



# Patientsäkerhetsberättelse för

Hässelgården

År 2014

2015-01-20 Firouzeh Kamali

*Mallen är anpassad av Kosmo AB utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall*

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Risikanalys

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

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

Kosmo bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt dagverksamhet för äldre. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL).

Där Kosmo har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## Övergripande mål och strategier

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

Kosmo intranät och Super 8 arbete är företagets ledningssystem för kvalitet. Företagets ledning fastställer kvalitetspolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Hässelgården är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård.

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

BPSD ska användas som ett redskap i omvårdnaden för att tillgodose en personcentrerad vård där den boende är i fokus. För att kunna erbjuda den bästa vård och omsorgen ska personalen få intern utbildning i demenssjukdom och under året ska vi satsa på sårvård. Vi har en nollvision angående trycksår.

För att uppnå en hög kvalitet så satsar vi på super 8-grupper. Genom att tydliggöra deras respektive områden så kan grupperna på ett effektivare sätt jobba med förbättringsförslag och bearbeta/skriva nya rutiner.

Arbetsätt samt roller tydliggörs för super 8-grupper, teamledare samt sjuksköterskor. Detta för att få en bra struktur och samarbete mellan all personal på Hässelgården. Man ska veta vart man ska vända sig med vad.

Dokumentationsstöd är aktuellt i och med nya vodok och vi jobbar med utvecklingen av ICF på enheten.

Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående), arbetsterapeut, sjukgymnasten och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Detta görs genom ett nära teamarbete där alla yrkeskategorier är representerade. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor. Genom kontinuerliga teamledarmöten kan samarbetet mellan avdelningarna utökas och bli mer enhetligt. Varje teamledare ska ha gått värdegrundskoachutbildning för att sprida Kosmos värdegrund och möta socialstyrelsens krav på värdegrundsarbete.

Med handledning kan personalen få en bättre förståelse för den vård som Hässelgården bedriver och på ett bättre sätt reflektera och analysera vad deras insatser har för konsekvenser.

---

Registreringen i de olika registren BPSD, palliativa registret och senior alert fortsätter och verksamheten strävar mot att använda statistiken i verksamhetsarbetet.

Vi har utvärderat svaren från boende/anhörigenkäterna. Eftersom deras åsikter är värdefulla för oss så ska vi lägga fokus på att förbättra det som vi fick mindre poäng på. Respektive super8-grupp kommer att få i uppgift att se över det som vi kan förbättra.

Kosmo satsar mycket på kvalitet och har inom organisationen kvalitetsgranskare. På Hässelgården har vi tre stycken. Kvalitetsgranskarna har som mål att utveckla både vår verksamhet och andra verksamheter inom Kosmo. De ansvarar för egenkontroller gällande kvalitetsarbetet. Två gånger om året har vi internrevision på utvalda områden inom HSL och SOL.

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

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

### **Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet**

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget.

Klustersamordnaren ansvarar för att följa upp varje klusters kvalitetsarbete månadsvis.

Klustersamordnaren har ansvaret i klustret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Likaså säkra verksamhetschefens kompetens. Klustersamordnaren ansvarar för att vid behov vidta kvalitets åtgärder.

I de fall Kosmo har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar MAS för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När kommunen ansvarar för MAS funktion följs kommunens riktlinjer. Där Kosmo inte ansvarar för MAS funktionen är det företags kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitet.

---

MAS upprättar och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Alla avvikelser och kvalitetsarbete diskuteras i den lokala ledningsgruppen och med kvalitetsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

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

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

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

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Kosmos rutiner för rapportering av avvikelser sker samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef/klustersamordnare och uppdragsgivaren ska ske. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

Kvalitetsrådet/Super 8 grupperna är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag

används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och

---

förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter.

Kvalitetsrådet/Super 8 grupperna beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas dock minst fyra gånger/år.

På Hässelgården följer vi KOSMOs ledningssystem där det finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp. Avvikelse behandlas vid Super 8 kvalitets möten en gång i månaden och återkopplas till verksamhetschef. Förbättringsförslagen tas sedan upp på arbetsplatsträffar för ett lärande i vardagen.

En gång i månad träffas verksamhetens sjuksköterskor tillsammans med verksamhetschef och rehab personalen för att diskutera verksamhetens utveckling samt HSL- frågor.

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas enligt rutin i ledningssystemet. I ledningssystemet finns även rutin för hanterande av medicinska avvikelser. Ärendet tas upp på enhetens APT, om det rör hela verksamheten tas det upp i den lokala ledningsgruppen. Avvikelse kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitets system som finns i KOSMO, Super 8. På Hässelgården har vi påbörjat arbetet med Super 8-grupper och under 2015 kommer därför avvikelser på ett tydligare sätt hanteras i aktuell kvalitetsgrupp. En handlingsplan upprättas som ska innehålla datum för uppföljning och utvärdering som utförs i samråd med den boende och/eller närstående.

KOSMOs ledningssystem används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I ledningssystemet finns avvikelseblanketten tillgänglig för samtliga medarbetare. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården skrivs ned på papper av den personal som observerat avvikelserna. Avvikelsen lämnas till verksamhetschefen som vidarebefordrar till respektive super 8 gruppen alternativt HSL-personal för vidare åtgärd.

Verksamheten för statistik och nyckeltal som under 2015 ska användas i det fortlöpande kvalitetsarbetet.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Egenkontroll har genomförts under det gångna året.

Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS/kvalitetsansvarig utifrån hälso- och

---

sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Hässelgården har vi

Avvikelsehantering: Uppföljning av samtliga inträffade avvikelser sker på arbetsplatsträff samt med berörd personal.

Riskbedömningar: riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår utförs var tredjemånad på varje boende samt vikt tas en gång i månaden.

Journalgranskning: Granskning av journaler genomfördes under hösten 2014.

Hygien: Verksamheten har en sjuksköterska med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Under 2014 har hygienrond genomförts på avdelningarna.

Verksamheten har avtal med vårdhygien. På varje avdelning finns ett hygienombud med ansvar för att upprätthålla och uppdatera hygienkunskaperna hos personalen.

Infektionsregistreringar görs kvartalsvis och skickas till Kosmos MAS. Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien enligt livsmedelslagstiftningens riktlinjer. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshanteringen och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

Inom Kosmo har vi kvalitetsgranskare som kontinuerligt 2 gånger om året granskar Hässelgården vad gäller rutiner gällande verksamheten och HSL arbetet. En sammanställning av resultatet skickas till verksamhetschef samt Kosmos ledning.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

MAS har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Implementering av KOSMOs ledningssystem fortsätter. Rutiner och riktlinjer för verksamheten har gått igenom och genom att rutinerna finns tillgängliga i ledningssystemet och att nya rutiner tas upp på APT säkerställs att personalen har vetskap om dessa

Vi har haft kontinuerlig handledning i dokumentation för omsorgspersonal. Under året har vi fortsatt arbetet med att förändra kulturen kring avvikelser och avvikelsehantering. Att få samtliga medarbetare att se avvikelser som ett led i utvecklings-, kvalitets- och säkerhetsarbetet. Sjuksköterskor för stöd av VODOK ansvarig i sin dokumentation i VODOK.

Vi på Hässelgården har utbildat 11 personal till undersköterskor. 3 personal har genomgått värdegrundsbildning. 8 personal har genomgått handledarutbildning. 8 personer har fått utbildning i BPSD.



---

Kontaktmannaskap 3 har genomgått av 5 stycken. ICF utbildning för verksamhetens ICF-handledare. 1 sjuksköterska har påbörjat silviasjuksköterskeutbildning.

Hässelgården har satsat på teamledarnas roll för att rapportera om hur rutinerna efterlevs ute på avdelningen i vardagsarbetet.

Hässelgården deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

Vi registrerar i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret.

På Hässelgården har vi deltagit i äldrecentrums utbildning i kvalitetsregistren. Sjuksköterskorna har medverkat i Rikssårs utbildning om deras register. 1 sjuksköterska har deltagit i utbildning för behandlande madrasser.

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

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

#### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna.

Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

På Hässelgården har vi Trygg Hälsa som ansvarar för läkarinsatserna på KOSMO Hässelgården genom avtal med Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet en dag per vecka samt vid akuta behov.

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

#### **Samverkan med sjukhus**

Verksamheten har en väl fungerande rutin gällande samverkan med sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma om en patient ska skickas till sjukhus. Vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare/jourläkare. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant patientinformation.

Telefonkontakt tas med närstående, god man. Vid inskickande till sjukhus görs en bedömning om medarbetare ska följa med.

Verksamhetschef/enhetschef informeras om inskickande till sjukhus. Vid ankomst till boendet från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

#### **Samverkan med uppdragsgivare**

Verksamhetschefen (och MAS i vissa fall) har under året haft

---

regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit. På Hässelgården har samverkan fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har ett kontinuerligt samarbete. Stadsdelen har följt upp verksamheten 2 gånger under det gångna året och avvikelser är åtgärdade.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

På Hässelgården har vi regelbundna boendegenomgångar tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson. 1 gång i veckan är det rond med ansvarig läkare från Trygg-Hälsa då boende som bedöms ha behov träffar läkaren.

Omsorgspersonalen har tät kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontaktar sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov kan jourläkare kallas till boendet.

### **Risicanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om behov av hjälpmedel för att förebygga risker. En första dömning av patientens status utförs omgående; förflyttning, kommunikation, elimination och nutrition. Riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda av sjuksköterska inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning ska vara påbörjad inom fjorton dagar efter inflyttning. Arbetsterapeuten gör ADL bedömning vid varje ny inflytt inom två veckor samt fortlöpande för alla boende minst en gång per år eller vid förändrat status. Avvikande händelser dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Rapportering av händelser/ Avvikelser**

Alla medarbetare har kunskap om hur Kosmos rutiner för rapportering av avvikelser ska ske samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras

---

detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef/klustersamordnare och uppdragsgivare ska göras. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

På Hässelgården rapporterar personalen i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

Vid fall signerar sjuksköterskan mottagandet av avvikelserapporter och för över dessa till VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas.

MAS går regelbundet igenom avvikelserna i VODOK och avslutar.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

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

Alla medarbetare har kunskap om Kosmos hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef/klustersamordnare, MAS och uppdragsgivaren.

På Hässelgården är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i hisshallarna på varje våningsplan eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal. Vid möten med boenderådet kan också synpunkter lämnas och de synpunkter som inkommit mellan mötena och som anses vara av generell karaktär diskuteras på boenderådet. Synpunkter från närstående och boende hanteras på olika nivåer beroende på om avvikelser/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten får alltid en återkoppling. Inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och återkopplas av enhetschef eller verksamhetschef i samarbeten med Super 8 grupp för HSL frågor. På enheten diskuteras och analyseras klagomål, avvikelser och synpunkter på HSL-möten, teamledarmöten och arbetsplatsträff.

### **Sammanställning och analys**

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

På Hässelgården utreds, analyseras och återkopplas inkomna klagomål och synpunkter av enhetschef eller verksamhetschef i samarbeten med Super 8 grupp för HSL frågor. På enheten diskuteras och analyseras klagomål, avvikelser och synpunkter på HSL-möten, teamledarmöten och arbetsplatsträff.

---

Avvikelser gällande mat är 11 stycken. De flesta berör restaurangens leveranser. Ägaren är vidtalad om problemen och det har blivit mycket bättre. Sedan juni har inte en avvikelse angående fel leveranser av mat kommit in. Avvikelser angående lokalerna och brister i Micasas tjänster har påtalats till stadsdelsförvaltningen. Under våren kommer förhoppningsvis ett möte äga rum. Micasa har brustit i att laga felen som är rapporterade av personalen. Samt att det har tagit, för vissa saker mer än ett år att åtgärda. Detta har dock minskat och verksamheten har fått en lista på vad Micasas skyldigheter är, vilket underlättar för personalen när de ska ringa och felanmälan. 13 avvikelser gällande arbetsmiljö har kommit in. I en del fall har det handlat om att personalen inte har haft tillräckliga kunskaper om gällande rutiner. I andra fall har verksamheten upprättat nya rutiner för att säkerställa en god arbetsmiljö.

På de avvikelser där patientsäkerheten varit i fokus har nya rutiner upprättats samt information till personalen om att dessa finns. Påminnelser till personalen om verksamhetens rutiner ges ständigt ut på APT. En del avvikelser handlar även om golvlarm och där har företaget varit här och tittat över sin teknik.

Vi har fått in 19 medicinavvikelser där personalen har glömt att signera eller i vissa fall glömt att ge medicin vid rätt tidpunkt. Personliga samtal med berörd personal har skett samt att rutiner har uppdaterats, uppföljts och ändrats.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

### **Samverkan med patient och närstående**

Kosmo arbetar med närståenderåd/förtroenderåd på varje verksamhet. Närståenderådet/förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående. Vi har ett nära samarbete med anhörigrådet på verksamheten.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Förflyttningsutbildning är genomförd för all omsorgspersonal

Egenkontroll av livsmedelshantering sker dagligen enligt upparbetade rutiner

Kontaktmannaskapsutbildning del 1, 2 och 3 är genomförda

Dokumentationsstödjare och språkstödjare finns på plats

Undersköterskeutbildning har genomförts av 11 vårdbiträden

3 av super8-grupperna har regelbundna möten och jobbar med sina frågor

Rutiner har skrivits inom de områden som saknade rutiner samt har

---

existerande rutiner uppdaterats som ett led i avvikelseprocessen. Detta gäller både HSL och omsorgsrutiner

Hygienrutiner och klädpolicy är implementerat på samtliga enheter

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

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och vid förändrat hälsotillstånd, dock minst var 3:e månad.

Genomförandeplaner uppdateras minst var tredje månad.

Registrering sker i Palliativregistret och Senior Alert.

BPSD administratörer finns nu på varje avdelning

Alla boende har en dokumenterad handlingsplan vad gäller nattfasta. Vi har haft ca 22 boende med dokumenterade nutritionsproblem. Av dessa har alla en nutritionsplan.

Alla patienter som kommer till verksamheten registreras i Senior alert.

Verksamheten har haft en Lex Maria under det gångna året.

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

All personal ska genomgå hygienutbildning. En ny hygienansvarig utses som tillsammans med ansvarig sjuksköterska kommer att följa upp hygienrutiner och se till så att det efterföljs.

Vi ska under året jobba med att tydliggöra ledarskapet genom att klargöra arbetsfördelningen mellan de olika yrkeskategorierna. Vi ska ha handledning för all personal så att alla tar sitt respektive ansvar.

Vi har även anställt ny sjukgymnast och äldrepedagog samt en sjuksköterska som genomgår silviasjuksköterskeutbildning. Detta kommer att förstärka vår enhet och stärka kvalitetsutvecklingen för att nå våra mål.

Övergripande mål 2015:

- Intern utbildning i BPSD, demenssjukdom, sårvård.
- Fortsatt arbete med Super 8 grupper.
- Fortsatt implementering av tydliggörande av arbetsroll för teamledare, super 8 grupper och sjuksköterskegruppen etc.
- Fortsatt arbete med dokumentationsstöd.
- Genomföra utbildningar i vårdhygien
- Utökat samarbete avdelningsvis genom kontinuerliga

---

teamledarträffar.

- Utökat samarbete mellan omvårdnadspersonal och HSL-personal.
- Silviasjuksköterska ska börja med handledning och demensutbildning 25 %
- Registrering i Palliativregistret och Senior Alert och BPSD registrering.
- Arbeta med de områden som fick mindre poäng i boende/anhörigenkäten