



Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

ÅR 2017

Attendo Rio vård och omsorgsboende

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

BAKGRUND

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGI

ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETS-
ARBETET

Ansvar och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet

EGENKONTROLL OCH UPPFÖLJNING

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Läkemedelsgenomgångar

Nutrition

Munhälsovårdsbedömningar

Kvalitetsregister/Senior Alert/BPSD

Svenska palliativregistret

Infektionsregistrering

Basala hygienrutiner och följsamhet

Trycksårsmätning

Inkontinens – kvalitetsprogram

Demensvård

Delegeringar

ATTENDOS KVALITETSARBETE

RIOS KVALITETSARBETE MED HÄNDELSEHANTERING OCH
RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

KVALITETSHJULET

Processer och rutiner

Samverkan

Riskanalyser

Egenkontroll och lokal verifiering

Utredning av synpunkter och klagomål

Systematiskt förbättringsarbete

Enhetens kvalitetsarbete

Dokumentationsskyldighet

Kvalitetsindex

SAMMANFATTNING

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Riskbedömningar för fall, trycksår och malnutrition utförs på alla brukare. I de fall där risker upptäcks ordinerar relevanta åtgärder i en vårdplan
- Personalen har genomgått webbutbildning i palliativ omvårdnad.
- Registrering i palliativa registret
- BPSD arbete på demensavdelningarna
- Bedömning av självmordsrisk
- En sjuksköterska har deltagit i riksforum för äldreomsorgen
- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens riktlinjer och gällande rutiner årligen
- Utbildning för all ny personal i basala hygienrutiner, livsmedelshygien, brandutbildning genomförs kontinuerligt.
- Genomförda teammöten i tvärprofessionella team.
- Mätning av dygns- och nattfastan
- Följsamhet basala hygienrutiner genom egenkontroller.
- Infektionsregistrering skickas till MAS
- Introduktion och utbildning för sommarvikarier

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka kvaliteten i verksamheten

- Klagomål och synpunkter från brukare och anhöriga/närstående hanteras enligt företagets riktlinjer. Synpunkter och klagomål sammanställs, analyseras och åtgärdas
- Processidentifiering
- Inträffade händelser och avvikelser sammanställs, analyseras och åtgärdas
- Fokus på brukarens individuella behov, önskemål och möjligheter – med fokus på individanpassat arbete med delaktighet och självbestämmande
- Ökat fokus på evidensbaserad praktik
- Utbildning av 1 sjuksköterska, 1 arbetsterapeut samt två undersköterskor till palliativa ombud som bildar ett team som finns som stöd för övrig omvårdnadspersonal vid vård i livet slut.
- En stor andel av personalen har genomgått en webbutbildning i palliativ vård.
- Ökat fokus på individuella aktiviteter och social samvaro för våra brukare.
- Fortlöpande kompetensutveckling för HSL personal
- Fortlöpande kompetensutveckling för omvårdnadspersonal

BAKGRUND

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Berättelser ska beskriva:

- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Vilka resultat som uppnåtts

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 7 ka.1 § bör den som bedriver socialtjänst med dokumentation som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse

Berättelsen bör beskriva:

- hur arbetet med att säkra kvaliteten har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts

Attendo Rio vård och omsorgsboende

Attendo Rio vård och omsorgsboende är ett särskilt boende som drivs av Attendo Sverige AB. på uppdrag av Östermalms stadsdelsförvaltning. Boendet består av 88 lägenheter fördelade på 6 plan. Boendet vänder sig till personer över 65 år. Plan 3 är ett korttidsboende med 10 platser, plan 4 och 5 är för personer med demenssjukdom och plan 6,7 och 8 är för somatiskt sjuka äldre.

För att bo på boendet krävs biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453), SoL.

Verksamheten har sjuksköterskebemanning dygnet runt och anmälts enligt lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården.

Lagar och föreskrifter som styr kvalitetsarbetet i vår verksamhet

Lagar föreskrifter och allmänna råd	Var hittar jag denna?
Kvalitet och allmänt	
Personuppgiftslagen 1998:204	www.riksdagen.se
Livsmedelslagen 2006:804	www.riksdagen.se
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	www.socialstyrelsen.se
Socialtjänst och LSS	
Socialtjänstlagen SOL 2001:453	www.riksdagen.se
Lag om behandling av personuppgifter i socialtjänsten 2001:454	www.riksdagen.se
Socialförsäkringsbalk 2010:110	www.riksdagen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah SOSFS 2011:5	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2014:5	www.socialstyrelsen.se
Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2011:12	www.socialstyrelsen.se
Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2012:3	www.socialstyrelsen.se
Hälso- och sjukvård	
Hälso- och sjukvårdslagen HSL 2017:30	www.riksdagen.se
Hälso-och sjukvårdsförordning 2017:80	www.riksdagen.se
Patientdatalagen PdL 2008:355	www.riksdagen.se
Patientsäkerhetslagen PSL 2010:659	www.riksdagen.se
Patientlagen 2014:821	www.riksdagen.se
Patientskadelagen 1996:799	www.riksdagen.se
Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 1990:1404	www.riksdagen.se
Lag om medicintekniska produkter 1993:584	www.riksdagen.se
Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande 2008:344	www.riksdagen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso-och sjukvården HSLF-FS 2016:40	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10	www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40	www.socialstyrelsen.se
Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) HSLF-FS 2017:41	www.ivo.se
Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård SOSFS 2009:6	www.socialstyrelsen.se
Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering SOSFS 2007:10	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:1	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall. HSLF-FS 2015:15	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Kriterier för bestämmande av människans död SOSFS 2005:10	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård SOSFS 1997:14	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område SOSFS 1998:13	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel SOSFS 2001: 16	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner SOSFS 1999:26	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården SOSFS 2005:26	www.socialstyrelsen.se
Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen SOSFS 2008:21	www.socialstyrelsen.se

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGI FÖR 2017

Kvalitet – utveckling

Övergripande mål:

Vårt arbete skall genomsyras av att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. De skall uppleva delaktighet och att de skall kunna påverka sin vardag. De skall känna sig trygga och nöjda med det äldreboende de valt.

Våra medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges med kvalitet. Vi skall följa upp och utvärdera vårt arbete så att bästa möjliga kvalitet uppnås.

Mätmetod:

Brukarundersökning

Medarbetarsamtal

Egenkontroller

Mål för socialtjänsten:

**Samtliga boende dvs 100 % skall ha godkänd genomförandeplan.
För nyinflyttade skall den finnas inom två veckor.**

Andelen nöjda med Rio som äldreboende skall uppnå 90 %

Mätmetod:

Kvartalsvis uppföljning görs av dokumentationsstödare

Brukarundersökningen

Egenkontroller

De äldre skall fortsätta känna trygghet på Rio och att personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål.

Mätmetod: Resultat i Brukarundersökningen 2018

Mål för hälso- och sjukvården:

Samtliga boende dvs 100 % ska ha en upprättad palliativ vårdplan i livets slut med tydliga mål, insatser, uppföljning samt utvärdering.

Mätmetod: Ansvariga för upprättande av vårdplan är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Dokumentationsstödjare på Rio granskar dokumentationen i verksamheten 2 ggr/år och återkopplar till verksamhetschef

Utdrag ur palliativa registret

Egenkontroll: Attendos årliga egenkontroll

Mål för 2018

Godkänd SOL dokumentation 2018

Mätmetod: Egenkontroll 2018

Nöjdhet i brukarundersökningen 2018 ska uppnå 90 %

Mätmetod: Resultatet BU17 jämförs med 2018

Godkänd HSL dokumentation 2018

Mätmetod: Egenkontroll 2018

Fortsätta att registrera i kvalitetsregistren BPSD, palliativa registret, Senior alert

Mätmetod: Verksamhetschef tar ut statistik ur registren och jämför resultat med Sabbatsbergsbyns äldreboende i samband med egenkontroll.

Utveckla användandet av att göra listan i dokumentationssystemet Vodok.

Mätmetod: Sjuksköterskan på Rio ansvarar för att lägga in löpande HSL insatser. Arbetssättet ska utvärderas och utvecklas kontinuerligt på HSL möte varje vecka.

ORGANISATORISKT ANSVAR

Ansvarsfördelning

- Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser en hög patientsäkerhet och hög kvalitet.
Verksamhetschefen ska främja kostnadseffektivitet samt ansvara för att rutiner för Rios kvalitetsarbete tas fram, är väl kända och efterlevs.
Verksamhetschefen ska tillse att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med verksamhetschefen ett ansvar för att brukaren ska få en säker och ändamålsenligt sjukvård. I MAS ansvaret ingår även att tillse att författningsbeskrivningar och andra regler är kända och följs. Vc ansvarar för att HSL personalen har den kompetens med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

- Hälso- och sjukvårdspersonalen (Rios sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbaserat arbete).
- Legevisiten har ett patientansvar för varje brukare, utom växelvårdsbrukare och avlastningsbrukare på korttidsenheten. Arbetet sker i samverkan med respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

EGENKONTROLL/RESULTAT OCH UPPFÖLJNING

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation sker i Stockholm stads dokumentationssystem Vodok.

Dokumentationen granskas årligen i företagets Egenkontroll.

Resultatet av företagets **Egenkontroll** 2017 avseende dokumentation – HSL och SoL:

Rio 1: ej godkänd HSL. 85 % - godkänd SoL 98 %

Rio 2: godkänd HSL. 94 % - godkänd SoL 98 %

Antal Lex Sarah: 1

Antal Lex Mariaanmälan: 3

Allvarliga händelser: 4 (brand med rökutveckling, 3 läkemedelsavvikelser).

Läkemedelsgenomgång

Enligt Socialstyrelsens riktlinje har läkemedelsgenomgångar genomförts på samtliga brukare. Det genomförs samband med inflyttning, 1 gång/år samt vid förändring av brukarens hälsotillstånd.

Resultat: Läkemedelsgenomgångar har genomförts av Legevisitten läkare under 2017 enligt riktlinjer

Nutrition riskbedömningar

Dygn – och nattfasteregistrering, MNA (riskbedömning undernäring), EAT 10 (Riskbedömning tugg och svälj svårigheter), ROAG (riskbedömning munhälsa) samt kontroll av BMI genomförs enligt riktlinjer. Vid uppföljning 2017 har rutin följts. Screening med tre frågor för riskbedömning för undernäring var tredje månad. Detta för att identifiera risker för undervikt, ofrivillig viktfrörlust samt ätsvårigheter. I de sällsynta fall där registreringen visar på att nattfastan överstiger 11 timmar dokumenteras detta och en vårdplan upprättas med åtgärder. Vid resultat av ovan gjorda riskbedömningar som indikerar undernäring eller risk för undernäring ska alltid en utredning om orsak och åtgärd initieras.

Vid risk för undernäring följs aktuell rutin, näringsberikning, flera mellanmål samt näringsdryck Rio har tillgång till dietist för konsultation.

Munhälsovård

Munhälsovårdsbedömningar genomförs regelbundet med aktuellt företag. Under 2017 låg uppdrag på Flexident.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister där riskbedömningar som fall, nutrition och trycksår registreras. Rio har utsedd kontaktperson och enheterna har börjat registrera i registret.

Mätmetod: Statistik ur Senior alert

Svenska palliativregistret

Samtliga enheter på Rio registrerar i registret. Arbetet med förbättringar och jämförelse utifrån spindeldiagrammet fortgår. Rio har utsedd sjuksköterska ansvarig att utvärdera och följa upp arbetet 100 % av de boende som avlidit på Rio har registrerats i Palliativa registret 2017. Detta är en ökning av följsamhet av registrering jämfört med 2016 då 69 % av de boende som avlidit registrerades i registret,.

Styrkor på Rio 2017

Läkarinformation till närstående 100 %

Lindrad från rosslig andning 100 %

Lindrad från smärta, illamående, rosslig andning och ångest
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

Utvecklingsområden 2018:

-Munhälsa

-Validerad smärtskattning

-Eftersamtal

Under 2018 kommer all ny personal att genomföra en webutbildning i palliativ vård. Verksamheten kommer även att utbilda ytterligare 4 undersköterskor i fördjupad palliativ omvårdnad.

Infektionsregistrering

Samtliga enheter på Rio har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika behandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som sammanställs och skickas till MAS.

Basala hygienrutiner och följsamhet

Samtliga medarbetare har tagit del av utbildning som tillhandahålls av Vårdhygien. Rio har två hygienombud. Ombuden har utbildats och har en ökad kunskap om basala hygienrutiner, städrutiner och handlingsplaner. Verksamheten utför egenkontroller av följsamheten av riktlinjer och rutiner. Följsamhet kontrolleras årligen vid företagets egenkontroll. Utbildning genomförs årligen för nya medarbetare.

Egenkontroll av hygienrutiner och självskattning har utförts vid två tillfällen. Följsamheten har bedömds som god.

För 2018 planeras genomgång följsamhet av hygienrutiner via checklista 2 gånger.

Nikola

Nikola bedömning har genomförts på enheten och utförs på samtliga boende av sjuksköterska

Demensvård

Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom området är vägledande för enhetens arbete med vården och omsorgen om våra demenssjuka brukare.

Rio har två demensenheter med en omvårdnadsansvarig sjuksköterska per enhet. En sjuksköterska är utbildad i BPSD registrering och en sjuksköterska ska gå utbildningen under våren 2018. Sjuksköterskorna registrerar i BPSD efter att ha haft möte med teamet och genom detta upprättas en bemötandeplan. Teamet består av kontaktperson, sjuksköterska arbetsterapeut, fysioterapeut.

Delegeringar

Sjuksköterskor följer upp samtliga delegeringar kvartalsvis och detta skickas till MAS vid efterfrågan. Sjuksköterskan uppdaterar kontinuerligt delegeringarna så att de är aktuella för omvårdnadspersonal gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter. Inför varje delegeringsbeslut har det gjorts en noggrann och professionell bedömning som har innefattat ett kunskapsprov.

Varje månad görs kontroll av de avvikelser som gäller delegerade uppgifter, hur de dokumenteras, åtgärdas och följs upp.

Fall

Fall: Totalt 140 st varav sjukhusvård 8 st. Vid fall skrivs avvikelse i Add omgående. Åtgärder sätts in omedelbart av sjuksköterska. Varje vecka har respektive plan teammöte där fall diskuteras på individnivå. Varje månad håller resp. enhet kvalitetsmöte där månadens händelser diskuteras ur verksamhetsynpunkt och lyfter problematik och åtgärder på en strategisk nivå..

Läkemedelsavvikelser

Verksamhetens sjuksköterskor har arbetat aktivt med läkemedelsavvikelser, trots det har vi under 2017 haft fler läkemedelsavvikelser än 2016. Under 2016 registrerades 42 avvikelser och under 2017 registrerades 92 avvikelser gällande läkemedel för plan 3-8. Den vanligaste orsaken är glömt att ge/ glömt att signera.

ATTENDOS KVALITETSARBETE

Attendo har utarbetat riktlinjer för kvalitetsarbetet i företaget. De utgör basen för det lokala kvalitetsarbetet med tillhörande kvalitetsledningssystem.

Alla riktlinjer som publiceras i Riktlinjer-Kvalitet ingår som en del i Attendos kvalitetsledningssystem. De riktlinjer som rör hälso- och sjukvården är också Medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer i de fall MAS-ansvaret åligger Attendo. För Rios del åligger MAS-ansvaret Attendo. Verksamhetens lokala rutiner, som är utformade utifrån riktlinjerna, ingår i verksamhetens lokala kvalitetsledningssystem. Verksamhetens lokala rutiner ska revideras/ses över årligen och vid behov.

Värderingarna är själva själen i Attendo, hur vi utför vårt arbete.



Kompetens

-Vi kan



Engagemang

-Vi vill



Omtanke

-Vi bryr oss om

På verksamheten finns utbildade värderingscoacher en per verksamhetsplan som tillsammans med verksamhetschefen ansvarar för att värderingsarbetet hålls levande och diskuteras kontinuerligt.

Verksamheten arbetar utifrån ett salutogent förhållningssätt vilket innebär att fokus ligger på den enskildes behov och önskemål.

Vi ska i allt vårt arbete utgå från bästa möjliga beslutsunderlag vilket innebär en sammanvägning av tillgängliga kunskaper (evidens), den enskildes önskemål, situation och omständigheter samt professionellas erfarenheter i den aktuella situationen så kallat evidensbaserad praktik.



I Attendo är det av största vikt att de som använder våra tjänster -brukarna, klienterna eller patienterna, är nöjda med insatserna och hur de utförs.

Målet för vårt kvalitetsarbete:

- nöjda personer (brukare/klienter/patienter)
- nöjda närstående
- nöjda kunder
- nöjda medarbetare
- nöjda ägare

Det säkerställer vi genom att:

- alltid sätta brukaren/klienten/kunden i centrum.
- Upprätta kvalitetsmål för varje verksamhet. Målen upprättas i ledningsgruppen.
- skapa delaktighet hos brukare och närstående genom förtroenderåd, anhörig/närståendemöten samt veckobrev.
- skapa delaktighet hos medarbetarna genom månatliga arbetsplatsträffar, kvalitets-, kost-, tvärprofessionella team-, brandskydds-och aktivitets möten samt planeringsdagar.
- använda rätt kompetens och resurser genom individuell utvecklingsplan
- använda företagets kvalitetssystem i praktiken
- följa Attendos värderingar och ha ett etiskt, personcentrerat och salutogent förhållningssätt

RIOS KVALITETSARBETE MED HÄNDELSEHANTERING OCH RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

Som ett led i enhetens kvalitetsarbete som bygger på ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 redovisas arbetet årligen i en kvalitetsberättelse.

KVALITETSHJULET

Ett kvalitetsledningssystem är ett system för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i Rios verksamhet.

- fastställa grundprinciper och fördelning för planering och ledning av verksamheten
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven
- identifiera för verksamheten viktiga processer och aktiviteter
- kontrollera, följa upp och utvärdera mål och processer
- systematiskt utveckla och säkra processer och aktiviteter
- identifiera och arbeta för samarbete både internt och externt

Kvalitetssystemet ska:

- vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning
- tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten
- vara väl förankrat i organisationen
- användas i det dagliga arbetet

Vi beskriver inte bara vad vi gör utan också *hur vi gör det*, *i vilken omfattning* vi gör det och *vilket resultat* det leder till. På så sätt blir vårt kvalitetsarbete ett ständigt kretslopp: vi tar fram fakta, undersöker orsaker och funderar över samband. Utifrån slutsatserna planerar vi förbättringar och föreslår lösningar. Av dessa väljer och genomför vi åtgärder och i efterhand analyserar vi resultaten. Därefter vidtar återigen planering – och så rullar kvalitetshjulet.



Ansvar

Vi – Rio vård och omsorgsboende ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

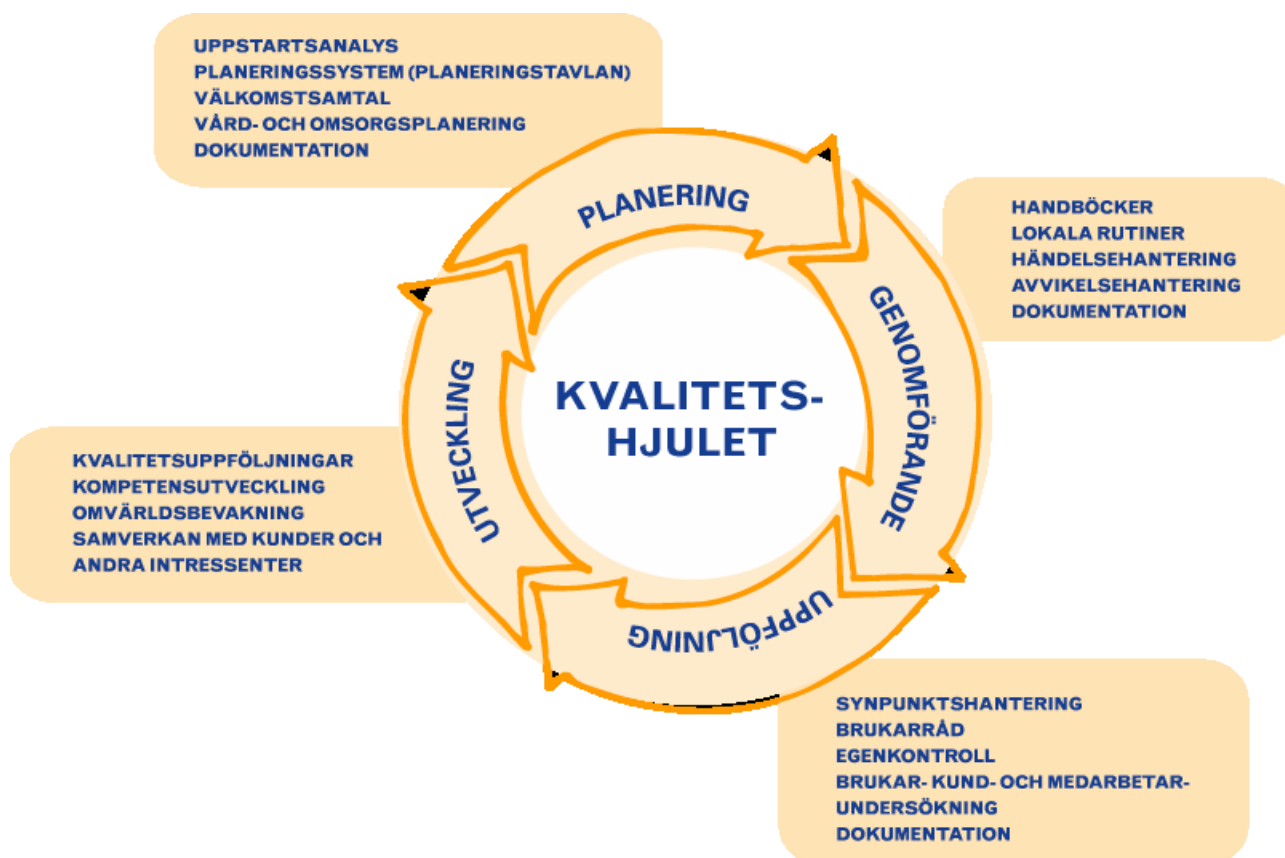
Här anger vi hur vi systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamheten och hur ansvaret är fördelat. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Medarbetarna har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

I ansvaret ingår rekryteringsansvar för att tillse att rätt kompetens finns hos medarbetaren. I ansvaret ligger även att tillsammans med medarbetaren upprätta en individuell utvecklingsplan som årligen utvärderas vid medarbetarsamtal.

Processer

Identifierad huvudprocess: Heldygnsomsorg för våra brukare

Identifierade delprocesser: Se nedanstående kvalitetshjul



För varje fas i kvalitetshjulet finns processer och metoder som vi använder i det praktiska kvalitetsarbetet. Nedan finns en förteckning över processerna i kvalitetssystemet.

Process för Planering

Välkomstsamtal
Planeringssystem/daglig planering
Säkerställd dokumentation
Vård- och omsorgsplanering
Dokumentation
Uppstartsanalys
Verksamhetsplan

Process för Genomförande

Handböcker
MAS-riktlinjer
Lokala rutiner
Händelsehantering
Lokal kvalitetsgrupp
Dokumentation
Kontaktmannaskap

Process för Uppföljning

Synpunkts-och klagomålshantering
Brukarråd/förtroenderåd
Egenkontroll (även jämförelser med andra)
Granskningar – tex journaler
Riskanalyser
Brukar-kund-medarbetarundersökningar
Dokumentation
Samverkan med kund och andra vårdgivare
Avslutsanalyser
Kvalitet/patientsäkerhetsberättelse

Process för Utveckling

Kvalitetsuppföljning med systematiskt
Förbättringsarbete
Kompetensutveckling
Omvärldsbevakning
Samverkan med kunder/intressenter
Värderingsarbete
Brukarinflytande
Kvalitetsberättelse

Personalförsörjning

Verksamhetscheferna ansvarar för rekrytering på sina respektive enheter.
Regionchefen godkänner alla anställningar av tillsvidareanställda sjuksköterskor

Omvårdnadspersonal:

Vi nyanställer endast personer som behärskar svenska språket i tal och skrift. Vi ser gärna att sökanden har undersköterskekompetens vid tillsvidare anställning.

HSL personal

Vi anställer endast personal med adekvat utbildning (enligt gällande avtal) och legitimation för yrket.

För all HSL-personal gäller att vi prioriterar specialist utbildning inom, geriatrik, distrikt och/eller demens

SAMVERKAN I KVALITETSARBETET

Legevisitten tog över som ny läkarorganisation 151201. Avtalet hanteras av Östermalms stadsdelsförvaltning. Christina Mo, Attendo Sverige har MAS ansvaret. Verksamheten ska ha minst ett samverkansmöte per år med MAS och läkarorganisationen.

Vi har avtal med *Vårdhygien* Stockholms länslandsting. Deras uppgift är att vara en expertfunktion med ett konsultativt arbetssätt. Genom undervisning, rådgivning och kvalitetssäkring hjälper de vårdens chefer och medarbetare att ge patienter/vårdtagare en god och säker vård.

Apoteket AB utför kvalitetsgranskning på läkemedelshantering så att denna är utförd enligt författningar och övriga riktlinjer.

Kontinuerliga protokollförda möten förs mellan *Östermalms stadsdelsförvaltning* och representanter från verksamheten.

Tvärprofessionella Teammöten med sjuksköterska, rehab, verksamhetschef samt omvårdnadspersonal genomförs varje vecka. Detta är ett forum för samverkan mellan yrkesgrupper gällande personcentrerad vård och omsorg.

Samverkan med brukare och närstående sker genom att anhöriga/brukare får vid inflyttning en informationsfolder där det bland annat tas upp säkerhetsaspekter som är bra att tänka på. Efter inflyttning får anhöriga/brukare ta del av åtgärder som behövs för att öka säkerheten och minska risken för tillbud ex fall. Bedömning och information lämnas av ansvarig sjuksköterska eller Rehab personal.

Två veckor efter inflyttning erbjuds de anhöriga och den boende till vårdplanering. Här finns möjlighet att ge ytterligare information och ta del av brukarens erfarenheter och önskemål av vård och omsorg. Vi har årligen samverkansmöten med anhöriga/närstående och företrädare för verksamheten. Verksamhetscheferna skickar informationsbrev till närstående varje månad.

Systematiskt förbättringsarbete

Verksamheten arbetar aktivt med systematiskt förbättringsarbete på de områden som identifierats som viktiga för verksamhetens kvalitet.

Riskanalyser

Chefer och kvalitetssamordnare har gått utbildning i risk- och händelseanalys. Metoden har vidareutvecklats av Kvalitetsavdelningen på Attendo och anpassats för äldreomsorgen. Som utgångspunkt har Socialstyrelsens metod för Riskanalys och Händelseanalys använts. Händelseanalys kommer att genomföras på alla allvarligare händelser och riskanalys kommer att göras vid alla större förändringar i verksamheten.

Riskbedömning i nutrition, fall och sår skall göras vid inflyttning, var sjätte månad eller vid behov som vid ändring av patientens tillstånd. Utifrån riskbedömning görs en hälsoplan.

För att uppfylla kraven på kvalitet och patientsäkerhet görs registrering av vårdrelaterade infektioner samt identifiering av risk situationer i samband med vårdrelaterade infektioner. Lokala rutiner för identifiering, handlingsplan, åtgärdsprogram, riskanalys, prevention, definition och ansvar finns och hänvisar till vårdhygien, socialstyrelsens samt MAS riktlinjer/senaste rön och lagar.

Övrigt gör verksamheten fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den ansvarige:

- uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar eller införandet av ny teknik eller nya metoder ska riskanalys göras. I den kan påvisas de bakomliggande orsakerna till risker i den befintliga verksamheten. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Egenkontroll och Lokal kontroll/verifiering

I Attendo genomför vi en årlig egenkontroll i alla verksamheter. Inom varje verksamhet ska man också genomföra en Lokal kontroll/verifiering. I författningen heter det egenkontroll men för att inte blanda ihop det med den centrala egenkontrollen har vi valt att kalla det för **Lokal kontroll/verifiering**. Denna utförs av verksamhetschef senast 1 mars årligen, för föregående år.

Den Lokala kontrollen ska innehålla:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- brukar-, klient- och närståendeundersökningar
- granskning av journaler och annan dokumentation
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från brukare, närstående samt utomstående

Utredning av avvikelser samt synpunkter och klagomål

Ledningen skall alltid vara lyhörd för förslag och synpunkter från boende, närstående och medarbetare.

När personalen får synpunkter/klagomål ska de aldrig gå in i försvarstal eller försvarsställning utan:

- lyssna utan att avbryta
- ta reda på vad som hänt
- svara så gott man kan
- om man inte kan svara hänvisa till sjuksköterska eller till verksamhetschef
- att erbjuda att hjälpa till att fylla i en synpunkts blankett
- vid behov fyller personalen själv i en avvikelseblankett enligt lokal rutin

Nerskrivna klagomål och synpunkter behandlas varje månad i kvalitetsgruppsmöten. Vi tar alla klagomål och synpunkter på allvar oavsett hur stora eller små de är.

Synpunkts blankett finns att hämta i dokumentationsrummen på varje våningsplan. ”Vi vill bli bättre” blankett finns i entréhallen samt tydligt anslagna på varje enhet. Verksamhetschef informerar om hur man lämnar synpunkter och klagomål i samband med inflyttning samt i månadsbrev.

Uppföljning sker internt i kvalitetsgruppen. Externt sker en dialog, muntligt och skriftligt med kvalitets utvecklare. Vid behov utformas en handlingsplan med uppföljning

Verksamhetschefen ansvarar för att utreda och följa upp. Verksamhetschefen sammanställer fortlöpande alla synpunkter/klagomål i ett dokument för att kunna se mönster eller trender som indikerar verksamhetens kvalitet.

Verksamheten ska också rapportera, tas emot och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och risk för missförhållande eller missförhållande.

Systematiskt förbättringsarbete

Med grundval i resultatet av utredningar och sammanställningar med tillhörande analys ska åtgärder vidtas som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att verksamhetens processer eller rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättras.

Enhetens kvalitetsarbete med medarbetarnas medverkan

På Rio har vi två kvalitetsgrupper – en per enhet. De arbetar med att förbättra och utveckla kvaliteten i verksamheten. I den ingår kvalitetssamordnare, kvalitetsombud, sjuksköterska, rehab personal och verksamhetschef.

Rio 2 (6-8)



Rio 1 (3-5)



Händelser dokumenteras i rapporteringssystemet ADD. Alla händelser och avvikelser rapporteras direkt av medarbetaren i datorsystemet. Verksamhetschefen informeras via mail.

ADD är ett ärendehanteringssystem där Attendos processer/flöden för kvalitetsarbetet är samlat. Här kan verksamhetschefen se sitt index i realtid, alltså följa det varje dag.

Kvalitetssamordnare ansvarar för att leda den lokala kvalitetsgruppen samt samordna det löpande kvalitetsarbetet i verksamheten. Kalla medlemmarna till kvalitét möten

Kvalitetsombud är representanter från respektive plan i verksamheten.

På enheternas veckovisa *tvärprofessionella teammöten* tas händelser upp på individnivå och åtgärder och resultat diskuteras och utvärderas. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för att lyfta händelser i gruppen som är inom deras ansvarsområde, sjuksköterskan ansvarar för att lyfta händelser som rör hälso och sjukvårdsfrågor samt omvårdnad.

Kvalitetsgruppen träffas en gång per månad och går igenom flödet i händelsehanteringen. Gruppen diskuterar även övergripande och organisatoriska orsaker till händelser. Händelserna analyseras och vidtagna förbättringsåtgärder följs upp. Det är viktigt att kvalitetsgruppen i sin analys tittar på hur man ska arbeta för att inträffade händelser inte ska hända igen, ta ställning till om behov finns att ta fram nya rutiner eller andra åtgärder. Förbättringsåtgärder som kvalitetsgruppen kommer fram till tas upp på APT varje månad så att alla medarbetare får kännedom om inträffade händelser.

Dokumentationsskyldighet

Det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Det innebär att man årligen ska skriva en kvalitetsberättelse. De som också bedriver hälso- och sjukvård ska dessutom skriva en patientsäkerhetsberättelse. Verksamheten ska upprätta patient och kvalitetssäkerhetsberättelse senast sista februari året efter. Ansvarig för detta är verksamhetschefen.

Kvalitetsindex

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo har skapat ett kvalitetsinstrument som väger samman olika kvalitetskriterier så ledning och uppföljning av kvalitet blir tydlig. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. Delarna som mäts är:

• Brukarundersökning	20
• Egenkontroll	7
• Extern granskning	20
• Allvarliga händelser	15
• Händelsehantering	7
• Svarsfrekvens brukarundersökning	5
• Riskanalys	7
• Händelser	6
• Genomförandeplaner	7
• Dokumentation	6

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Siffran anger viktning i procent (rött icke godkänt, gult med tvekan godkänt samt grönt godkänt)

Kvalitetsindex för 2017

Rio 1: Genomsnitt för året: **GRÖN (88 %)** 

Rio 2: Genomsnitt för året: **GRÖN (97 %)** 

Christina von Segebaden – samordnande verksamhetschef

Jennifer Johanson – verksamhetschef Rio 2

Jenny Vårnäs – verksamhetschef Rio 1