterskor
Dokumentation Kompetensutveckling för sjuksköterskor och rehabpersonal i dokumentation i Vodok	pågående	Verksamhetschef
Vidareutveckling inom demensområdet för sjuksköterskor	31/12	Verksamhetschef

---

Utse olika bevakningsområden för sjuksköterskor, exp sårvård	31/12	Verksamhetschef och sjuksköterskor
--	-------	------------------------------------

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Lokal samverkan

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet. Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Alströmerhemmet och Stockholmsgeriatriken. Stadsdelens MAS sammankallar till samverkansmöten ca 2 ggr per år. Vid dessa möten diskuteras hur man stärker patientsäkerheten.

### Samverkan kommun – landsting

**I ledningssystemet finns anvisningar om hur kontakten Alströmerhemmet och sjukhus ska utföras.** Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder då kontaktas ansvarig läkare i efterhand.

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. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd gäller följande att akutrappport medföljer boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter och att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnads- och rehabiliterande insatser som boende erhållit. Utskrivningsmeddelandet bör bland annat innehålla uppgifter om: Resultatet av aktuell vård och behandling, ADL-förmåga, kommunikativ förmåga, anvisningar för boendes fortsatta medicinska vård och behandling, eventuella komplikationer eller risker i samband med behandlingsåtgärder och aktuell läkemedelslista.

### Socialtjänst och hälso- och sjukvård

---

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 6 § ska det framgå i ledningssystemet hur samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård ska bedrivas i den egna verksamheten.

Genom att den legitimerade personalen tar del av och deltar i omsorgspersonalens dokumentation ökar möjligheten för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga i den sociala dokumentationen och att dessa överensstämmer med sjuksköterskans, arbetsterapeutens, sjukgymnastens och läkarens ordinationer.

Omsorgspersonalen skriver löpande anteckningar i den sociala journalen. Vanligt förekommande är dokumenterade avvikelser i hälsotillståndet hos den boende. Det kan handla om oro, sömnlöshet, smärta, ångest, beteendeförändringar, hosta, observationer som andningssvårigheter, rodnader, fallincidenter, misstankar om infektioner med mera. ”Kontaktar sjuksköterska” är den vanligaste förekommande åtgärden vid tecken på ohälsa. Genom att sjuksköterskan aktivt läser de löpande anteckningarna i sociala journalen kan han/hon tidigt identifiera risk för vårdskada.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforum. Inom en månad efter inflyttning ska teamforum hållas. Vid teamforum deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; alltid kontaktman och ansvarig sjuksköterska samt en representant från rehabenheten. Med utgångspunkt från den aktuella genomförandeplanen görs en utvärdering och uppföljning för att trygga patientsäkerheten.

Teamforum hålls kontinuerligt enligt ett schema som är känt av all personal. Den legitimerade personalens deltagande vid rapporter och möten som teamforum leder till ökad patientsäkerhet.

Riktlinjerna för delegering regleras i författningen Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14). I Temabos ledningssystem finns lokala anvisningar om hur en delegering ska göras.

Utfärdaren av delegering ansvarar för att delegeringsmottagaren fått utbildning samt en god kännedom om de boende som är aktuella för delegeringen. Delegeringsmottagaren bedöms om den har tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften. Delegeringsmottagaren genomför vid första delegeringstillfället ett kunskapstest för att säkerställa kompetens innan delegering kan utfärdas.

Delegeringen utvärderas löpande i det dagliga arbetet.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Inflyttningsdagen 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 också samma dag av sjuksköterska; 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.

Avvikande händelser dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas. Verksamhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska och rehab.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5*

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 i hälso- och sjukvården och för över dessa till VODOK där bedömning redovisas med vidtagna och planerade åtgärder.

Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

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

### **Synpunkter och klagomål**

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras.

Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD samt uppdragsgivare informeras omgående.

Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d.v.s. ej direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse, frågar vi om den som lämnar synpunkten vill att den ska hanteras enligt vår synpunkts- och klagomålshantering. Om de inte önskar det är det möjligt att frånga handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålsblanketten och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

**Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål**

---

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett med inlämnat skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Mottagandet av synpunkt/ klagomål bekräftas till avsändaren. Det sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå.

Ärenden skall analyseras och utredas med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari missförhållandet består, vilka de faktiska omständigheterna är och vilka befintliga rutiner som finns. Planen innehåller också en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys.

Aktuella medarbetare informeras. Verksamhetschefen informerar VD samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Återkoppling via handlingsplan sker även på kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade så att det inte upprepas igen.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål i månadsrapporten.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs enligt Temabos ledningssystem i tabellform för avvikelsestatistik under ett kalenderår. Mönster och trender synliggörs i tabellen och redovisas vid arbetsplatsträffar där alla yrkeskategorier närvarar.

Resultatet tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Vid kvalitetsforum behandlas alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Handlingsplan upprättas beroende på arten av avvikelse. I vissa fall för en specifik avvikande händelse och i andra fall en plan för att bryta ett mönster eller trend som framkommer vid studie av avvikelsestatistiken.

Vi har genom vårt arbete 2012 med att förklara och informera om



avvikelsehanteringen lyckats öka antalet rapporterade avvikelser jämfört med 2011.

Sammanställning av Klagomål/Synpunkter/Avvikelser

Alströmerhemmet

Temabo AB

**Totalt Alströmerhemmet**

2012

Totalt antal klagomål från årets början

Klagomål/Avvikelser lämnade av:

	Totalt	jan-12	feb-12	mar-12	apr-12	maj-12	jun-12	jul-12	aug-12	sep-12	okt-12	nov-12	dec-12
	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal
Boende	11	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	2	3
Närstående/God man/Fövaltare	18	0	1	1	1	0	0	1	4	3	4	2	1
Annan (tex okänd)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medarbetare på enhet	788	66	41	39	53	49	67	48	74	91	63	103	94
<b>Totalt</b>	<b>817</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>78</b>	<b>95</b>	<b>67</b>	<b>107</b>	<b>98</b>

Klagomål/Avvikelser som avser:

	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal	antal
Felaktig läkemedelshantering	163	12	3	4	9	11	18	12	22	26	10	22	14
Undersökning/Behandling som uteblivit/fördrojts eller utförts felaktigt	6	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0
Brister i nutrition/vätsketillförsel	14	6	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Fall	323	32	18	19	24	25	27	26	18	27	24	37	46
Då medicintekniska produkter varit inblandade	13	0	0	4	0	0	0	1	4	3	1	0	0
Brister i omsorgen	41	1	4	5	2	1	3	3	3	5	7	5	2
Brister i informationsöverföring (ex mobiler)	6	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	1
Brister i tillsyn av boende	28	2	1	1	2	0	0	2	3	3	2	9	3
Arbetsmiljö	27	2	1	0	4	2	1	0	3	8	3	2	1
Reklamation	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Leverantörsavvikelse	30	0	0	0	0	1	8	2	1	1	4	6	7
IT/Teknik	21	2	0	0	4	3	3	0	3	5	0	1	0
Begäran om utredning och eventuell åtgärd vid klagomål (SDF)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Städning	11	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	2	3
Brister i egenkontroll	22	1	6	0	4	0	1	0	8	0	1	1	0
Bemötande	21	2	1	0	1	0	6	0	2	1	1	1	6
Trycksår	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
Annat	77	4	7	5	6	1	1	2	11	11	10	7	12
	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2
<b>Totalt</b>	<b>820</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>57</b>	<b>48</b>	<b>69</b>	<b>49</b>	<b>78</b>	<b>95</b>	<b>67</b>	<b>107</b>	<b>97</b>

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av delaktighet, tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om patientens personliga förhållanden.

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 patientens samtycke. I annat fall gäller full sekretess inom de områden boende önskar.

Vid första kontakten med boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns en beskrivning av verksamheten.

Alströmerhemmet bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Vid upprättande av genomförandeplan, vårdplan och rehabplan, inbjudan att delta vid samordnad vårdplanering där även biståndshandläggare deltar och till boende/närståenderåd. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen.

---

Verksamhetschefen skickar även ett nyhetsbrev till närstående varje månad. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse. Brevet mailas till de närstående som lämnat mailadress och sätts upp på varje plan.

Genom närståendes deltagande vid forum som vårdplanering medverkar de i patientsäkerhetsarbetet genom att delta i omvårdnadsprocessens olika skeden. Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan (15-16 boende) har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Beskrivning av vilka resultat som har uppnåtts.

### Utbildning under 2012:

#### *Sjuksköterskor*

Pascal – Nytt ordinationsverktyg vad gäller läkemedel  
Nytt beställningssystem för läkemedel för buffertförråd  
Senior alert  
Dokumentation  
Demensutbildning  
Brandskyddsutbildning  
Värdegrund  
Lyftkörkort

#### *Undersköterskor och omsorgspersonal*

Munvårdsbedömning  
Kontaktmannaskap  
Arbetsam  
Social dokumentation  
Värdegrundsutbildning  
Brandskyddsutbildning  
Lyftkörkort  
Kostutbildning  
Livsmedelshygienutbildning  
Måltidsutbildning  
Bemötande av demenssjuka  
Kvalitetshandledareutbildning  
Etikforum  
Demens ABC  
Utbildning i hörapparat  
Omvårdnadsutbildning (vissa)

---

Sittställningar  
Demens ABC

***Arbetsterapeut***

Värdegrund  
Brandskyddsutbildning  
Etikforum  
Sittställningar

**Sjukgymnast**

Brandskydd  
Värdegrund  
Etikforum  
Rullstolar

**Chefer**

Genomgår Salutogen ledarskapsutbildning  
Nationella Värdegrunden  
Brandskyddsutbildning  
Kostutbildning  
Livsmedelshygien  
Vårdhygien

Av förklarliga skäl har ju inte alla gått exakt samma utbildning men flera av utbildningssatsningarna ovan har gällt samtliga. Detta stärker kunskapen och patientsäkerheten.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år 2013**

- Samverkan med Temabos kvalitetschef för att säkerställa att riktlinjer i Temabos ledningssystem överensstämmer med giltig lagstiftning.
- Utveckla de lokala riktlinjerna för insatser inom hälso- och sjukvård för att säkerställa att den legitimerade personalen har tillgång till lokala anvisningar för att underlätta och ge bästa möjliga förutsättningar för en patientsäker vård.
- Att ge omsorgspersonalen ökade kunskaper om läkemedels verkan och biverkningar, vanligt förekommande sjukdomstillstånd och förebyggande hälsovård genom intern utbildning och planera utbildning tillsammans med apoteket.

- 
- Alla boende med inkontinenshjälpmedel utreds och att kvaliteten på utredningarna blir bättre genom att följa Socialstyrelsens anvisningar.
  - Att registrera i kvalitetsregister Senior alert och använda oss av det för bedömningar av risker för fall, malnutrition och trycksår.
  - Att under 2013 utbilda och börja använda oss av smärtskala ”Abbey Pain”
  - Att registrera och använda oss av resultatet från Palliativa registret för att utveckla arbetet med den palliativa vården
  - Att utbilda medarbetare och påbörja registrering i BPSD registret
  - Fortsätta utveckla arbetet utifrån projektet ”tvärprofessionella team”
-