



Patientsäkerhetsberättelse för

Kosmo Kattrumpstullen

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-02-10 Lena Ritzén Jonsson

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
Riskanalys
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.

KOSMO, Kropp Och Själ Med Omtanke, driver Kattrumpstullen sedan den 1 december 2013 genom ett entreprenadavtal med Stockholm stad.

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboendet har 97 lägenheter med heldygnsomsorg fördelat på fem våningar totalt nio avdelningar. 55 lägenheter är avsedda för personer med somatisk sjukdom och 42 lägenheter för personer med demenssjukdom.

Under 2014 har vi arbetat intensivt med att säkerställa sjuksköterskans journalföring samt arbete med riskanalyser. All HSL personal har fått handledning och utbildning i dokumentationssystemet Vodok och ICF. Övrig utbildning har varit inom HLR, vårdhygien, livsmedelshygien, ledningssystem, munvård, sticksäkerhet, nutrition och sårvård.

Medverkan i registren Senior Alert, Palliativa registret och BPSD har intensifierats under året.

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. Under året har Super 8-grupper startats med representanter från alla våningarna. Super 8 vård samt Super 8 trygghet och säkerhet är de grupper där avvikelser gällande HSL behandlas.

Genom avvikelshanteringen som följer de riktlinjer som finns i lednings-systemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vård skador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem. Checklista finns för bedömning av risker för att förebygga fallincidenter.

Under 2014 har det inte inkommit så många avvikelser.

Verksamhetschef och enhetschefer arbetar mycket med att informera och uppmana personal att skriva avvikelser med perspektiv på det som avviker från det normala. Vi har haft ett ärende som skickats till IVO svar har kommit och ärendet är avslutat.

Under 2014 har det inkommit klagomål och synpunkter. Analys av inkomna klagomål visar att det handlar om bristande bemötande klagomålen kom främst in det första halvåret av 2014. Dessa klagomål har resulterat i disciplinära åtgärder för viss personal.

Övergripande mål och strategier

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

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

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

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.

På Kosmo Kattrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen som kom den 1 januari 2011. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i KOSMOs ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet med Super8-grupper.

Under 2014 har Kosmo Kattrumpstullen arbetat intensivt med att utbilda personalen i att söka, ta fram processer samt arbeta efter Kosmos ledningssystem. Utifrån ledningssystemet har vi skrivit och uppdaterat lokala rutiner och instruktioner.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

- Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Under året har 18 medarbetare startat sin utbildning till undersköterska.
- Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt kunskaper om den nationella värdegrunden. Varje avdelning arbetar regelbundet med coachning och handledning i värdegrundsfrågor.
- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten.
- Kvaliteten ska systematiskt utvecklas och säkras. Våra Super 8 grupper arbetar intensivt med att utveckla och arbeta med förbättringsförslag.
- Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Legevisitten. Samverkansmöten med uppföljning två gånger per termin.
- HSL-personal utbildas regelbundet specifikt i

dokumentationssystemet Vodok för att säkerställa att övergången till ICF sker smidigt och säkert. Två sjuksköterskor och en sjukgymnast är utbildade till handledare. HSL-gruppen samlas regelbundet kring handledning i dokumentation.

- Aktiv registrering sker i Senior Alert, Palliativa registret samt PBSO.
- Alla boende ska ha aktuella riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Tillhör nyckeltal och rapporteras in varje måndag.
- Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad.

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.

På Kosmo Katrumpstullen har verksamhetschefen Lena Ritzén Jonsson det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjuk-vårds lag (HSL) 29 §. Enhetscheferna Lindita Dautovic och Sara Bhatti har det delegerade ansvaret för sin enhet. Ärenden diskuteras i ledningsgrupper som består av verksamhetschef, enhetschefer, sjuksköterska, rehab och teamledare, omsorgspersonal.

KOSMO har en MAS Kerstin Björklund utsedd för verksamheten i Stockholm, dennes ansvar regleras i 24§ HSL.

På Kosmo Katrumpstullen har vi i enlighet med det avtal Kosmo Katrumpstullen har med Stockholm stad/ Östermalms stadsdel bemannat verksamheten med sjuksköterskor dygnet runt, dag, kvällar, helger och nätter. Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med an-svaret.

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 sjukvårdupp-gift/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 avvikelser eller ärenden som berör hela verksamheten tas detta upp på arbetsplatsmöten och lämnas över till respektive super 8 grupp för

vidare åtgärder. Mindre allvarliga medicinska avvikelser följs upp och dokumenteras av ansvarig HSL personal. Avvikelser av mer allvarlig karaktär lämnas till Verksamhetschef/Enhetschef. Verksamhetschef och HSL-personal har regelbundna möten där vi följer upp avvikelser. Avvikelser kan oftast härledas till någon kvalitetsgrupp i det kvalitetssystem som finns i KOSMO, Super8. Personalen uppmanas att arbeta med och skriva avvikelser för att förbättra och säkra upp den vård och omsorg som ges.

Klagomål från boende och närstående behandlas av Verksamhetschef/Enhetschefer. En analys görs av klagomålet, om det är rutiner som brister, vilka åtgärder som krävs för att det 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.

Uppföljning av basala hygienrutiner görs i samråd med Vårdhygien Stockholm SLL. Sjuksköterskan har till hjälp ett självskattningsmaterial för utvärdering hur de basala hygienrutinerna efterföljs. Under 2014 har alla medarbetare genomgått den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner samt att ett stort antal personal har genomgått en fördjupad utbildning i vårdhygien anordnad av Vårdhygien Stockholm SLL.

Varje måndag följs nyckeltal upp gällande antal boende med aktuell vårdplan, antal boende med aktuell analys i Senior Alert, antal boende med aktuell riskanalys avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Sjuksköterskan rapporterar dessa nyckeltal till Verksamhetschef/Enhetschef. Nyckeltalen rapporteras sedan vidare till Kosmo.

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.

Beskrivning av struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.

Varje enhet har kvalitetsgrupper kopplade till hälso-och sjukvårdsfrågor, Super 8 vård. I dessa Super 8-grupper hanteras avvikelser och uppföljning av de mål som satts i HSL-arbetet. I gruppen ingår såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor och representanter för rehab. Frågorna tas sedan upp i enhetens ledningsgrupp. I ledningsgruppen deltar verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast/arbetsterapeut och teamledare.

Beskrivning av hur risker för vård skador har hanterats i verksamheten

Fallrapporter o läkemedelsavvikelser skrivs och hanteras i Super8 vård respektive Super 8 trygghet och säkerhet. Riskbedömningar görs på alla boende när de kommer till Katrumpstullen och uppdatering sker var

tredje månad eller vid behov.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts under det gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit 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 Kosmo Katrumpstullen har vi arbetat med egenkontroll enligt följande:

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

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

Journalgranskning: Inför avtalsuppföljning genomfördes journalgranskning den ligger som grund för vårt fortsatta kvalitetsarbete. Månadsvis journalgranskning sker fortsättningsvis.

Hygien: Verksamheten har sjuksköterskor med ett uttalat huvudansvar för vårdhygien. Verksamheten har avtal med Vårdhygien. Hygienrund är genomförd under hösten 2014. Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis. Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshanteringen och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

Senior Alert, riskbedömningar och åtgärder dokumenterad i registret

Punktprevalensmätning (PPM) av trycksår genomfördes under 2014 och är ett bra underlag för jämförelse.

Interngranskningar genomförs årligen gällande HSL-arbetet i verksamheten. Granskningen grundar sig i ledningssystemet. Avvikelser som uppmärksammas vid interngranskningen åtgärdas.

Apoteksgranskningar av varje läkemedelsrum görs årligen och identifierade förbättringsområden hanteras per enhet.

Super 8 processen och nyckeltal Super 8 består av att inom varje verksamhet skall 8 olika arbetsgrupper finnas som fokuserar på var sitt om- råde inom verksamheten. Förslag från medarbetare, avvikelser, synpunkter från närstående och kund sorteras till respektive område och gruppen analyserar alla förslag som kommer in, och föreslår förbättringar. Tillsammans med verksamhetschefen beslutas om vilka som kan genomföras och dessa planeras in och genomförs. Varje Super 8-område mäts regelbundet med nyckeltal. Genom denna egenkontroll kan verksamhetschefen finna de områden som behöver åtgärdas.

Nyckeltal gällande uppdaterade vårdplaner, riskanalyser har blivit bättre. Super 8 grupperna är inte fullt verksamma.

Brukarundersökningar

1. Varje verksamhet i Kosmo utvärderas av kund och anhörig via enkäter som skickas ut varje år. Detta sker via en extern part. Boende upplever ett gott bemötande.

Områden att utveckla är:

- boende vet ej var de ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
 - upplever att de inte får vara med och bestämma över den vård och omsorg som ges
2. Socialstyrelsen gjorde en målundersökning under 2014.

Resultatet visar:

- Boende upplever att bemötandet är gott
- Aktiviteter på avdelningarna kan utvecklas
- Förbättra trivseln vid måltiderna

Kvalitetsgranskning av läkemedel

En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det är Apoteket som ansvarar för denna granskning som genomfördes i november 2014. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshanteringens upplevs mycket väl fungerande. Resultat av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten.

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. Lokala instruktioner och rutiner uppdateras och revideras regelbundet för på hela Kosmo Katrumpstullen. Rutinerna är baserade på Kosmos ledningssystem där vi har gjort lokala justeringar. Ledningssystemet och de lokala rutinerna stämmer mot SOSFS 2011:9. Under 2014 har personalen fått speciell kompetensutveckling i att söka och arbeta med Kosmos ledningssystem. Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser samt systematiskt följt upp dessa i ledningssystemet. Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

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

Dokumentation HSL

Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Under hela 2014 har vi arbetat intensivt med att säkerställa journalföring. Till detta har vi lagt extra resurser på sjuksköterskesidan samt arbetet aktivt med utbildning och coachning. Personalen har varje vecka rapporterat nyckeltal till verksamhetschef. ICF-införandet har startat, all HSL-personal har fått utbildning och två sjuksköterskor, en sjukgymnast och en arbetsterapeut har fungerat som dokumentationsstödare vid införandet. De boendes journaler har rensats för att vara rena till övergången till Vodok 2.0 samt ICF.

Register

I början av 2014 startade registreringen av våra boende i Senior Alert där samtycke finns. Alla sjuksköterskor registrerar i Palliativa registret sedan början av 2014. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demens avdelningarna har gått utbildning till BPSD administratör. Under året har vi arbetat aktivt i detta register och med BPSD åtgärder för boende med demens.

Utbildning

Under 2014 har 18 medarbetare börjat sin utbildning till undersköterska. Vi har generellt höjt kompetensnivån inom alla yrkeskategorier. All personal har utbildats i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten utbildar personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar. Alla semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som vårdhygien, delegering, dokumentation, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg. All omvårdnadspersonal har även fått utbildning i mat och måltid samt livsmedelshygien, kontaktmannaskap och ledningssystem. All personal som arbetar inom demensvård har genomgått utbildning i Demens ABC+.

Arbetet med BPSD har formats under året. Silviasjuksköterskan ansvarar för utbildning och införandet av BPSD. Fem medarbetare har gått utbildning till administratörer i systemet. Ca femton boende har skattats och arbetet har påbörjats med att arbeta enligt skattningen.

Samverkan

Samverkan med boende och närstående är ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar och i genomförandeplaner och levnadsberättelse uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och chefer. Såväl verksamhetschef som enhetschef finns tillgänglig för frågor och samtal.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Fall

Arbetssterapeut och Sjukgymnast följer upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Detta görs i och med att de signerar alla fallrapporter och tillsammans med sjuksköterskan arbetar med förebyggande fallprevention och specifika åtgärder.

Nutrition

Kosmo har som rutin att kontrollera den boendes vikt en gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Detta innebär att vi har god kontroll gällande nutrition samt sätter in åtgärder i tidigt skede.

Vårdhygien

KOSMO Ksttrumpstullen har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Vi har särskilt utsedd hygiensjuksköterska. Viss omsorgspersonal har även fått utbildning och har ett hygienansvar på respektive enhet/avdelning.

Förändrat vårdbehov

Vid förändrat vårdbehov som exempelvis vid livets slut och ökad vårdtyngd görs en analys av resursbehov gällande personal. Extra vak sätts in vid livets slut efter önskemål.

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 ”Kosmo Katrumpstullen har vi läkarorganisationen Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna möten sker mellan ledningen på Katrumpstullen och läkarorganisationen.

Kosmo MAS har haft regelbundna samverkansmöten med berörd

läkarorganisationen.

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

Samverkan med sjukhus

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

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

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

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamhetschef, enhetschefer och MAS 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 Kosmo Katrumpstullen har samverkan fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom tre samverkansmöten under våren, avtalsuppföljning i augusti och därefter två samverkansmöten. De avvikelser som framkommit har det arbetats aktivt med.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

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

På Kosmo Katrumpstullen har de legitimerade medarbetare tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Vidare har vi regelbundna boendegenomgångar tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson.

Omsorgspersonalen har tät kontakt med sjuksköterska som är på plats

dygnet runt. Personalen kontakter sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov kan jourläkare kallas till boendet.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda av sjuksköterska inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning ska vara påbörjad inom fjorton dagar efter inflyttning. Avvikande händelser dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas.

Super 8 vård och Super 8 trygghet och säkerhet arbetar med att identifiera och åtgärda risker i verksamheten.

Skyddsronder genomförs på alla enheter årligen. Vid regelbundna samarbetsmöten med de fackliga organisationerna tar risker upp både gällande arbetsmiljö och boendemiljö.

Risikanalys vid verksamhetsförändringar. Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Exempel på förändringar kan vara att ny teknik implementeras, att nya arbetsmetoder införs, omorganisation av verksamheten.

Risikanalys vid misstanke om processer som kan vara riskfyllda eller osäkra. Om det finns misstanke om att vissa arbetsmoment är osäkra eller riskfyllda ska det göras en riskanalys. Verksamhetschef/Enhetschef eller annan av chef utsedd ska genomföra analysen.

Det som ska analyseras identifieras. Om sannolikheten är stor och mycket stor med konsekvenser som katastrofala och betydande ska det upprättas en åtgärdsplan för att minimera risker att dessa konsekvenser ska inträffa.

Analys av klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen sammanställer en rapport inför varje samverkansmöte med stadsdelen från inkomna klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns ett mönster i verksamheten som indikerar på att kvalitén brister. Framkomna brister och mönster analyseras och åtgärdas. Klagomål, synpunkter och avvikelser kan lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

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 Kosmo Kattrumpstullen har hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterat risker för vård skador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

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

MAS går regelbundet igenom avvikelserna i VODOK och avslutar dessa.

Nyanställda får information om arbetet med avvikelser inklusive rutiner för Lex Sarah och Lex Maria.

Uppföljning

Sjuksköterska följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs. Sjukgymnast/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och ska alltid signera alla rapporter.

Sjukgymnast/arbetsterapeut ansvarar sedan för uppföljning och fallpreventiva åtgärder.

Vid allvarlig händelse kontaktas MAS. Se Ledningssystemet Kosmo samt dokument Lex Maria samt Lex Sarah ger vidare instruktioner gällande detta.

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.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten lämnas till boende och närstående i samband

med inflyttning. Synpunkter kan lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i foajén eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef.

Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal. På förtroenderådet kan också synpunkter lämnas. Synpunkter som anses vara av generell karaktär diskuteras på förtroenderådet. Synpunkter från närstående och boende hanteras på olika nivåer beroende på om avvikelsen/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten får alltid en återkoppling. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor. Avvikelser ses alltid som ett led i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete och hanteringen av avvikelser/synpunkter ska alltid syfta på att rätta till eventuella systemfel.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

På Kosmo Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och återkopplas av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehab-möten och avdelningsmöten. Under 2014 har en anmälan gjorts enligt Lex Maria svar från IVO har kommit och ärendet avslutas.

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.

På Kosmo Kattrumpstullen har vi haft samverkan med boende och närstående som ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar och i genomförandeplaner och levnadsberättelse uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och chefer.

Verksamhetens förtroenderåd har medlemmar från flera våningsplan, politiker, intresseorganisationer samt representant från

uppdragsgivaren. Förtroenderådet har möten 2 ggr/termin. Såväl enhetschefer som verksamhetschefer finns tillgängliga för frågor och samtal.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Ingen information ges utan att först ha den boendes godkännande.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd.

Verksamhetschefen skriver månadsbrev som läggs på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

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

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

Varje enhet ordnar närståendeträffar några gånger per år. Dessa träffar kan vara av informationskaraktär eller i form av mingel.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Utbildning i förflyttningsteknik ges årligen till all personal.

Information och utbildning i Senior Alert har genomförts på samtliga avdelningar.

Alla medarbetare har genomgått den webbaserade utbildningen i vårdhygien.

18 medarbetare har påbörjat utbildning till undersköterska.

Munvårdsutbildning har genomförts för huvuddelen av den fast anställda vårdpersonalen.

Utbildning i inkontinensvård har genomförts för all fast anställd personal.

Sjuksköterskor från varje enhet har genomgått sticksäkerhetsutbildning och sårvårdsutbildning.

Utbildning i HLR för legitimerade medarbetare.

Tre sjuksköterskor har gått utbildning i ”Palliativ vård vid demenssjukdom”

En sjuksköterska har gått utbildning i ”Symtomlindring vid livets slut”

Processmål

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår sker vid inflyttning och sedan löpande och vid behov för alla våra boende. Detta är ett av våra nyckeltal och mäts varje vecka. Vårdplaner uppdateras var tredje månad eller oftare samt vid behov.

Arbete fortgår med Palliativregistret, Senior Alert och BPSD.

Genomförandeplaner skrivs vid inflyttning och uppdateras var tredje månad.

HSL-personalen och omvårdnadsmedarbetarna har utbildats i Ledningssystemet.

Läkarorganisationen Legevisitten som har läkaransvaret genomför läkemedelsgenomgångar enligt regelverket.

Enhetschef gör kontroller gällande vårdhygien.

Måluppfyllelse

Övergripande mål:

Äldre har en meningsfull tillvaro

Äldre är delaktiga i utformningen av sin livssituation

Äldre är självständiga utifrån sin förmåga

Äldre är trygga

Dessa mål mäts med hjälp av brukarenkäten. Det Kosmo Kattrumpstullen har som utmaning är att de äldre ska känna att de är delaktiga i utformningen av vården och omsorgen.

Mål satta i verksamheten för 2014:

1. Starta samtliga kvalitetsgrupper (KOSMOs Super 8-grupper).
2. Genomföra riskbedömningar
3. Registrering i Senior Alert, Palliativregistret och BPSD
4. Starta utbildningen till undersköterska

Resultatet:

Fyra av Super8 grupperna har statat under året och de återstående grupperna startar under januari 2015.

Registreringarna i Senior Alert och Palliativregistret startade redan under våren. Registreringen i BPSD har kommit igång men behöver utvecklas mer.

Alla boende har riskbedömningar upprättade inom 14 dagar.

Undersköterske utbildningen startade i maj 2014.

Frågeställning	Antal /år	2014
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	100 ca	100
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	Antal dokumenterade nutritionsproblem går ej att få fram i Vodok den gamla versionen.	Antal dokumenterade omvårdnadsplaner utifrån dokumenterade nutritionsproblem
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	Totalt antal avlidna patienter på Katrumpstullen 2014: 26	Antal registrerade i registret: 11
Antal registrerade patienter i Senior Alert	97 boende	126 inmatade riskbedömningar 35 inmatade åtgärder 24 inmatade uppföljningar
Antal Lex Maria anmälningar under året		1
Antal ärenden från IVO		0
Antal ärenden från Patientnämnden		0

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård

Frågeställning	2014	2015
Läkemedel		
Utebliven dos	31	
Dubbel dos	2	
Felaktigt iordningsställande	5	
Förväxling	0	
Utebliven signering	1	
Fall		

Fall i verksamheten	94	
Frakturer pga. fall	8	
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	14	
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	Går ej att få fram	

Övergripande mål och strategier för kommande år

1. Fortsätta registrering i Senior Alert, Palliativregistret och BPSD samt utveckla och analysera resultatet
2. Utveckling av Super 8-arbetet och upprätta handlingsplaner för arbetet i grupperna.
3. Utveckla samarbetet i en stabil organisation för HSL
4. Utifrån resultatet i granskningar utveckla kvalitetsarbetet
5. Arbete med vårdhygien genom hygienutbildning för all personal samt införande av hygienronder samt självskattningar och observationer.

Dokumentation

Mål

HSL-personal ska specifikt i dokumentationssystemet Vodok 2 öka sina kunskaper för att säkerställa dokumentationen enligt ICF. Alla boende ska ha aktuella och uppdaterade vårdplaner och riskanalyser.

Strategi

Regelbunden handledning varje vecka av utsedda handledare. Varje sjuksköterska har en egen plan för att säkerställa att målen uppnås. Nyckeltal gällande antal uppdaterade hälsoplaner och riskanalyser redovisas varje måndag till Verksamhetschef.

Riskanalyser

Mål

Alla boende ska ha en riskanalys i Vodok 2. Alla boende ska ha aktuella riskanalyser avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt uppdaterade vårdplaner i de fall risker upptäcks.

Strategi

Nyckeltal gällande antal uppdaterade hälsoplaner och riskanalyser redovisas varje måndag till verksamhetschef för uppföljning.

Register

Mål

Alla avlidna registreras i Palliativa registret. Boende med demenssjukdom registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera i Senior Alert.

Strategi

En utsedd sjuksköterska utses som ansvarig för de olika registren. Nyckeltal gällande hur många som registreras i Senior Alert samt antal BPSD registreringar.

Trycksår och sår

Mål

Att minska antalet sår

Strategi

Inför användandet av Biolight som ett komplement vid behandling och profylax vid sår.

Avvikelser, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag

Mål

Öka antalet rapporterade avvikelser och synpunkter.

Strategi

Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper samtalas det och informeras om vikten av att skriva avvikelser då de upptäcks.

Närstående/boende får information vid varje inflytt samt i anslutning till närstående/anhörigråd samt boenderåd information om var man lämnar klagomål samt vikten av synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevådor där man anonymt kan lämna ”min synpunkt”

Super 8

Mål

Kvaliteten ska systematisk utvecklas och säkras. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi

Mötesagenda finns för hela året. Varje personal ska själv planera in sitt möte. Avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig Super 8 grupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på vissa möten.

Utbildning

Mål

Insatser ska vara av god kvalitet. Personal med lämplig utbildning och erfarenhet finns. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt kunskaper om den nationella värdegrunden. HSL-personal ska få ökad kunskap i ICF och Vodok 2.

Strategi

Varje avdelning ska ha värdering och coachning varje månad.

Demensutbildning och handledning av Silviasjuksköterska. Varje personal på somatisk avdelning ska utbildas till att få grundläggande kunskaper i demens och BPSD. HSL-personal ska få kontinuerlig handledning och utbildning efter egna behov av utveckling. Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner. Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia.