



VÄRMDÖ KOMMUN

**Gustavsgårdens äldreboende**

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

130215 Eva Jacobsson, verksamhetschef  
Helena Sassi, sjuksköterska med  
enskilt ledningsuppdrag

---

---

## 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	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Sammanställning och analys	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

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

### Sammanfattning

Den nya patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som började gälla från 1 januari 2011 ger vårdgivaren ett tydligare ansvar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Definitionen av vårdskada är ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.”

Avvikelseberättelsen är ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet.

Syftet med rapporteringen är att öka kunskapen om riskfaktorer i vården och kunna vidta åtgärder. Det är viktigt att man i organisationen har en s.k. säkerhetskultur. Det innefattar att berörd personal förstår ansvaret för och vikten av att rapportera avvikelser. Att det finns en positiv attityd till att jobba med avvikelser. Avgörande komponenter är också ledningens engagemang i säkerhetsfrågor och hur övrig personal uppfattar ledningens attityd och agerande.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete för vård och omsorg kommer det att öka möjligheterna att ta ett helhetsgrepp kring arbetet med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser. Arbetet med att slutföra ledningssystemet kommer att ske under 2013.

Om en allvarlig skada eller risk för allvarlig skada rapporteras så har vårdgivaren ansvar för att anmäla detta till Socialstyrelsen enligt lex Maria (SOSFS 2005:28)

När det gäller avvikelseberättelse på Gustavsgården så är rapporteringen av avvikelser hög, och främst i samband med läkemedelshantering.

Synsättet när det gäller att rapportera avvikelser har förändrats till det bättre. Avvikelseberättelsen ses som en del i kvalitetsarbetet.

När Senior alert kommer att genomföras under 2013 kommer vi kunna vidareutveckla dokumentation gällande bl.a. fall, malnutrition samt trycksår.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Målet för Värmdö Kommuns hälso- och sjukvård är att boende ska:

1. få god omvårdnad och specifik vård
2. få känna sig trygga
3. vara välnärda, inte falla eller få trycksår
4. få en hälsofrämjande vardag

Målet för Gustavsgårdens hälso- och sjukvård är:

- Säker, förankrad avvikelshantering inkl. risker
- Förebyggande arbete mot vårdskador
- Involvering av patient och anhöriga
- Tydliga processer för att leda, planera och kontrollera patientsäkerheten, årshjul
- Hur arbetsuppgifterna angående patientsäkerheten är fördelade inom verksamheten

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. Det är viktigt att sammanställa och analysera avvikelserna och ge återkoppling till medarbetarna.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

Risker i verksamheten identifieras, analyseras, bedöms och vid behov ska orsaker till risker åtgärdas.

Vid väsentliga förändringar i verksamheten ska särskilda riskbedömningar göras.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare har det yttersta ansvaret i att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Två sjuksköterskor på Gustavsgården har uppdrag från verksamhetschefen för hälso- och sjukvården att fullgöra enskilda ledningsuppgifter inom hälso- och sjukvård enl. 30 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

De ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

---

MAS ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§.

En sjuksköterska som avses i 24§ första stycket hälso- och sjukvårdslagen ska utöver de skyldigheter som anges där ansvara för att

- Att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Att journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordat om
- Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande

Sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag och MAS har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen och vidare rapportera den till kommunens nämnd.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/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 §*

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

- Infektionsregistrering
- Uppföljning av antal fall
- Uppföljning av antal trycksår
- Åtgärder på individnivå
- Uppföljning av läkemedelsavvikelser samt utvärdering av de vidtagna åtgärdernas effekt

Struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier kommer att tas fram under 2013.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### **Kvalitetsgrupp**

På Gustavsgården består kvalitetsgruppen av: verksamhetschef + sjuksköterska + kvalitetssamordnare (sjuksköterska) + sjukgymnast samt undersköterska.

Protokoll förs vid varje kvalitetsgruppsmöte och ska finnas tillgängligt för all personal. Kvalitetssamordnaren sammankallar och leder mötena. Gruppen träffas en gång i månaden och arbetsplatsens personalkategorier finns representerade inklusive verksamhetschefen. Här diskuteras de inträffade händelser/olika avvikelser som anmälts under månaden via statistiken som varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska lämna till verksamhetschef och MAS.

Kvalitetsgruppen diskuterar också vilka åtgärder som vidtagits eller ska vidtas. Ev. behövs en ny rutin utarbetas eller revidera redan befintlig rutiner. Åtgärder som beslutas ska sedan förankras i personalgruppen. Detta sker i regel på APT och personalmöten. För att säkerställa att informationen nått ut till alla medarbetare förs protokoll på såväl kvalitetsmöten samt APT. Alla medarbetare har skyldighet att ta del av protokollen via mail eller pappersformat.

### **D-huset sjuksköterskor**

Sedan december 2012 pågår ett projekt i D-huset som innebär att en av tre sjuksköterskor arbetar med specifika administrativa uppgifter och ansvarar för arbetsledning medan de två andra sjuksköterskorna ansvarar för omvårdnad.

### **Vårdhygien**

De hygienförbättrande åtgärderna enl. direktiv från Vårdhygien Stockholm är genomförda med hjälp av Socialpsykiatrins personal i tvätteriet.

Uppdatering av användandet av handsprit, plasthandskar är gjorda under året på hela Gustavsgården.

Basala hygienföreskrifter från MAS ska praktiseras av all personal. Gustavsgården har ett avtal med Vårdhygien Stockholm, Stockholms läns landsting. I avtalet ingår utbildning, hygienrond, infektionsregistrering samt rådgivning.

### **Rehabilitering**

En rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning, i den ska bedömning av ADL och förflyttningsförmåga samt bedömning av hjälpmedel ingå. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut skall erbjudas detta. Hjälpmedel skall utprovas

---

individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel skall följas upp.

Under 2012 hölls förflyttningsutbildningar vid 6 tillfällen, med ca 32 deltagare. Dessa utbildningar hålls i samarbete med Djuröhemmet. Utbildningar i patientlyftar hölls vid 9 tillfällen, med ca 35 deltagare. En utbildning i bemötande (förebyggande hot och våld) hölls specifikt för en avdelning med 11 personal, uppdelat på 2 tillfällen. Dessutom hölls en sommarvikarieutbildning gemensamt med sjuksköterskor. Kortare utbildningstillfällen är en del av verksamheten, till exempel om nya hjälpmedel kommer eller för att repetera och bekräfta tidigare kunskap inom olika områden (hur man bäddar med olika typer av friktionsminskande hjälpmedel etc.).

### **Demenskurs för vårdpersonal**

En våning på D-huset har genomfört ABC demenskurs för all vårdpersonal via nätet.

### **Apotekets kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd**

Apoteket har under år 2012 granskat läkemedelsförråden. Akut- och buffertförråden är ett litet förråd med läkemedel där landstinget står för kostnaden och som enbart ska användas vid akuta situationer. Läkemedelshanteringen ska genomgå en extern granskning minst en gång om året.

Kommunen har ingånget avtal med Apoteket Farmaci AB gällande granskningen enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner m.m. och hon följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag samt förrådsansvarig sjuksköterska.

Gustavsgården har en omfattande läkemedelshantering som fungerar bra. Vid årets kvalitetsgranskning lades stort fokus på framtagandet av nya lokala instruktioner. De olika läkemedelsförråden kontrollerades och stickprov gjordes också i de boendes läkemedelskåp. God ordning råder i läkemedelsförråden.

Uppföljning av föregående kvalitetsgranskning:

Framtagande av nya lokala instruktioner pågår. Flera av de övriga förslagen till förbättringar har åtgärdats. Det som återstår att göra återfinns under förslag till förbättringar.

Förslag till förbättringar:

- Arbete med att ta fram nya lokala instruktioner för Gustavsgården behöver slutföras. Dokument behöver förses med huvud och skrivskyddas.
- Rekommendationer att dokument upprättas för ansvarsområdena "läkemedelshantering och läkemedelsförråd" och "Narkotika" och att dessa innehåller en beskrivning av arbetsuppgifterna samt ett

---

undertecknande både av den som tar på sig ansvarsområdet och verksamhetschef.

- Listan över förtydligande av sjuksköterskornas signum behöver uppdateras och läkarens signum införs på listan. Likaså behövs en lista för förtydligande av signum för den omvårdnadspersonal som har delegering.
- Kontroll av all narkotika ska ske en gång i månaden enl. lokal instruktion.
- Patientbunden narkotika får inte ges till annan boende än den avsedda.
- Hållbarhetskontroller ska utföras och dokumenteras varje månad enligt MAS övergripande riktlinjer.
- Brytdatum ska antecknas på ögondroppsfaskor och insulinpennor när de börjar användas. Rekommenderas att man byter alla ögondroppsfaskor på en och samma dag varje månad, exempelvis den första i varje månad.
- Lokal instruktion för hantering och kontroll av medicinska gaser är under upprättande

Förbättringsåtgärd:

Handlingsplan för ovanstående punkt kommer att tas fram.

På sjuksköterskemötena, var tredje vecka, diskuteras möjligheter till förbättringar. Omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna undervisas i läkemedelshantering t.ex. Nestors utbildning "Läkemedel och äldre". Under 2012 har de flesta sjuksköterskorna gått utbildningen. Nyanställd vårdpersonal på Gustavsgården måste alltid få viss erfarenhet innan delegering blir aktuellt. Om en person med delegering begår misstag sker individuella samtal och analys med sjuksköterska om hur liknande fel kan undvikas i framtiden. Även vid det månatliga kvalitetsmötet behandlas frågan.

### **Dokumentation:**

Vårdtagarens journal är ett av de viktigaste redskapen i det dagliga vårdarbetet. En bra förd journaldokumentation kan på ett väsentligt sätt bidra till säkerhet och kontinuitet i vården. Meningen är att man direkt ska kunna få en helhetsbild av en vårdtagare som man inte känner sedan tidigare genom att läsa dennes anamnes, status och vårdplaner. Idag dokumenterar legitimerad personal i VIVA som är en tvärprofessionell journal. Det vill säga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter skriver i samma journal och under samma sökord.

Dokumentationen måste, på Gustavsgården, förbättras så en helhet kan tydas och bidra till säkerhet och kontinuitet.

Förbättringsåtgärd:

För att kunna kvalitetssäkra vården måste det finnas ett första utgångsläge genom en komplett inkomststatus, riskbedömningar och tydligt framtagna allmänna uppgifter. Det saknas ibland planer utifrån framkomna problem i



---

status. Det är viktigt att upprätta planer och bli bättre på att koppla åtgärder till planerna.

**Handlingsplan:**

Möten kring journalfrågor på Gustavsgården under våren 2013 för sjuksköterskor. Uppmuntring av kollegor så hanteringen blir bättre. Samarbete med MAS kring dokumentation av vårdplaner kommer att ske under första delen av 2013.

**Trycksår:**

Antalet trycksår under 2012 har nästan varit obefintliga. Sjuksköterskorna arbetar mycket med att förbygga trycksår. Till hjälp är de 15 st. decubitusmadrasser som Gustavsgården äger själva. De sätts in direkt hos den boende när risk föreligger för sår.

**Riskbedömningar**

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår. 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. 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

**Uppföljning genom egenkontroll**

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

Kvalitetsgruppen har under 2012 gjort en övergripande inventering av vilka vårdpersonal som dokumenterar i datajournalen. Åtgärder har satts in för de vårdpersonal som av olika anledningar inte har haft tillgång till datasystemet.

- Kvalitetsundersökning avseende boende, anhöriga och medarbetare genomfördes 2012
- Avvikelse rapporter skrivs regelbundet
- Avvikelse rapporter följs månatligen i kvalitetsgruppen
- Årlig kontroll av hjälpmedel
- Årlig kontroll av lyftsele
- Apotekskontroll utförd under 2012
- Narkotikakontroll på sjuksköterskeexpeditionerna
- Infektionsregistrering varje månad

---

Alla enheter har kostombud men det sker ingen större utbildning av personalen. Nedskrivna rutiner och egenkontrollprogram finns och miljökontoret gör kontroller en eller två gånger per år.

### **Hygien**

Ansvar för arbetet med basal hygien ligger hos sjuksköterskorna med stöd av ledningen. Information gällande basal hygien finns vid tvättställ och i sköljrum. Årlig hygienrund genomförs. Brister finns i användandet av självskattningsskalor. Förbättringsområde under 2013 är att få in användandet av självskattningsformulär på Gustavsgården.

Under 2012 har en ”Pilen”, enkätundersökning, genomförts rörande boendes mat med namnet ”Vad tycker du om maten?”

Den genomsnittliga svarsfrekvensen var 62 %, 65 % i vardera husen B och C men lägre i hus D 56 %.

Metoden var att boende fick fylla i en enkät som distribuerats via personalen tillsammans med ett svarskuvert. Boende som inte kunde svara på enkäten på grund av sjukdom kunde få hjälp av anhöriga. Enkäten skickades då hem till anhöriga. Sammanlagt svarade 61 % att de fick den hjälp de behövde. 12 % svarade att de kunde påverka vilken mat som serveras.

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildningen som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest.

Under 2013 utarbetas detta kunskapstest.

MAS tar fortlöpande del av avvikelser och fallrapporter som registreras i datasystemet VIVA. Vid behov genomförs utredningar MAS tillsammans med chef och ansvarig och involverad personal.

MAS följer upp den samlade hälso- och sjukvårdsverksamheten en gång per år samt vid behov.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §*

Avtal med Vårdhygien finns. Kontakten med hygiensköterska fungerar väl.

Samverkan sker genom avtal med La Romaine gällande uppsökande tandvårdsverksamhet. I avtalet ingår munhälsobedömning samt utbildning till personal. Samtliga boende har tillfrågats om munhälsobedömning. Utbildning har genomförts under 2012.

Extern granskning gällande läkemedelshantering har skett på Gustavsgården efter ingånget avtal med Apoteket Farmaci AB. Detta ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering.

---

Lokal samverkansöverenskommelse om gemensamma rutiner avseende läkarinsatserna i särskilda boenden inom äldreomsorgen.

Landstinget ansvarar för läkarinsatserna i särskilda boenden och kommunen ansvarar för all övrig hälso- och sjukvård upp till sjuksköterska, sjukgymnast- och arbetsterapeut. Insatserna ska utföras i samråd med den boende och närstående, när så är möjligt. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet. Det finns en lokal rutin framtagen för läkarorganisationen Gustavsbergs vårdcentral och Gustavsgårdens särskilda boende.

MAS har fortlöpande möten med verksamhetschef och sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag för att diskutera frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. MAS inbjuder också till hälso- och sjukvårdsmöten för kommunens legitimerade personal inklusive verksamhetschefer 2-3 gånger per termin för att informera om förändringar i regelverket och andra händelser som skett i hälso- och sjukvårdsfrågor samt gemensam diskussion kring utvecklingsbehov inom området hälso- och sjukvård.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Inflyttningsdagen träffar sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast den inflyttade och gör bl. a en första bedömning om behov av hjälpmedel för att förebygga risker. En första bedömning av patientens status med avseende på bl.a. förflyttning, kommunikation, elimination och nutrition utförs samma dag. Riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda av sjuksköterska respektive sjukgymnast inom fjorton dagar efter inflyttning. Det görs en bedömning av boendemiljön ur fallrisksynpunkt så snart inflyttningen är klar i sin helhet. Avvikande händelser dokumenteras i dokumentationssystemet VIVA. I de pågående arbetet att slutföra i ledningssystemet finns riktlinjer om medicinsk riskhantering. Där finns även en checklista för bedömning av risker och brister i den boendes hem.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Fallrapportering**

Vårdpersonal inom särskilt boende ska skriva en fallrapport när en boende/kund ofrivilligt fallit på golvet. En sjuksköterska eller rehabiliteringspersonal skall alltid kontaktas för en bedömning av ev. skada. Fallrapporten skrivs i journalsystemet och ställs till respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska. En sammanställning över inträffade fall på enheten skickas till verksamhetschef en gång/mån. Sammanställningen tas upp på kvalitetsgruppen av verksamhetschef/sammankallande. På respektive

---

våning tas de fall som varit uppe på team-möte och åtgärder vidtas vid behov. Alla yrkeskategorier samverkar i fallprevention.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, tillsammans med övrig personal, ser över miljön kring boende/kund för att om möjligt förebygga en upprepning av händelsen. I skadepreventionen ingår översyn av såväl den boendes miljö i lägenheten som gemensamma utrymmen. Sjuksköterskan ansvarar även för den medicinska riskbedömningen vid fallbenägenhet såsom lågt blodtryck, läkemedels inverkan, undernäring etc. Arbetsterapeut och sjukgymnast utreder och bedömer funktionsstatus, behov av medicintekniskt hjälpmedel och eventuell träning.

### **Händelsehantering**

Händelsehanteringen innefattar avvikelserapportering, synpunkts- och klagomålshantering samt hantering av fel och brister enligt kraven i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. All personal ska skriva en avvikelserapport när en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada hos boende/kund. Avsedd blankett finns tillgänglig för all vårdpersonal i kommunens dokumentationssystem VIVA. Blanketten är utformad så att avvikelser inom HSL beskrivs. Ifylld blankett ställs till omvårdnadsansvarig sjuksköterska via datasystemet. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska skriver kommentar till avvikelserna där även den/de åtgärder som planeras vidtas med anledning av händelsen beskrivs. Inrapporterade händelser som måste hanteras omgående fångas på detta sätt upp direkt och adekvata åtgärder kan påbörjas.

### **Händelseanalys**

Om en allvarlig händelse sker görs en systematisk utredning av inträffad händelse enligt följande: en rekonstruktion av händelseförloppet och orsaksanalys. Uppdragsgivare är verksamhetschef/sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag, vilken utser ett analysteam som påbörjar analysarbetet i snar anslutning till den inträffade händelsen. Vid allvarliga avvikelser är MAS ansvarig för att utreda avvikelserna tillsammans med ansvariga på Gustavsgården.

Under slutet av 2011 påbörjades på Gustavsgården 3 st. händelseanalyser som blev färdigställda och inskickade till Socialstyrelsen. De är inte ännu färdigutredda av Socialstyrelsen. 1 st. händelseanalys är under arbete.

Utifrån utförd analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Verksamhetschefen/sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag ansvarar för att fatta beslut om vilka åtgärder som ska vidtas, när de ska vara genomförda samt utse person som ansvarig för genomförande av åtgärd. Vid allvarliga avvikelser fattar MAS i samverkan med ansvariga på Gustavsgården det beslutet samt avgör om avvikelserna ska anmälas till Socialstyrelsen.

### **Hantering av klagomål och synpunkter**

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

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid verksamhetschef/sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag informeras

---

omgående.

Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa dvs. sådana som inte direkt påverkar den boendes situation och är en engångsföreteelse ska de hanteras enligt synpunkts- och klagomålsystemet. Om så inte önskas är det möjligt att frångå handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålssystemet och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma huruvida det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål:

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras enligt synpunkts- och klagomålshanteringssystemet. Detta för att säkerställa att det finns namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Bekräftande av mottagandet av synpunkt/ klagomål till avsändaren.

Detta sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå. Analysering och utredning av ärenden med hjälp av en handlingsplan. Information till berörd medarbetare. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS. Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare. Till den som lämnat in synpunkten eller klagomålet ges återkoppling genom handlingsplanen. Återkoppling av handlingsplan på kvalitetsgruppen och arbetsplatsträff. Målet är att det ska gå att dra lärdom av det inträffade samt att händelsen inte upprepas igen. En slutrapport skrivs när handlingsplanen är åtgärdad och dialog har förts med den som framförde klagomålet. Slutrapporten och därtill hörande handlingar förvaras av verksamhetschef. Vid ärenden där uppdragsgivare varit informerade skickas även en slutrapport till dessa.

Boende och anhöriga uppmanas till att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att inkomma med synpunkter/klagomål via synpunktshanteringssystemet för återkoppling inom 48 timmar. Övriga synpunkter sammanställs och tas till respektive arbetsledare.

Under 2012 har 3 synpunkter inkommit till Gustavsgården enligt synpunktshanteringssystemet. De synpunkter som kommit in har hanterats efter uppgjorda rutiner inom verksamheten.

Flertalet synpunkter inkommer via telefon och mail till verksamhetschef.

Dessa dokumenteras och hanteras av verksamhetschef.

## **Sammanställning och analys**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse registreras som statistik från respektive enheter. Detta redovisas vid de månadsliga kvalitetsgruppmötena och vid arbetsplatsträffarna.

## **Samverkan med patienter och närstående**

---

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Gustavsgården ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes 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 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 innehållande namn och telefonnummer till verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Gustavsgården bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i bland annat anhörigmöten. Upprättande av genomförandeplan, vårdplan och rehabiliteringsplan. Inbjudan till att delta vid samordnad vårdplanering. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omvårdnadspärm med tillgång till delar av den sociala journalen.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

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

Målet för 2013 är att genomföra de handlingsplaner som omnämns i dokumentet. Många punkter finns kvar under förbättringsåtgärder. Ett gediget arbete under 2013 finns på Gustavsgården att göra kring upprättande av lokala rutiner inom olika områden avseende HSL. Ambitionen är att påbörja detta arbete omgående.

### **Läkemedelsavvikelser**

Under 2012 har antalet läkemedelsavvikelser varit mycket stort. Arbetet med att minska dessa i antal och förbättra rutiner pågår och prioriteras under 2013. Utvärderingar av fallrapporter och läkemedelsavvikelser i journalsystemet har inte varit tillfredsställande och förbättrade rutiner ska framställas under 2013 tillsammans med MAS.

### **Vårdhygien**

Under våren 2013 skall all fast vårdpersonal genomgå webbutbildning ”e-utbildning i vårdhygien” för att sedan på Gustavsgården genomgå en utbildning i vårdhygien för vårdpersonal. Hygiensjuksköterskan kommer att hålla i den utbildningen.

### **Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska under 2013 skrivas skriftliga riktlinjer och lokala

---

rutiner för vård i livets slutskede tillsammans med MAS. Registrering kommer att ske i palliativa registret.

De åtgärder som kommer att göras:

- I ett tidigt skede tas det reda på hur patienten önskar ha det vid vård i livets slut.
- Upprätta rutin för att upprätta vårdplan vid vård i livets slut.
- Använda av skattningsskala för bedömning vid smärta

Vårdpersonal som arbetar med patientlyftar ska skriva på en försäkran där man intygar att man alltid är två personer i dessa moment. Arbetet med detta fortsätter under 2013. Rehabpersonalen håller utbildningar i förflyttningskunskap och utbildningar om patientlyftar är inplanerade för våren. Dessutom kommer vardagsrehabilitering att tas upp och diskuteras, just nu arbetar vi med formerna för att få till detta.

Införande av nationellt kvalitetsregister Senior alert planeras att ske under 2013

### **Kompetens**

Gustavsgården ska aktivt fortsätta arbeta med att ta vara på den kompetens som finns inom personalgruppen på Gustavsgården för att ta del av varandras erfarenheter och för att ha kunskapsutbyte, till exempel kan undersköterska på demensvåning handleda annan personal i annat hus rörande bemötande av demenssjuka.

### **Utbildningar**

Under 2013 ska all fast personal på Gustavsgården ha genomgått webbutbildningen ABC Demens.

De sjuksköterskor som inte gått Nestors utbildning "Läkemedel och äldre" ska göra det under 2013.

### **Kvalitetsgruppen**

Under 2013 kommer kvalitetsgruppen att fokusera på dokumentation, avvikelser och fall. Under hösten 2013 kommer även egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner påbörjas av kvalitetsgruppen.