



# Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

ÅR 2016

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
- Registrering i palliativa registret
- Två sjuksköterskor har utbildats och bedriver arbetet med BPSD på resp. demensenhet
- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens riktlinjer och gällande rutiner årligen
- Utbildning för all personal i basala hygienrutiner, livsmedelshygien, brandutbildning(har genomförts)
- Utbildning för samtlig personal på demensenhet, demens ABC plus, nollvision.
- Genomförda kostråd i tvärprofessionella team
- Mätning av dygns-och nattfastan samt MNA
- Riskbedömning för fall och trycksår
- Följsamhet basala hygienrutiner genom egenkontroller och sammanställning med analys
- Fallskadeprevention – projekt har startats under 2016
- Infektionsregistrering – skickas till Mas kvartalsvis
- 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
- Värderingsarbetet har lyfts fram i verksamheten
- Måltidsobservationer och fokus på måltidsmiljön
- Fokus på brukarens individuella behov, önskemål och möjligheter – med fokus på individanpassat arbete med delaktighet och självbestämmande
- Ökat fokus på evidensbaserad praktik
- Ökat fokus på aktiviteter och stimulans
- Kompetensutveckling för samtlig HSL personal
- Kompetensutveckling för samtlig 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?
<b>Kvalitet och allmänt</b>	
Personuppgiftslagen 1998:204	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Livsmedelslagen 2006:804	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<b>Socialtjänst och LSS</b>	
Socialtjänstlagen SOL 2001:453	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Lag om behandling av personuppgifter i socialtjänsten 2001:454	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Socialförsäkringsbalk 2010:110	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah SOSFS 2011:5	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd om Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2014:5	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2011:12	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2012:3	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<b>Hälso- och sjukvård</b>	
Hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982:763	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Patientdatalagen PdL 2008:355	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Patientsäkerhetslagen PSL 2010:659	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Patientlagen 2014:821	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Patientskadelagen 1996:799	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 1990:1404	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Lag om medicintekniska produkter 1993:584	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>

2008:344	
Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i Hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård SOSFS 2009:6	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering SOSFS 2007:10	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. SOSFS 2005:27	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:1	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall. HSLF-FS 2015:15	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Kriterier för bestämmande av människans död SOSFS 2005:10	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård SOSFS 1997:14	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område SOSFS 1998:13	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel SOSFS 2001: 16	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner SOSFS 1999:26	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Föreskrifter och allmänna råd om hantering av smittförande avfall från hälso- och	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>

sjukvården SOSFS 2005:26	

## 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 öka till 90 %**

### Mätmetod:

Kvartalsvis uppföljning görs av dokumentationsstödjare.

Brukarundersökningen

Egenkontroller

**De äldre skall uppleva att de lever ett värdigt liv och känna välbefinnande**

**Alla boende ska uppleva delaktighet och ges möjlighet att påverka sin egen vardag.**

Mätmetod: Resultat i Brukarundersökningen 2017 skall parametrar som möter upplevelsen av att kunna påverka sin egen vardag. Även brukarens känsla av ensamhet kommer att ligga i fokus.

## **Mål för hälso- och sjukvården:**

**Samtliga boende dvs 100 % med identifierade problem och/eller behov skall ha en individuell vårdplan med tydliga mål, insatser, uppföljning och utvärdering.**

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

Egenkontroll: Attendos årliga egenkontroll

## **Mål för 2017**

### **Godkänd SOL dokumentation 2017**

Mätmetod: Egenkontroll 2017

### **Ökad nöjdhet i brukarundersökningen 2017 till 90 %**

Mätmetod: Resultatet BU17 jämförs med 2016

### **Utveckla arbetet med nationella värdegrunden och värderingsarbetet**

Mätmetod: Sammanställning av vc kvartal 4 av aktiviteter som genomförs som redovisas till kvalitetsavdelning i Attendo

### **Godkänd HSL dokumentation 2017**

Mätmetod: Egenkontroll 2017

### **Utveckla arbetet med kvalitetsregistren BPSD, palliativa registret, Senior alert**

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

### **Arbeta mot nollvision när det gäller begränsningsåtgärder. Samtlig personal skall ha genomgått utbildning i Nollvision.**

Mätmetod: Dokumentationsgranskning årligen. Inlämnade intyg från webbutbildning

### **Minska antalet fall jfm 2016 genom att starta med fallmöten för boende med > 2 fall inom en månad. Ansvarig grupp om vc, fysioterapeut, sjuksköterska och kvalitetsamordnare.**

Mätmetod: Antal fall minska med 20% jfm 2016

Kontrollera avvikelser i ADD. Mäta antalet genomförda fallmöten



## Utveckla användandet av bedömningsverktyget Nikola

Sjuksköterskan på Rio ansvarar för korrekt individuell behandling vilket innefattar dokumentation, förskrivning av adekvata inkontinenshjälpmedel samt uppföljning.

Mätmetod: Granskning vid företagets egenkontroll om minst 95%.

## 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 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).
- Legevissiten 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.

Övergång till ICF skedde under 2015 och fortsätter att utvecklas och förbättras.

Dokumentationen granskas årligen i företagets Egenkontroll.

Resultatet av företagets **Egenkontroll** 2016 avseende dokumentation – HSL och SoL:

Rio 1: godkänd HSL. 92 % - godkänd SoL 94 %

Rio 2: godkänd HSL. 94 % - godkänd SoL 100 %

Antal Lex Sarah: 0

Antal Lex Mariaanmälan: 0

Allvarliga händelser: 4 (läkemedel, bristande rapportering, 2 fall)

## 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 Stockholmsgeriatrikens läkare under 2016 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 2016 har rutin följts. Screening med tre frågor för riskbedömning för undernäring var tredje månad. Detta för att identifiera risker för undervikt, ofrivillig viktförlust 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 - e-kost, näringsberikning, flera mellanmål samt näringsdryck Rio har tillgång till företagets båda dietister.

Sammanställning har inlämnats till Vc i maj 2016

## Munhälsovård

Munhälsovårdsbedömningar genomförs regelbundet med aktuellt företag. Under 2016 låg uppdrag på Flexident. Flexident har undervisat samtlig omvårdnadspersonal i munvård under 2015. Samtliga sjuksköterskor har fått utbildning i ROAG under 2016.

## Senior Alert

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

Mätmetod: Endast ett plan (4) har registrerat under 2016 – 100%.

## Svenska palliativregistret

Samtliga enheter på Rio registrerar i registret. Arbetet med förbättringar och jämförelse utifrån spindeldiagrammet är påbörjat. Rio har utsedd sjuksköterska ansvarig att utvärdera och följa upp arbetet. 69% av de boende som avlidit på Rio har registrerats i Palliativa registret. 2016 Spindeldiagram har dragits ut och jämförts med Kampementets äldreboende. Detta är en minskning av följsamhet av registrering jämfört med 2015.

## Styrkor på Rio:

Läkarinformation till brukare 100%

Läkarinformation till anhörig 100%

Lindrad från smärta, illamående, rosslig andning och ångest

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

## Utvecklingsområden 2017:

- Validerad smärtskattning

- Eftersamtal

Utbildning av palliativa ombud är genomförd sista kvartalet 2016.

Under 2017 kommer all personal att genomföra en webbutbildning i palliativ vård

## Infektionsregistrering

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

## Basala hygienrutiner och följsamhet

Samtliga medarbetare har tagit del av utbildning som tillhandahålls av Vårdhygien. Två hygienombud har utsetts på Rio. Ombuden har utbildats och har en ökad kunskap om basala hygienrutiner, städrutiner och handlingsplaner. Ansvarig för hygienteamet är samordnande sjuksköterska. Teamet utför egenkontroller i verksamheten av följsamheten enligt riktlinjer och rutiner. Följsamhet kontrolleras även årligen samt vid företagets egenkontroll.

Utbildning genomförs årligen för nya medarbetare.

För 2017 planeras månatligt genomgång följsamhet av hygienrutiner via checklista.

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

## 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. Båda sjuksköterskorna är utbildade i BPSD registrering. Sjuksköterskorna registrerar i BPSD efter att ha haft möte med teamet och genom detta får en bemötandeplan upprättad. Teamet består av kontaktperson,, sjuksköterska arbetsterapeut, fysioterapeut samt omsorgspersonal. Silviasyster kan konsulteras vid behov från Kampementet. Arbetet med BPSD behöver fortsätta utvecklas

## Delegeringar

Sjuksköterskor följer upp samtliga delegeringar kvartalsvis och detta skickas till MAS. 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 173 st varav sjukhusvård 22 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. Under 2016 har ett fallprojekt startat för att minska antalet fall på enheten och utveckla teamwork och fallplaner.

## Läkemedelsavvikelser

Verksamhetens sjuksköterskor har arbetat aktivt med läkemedelsavvikelser vilket resulterat i en minskning av dessa. Under 2016 registrerades 42 avvikelser gällande läkemedel för plan 3-8 . Den vanligaste orsaken är glömt att ge/ glömt att signera. Det är ett minskat antal sedan 2015

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-, arbetsmiljö-, brandskydds-och aktivitetsgrupp, 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 fördelade. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Medarbetarna har en

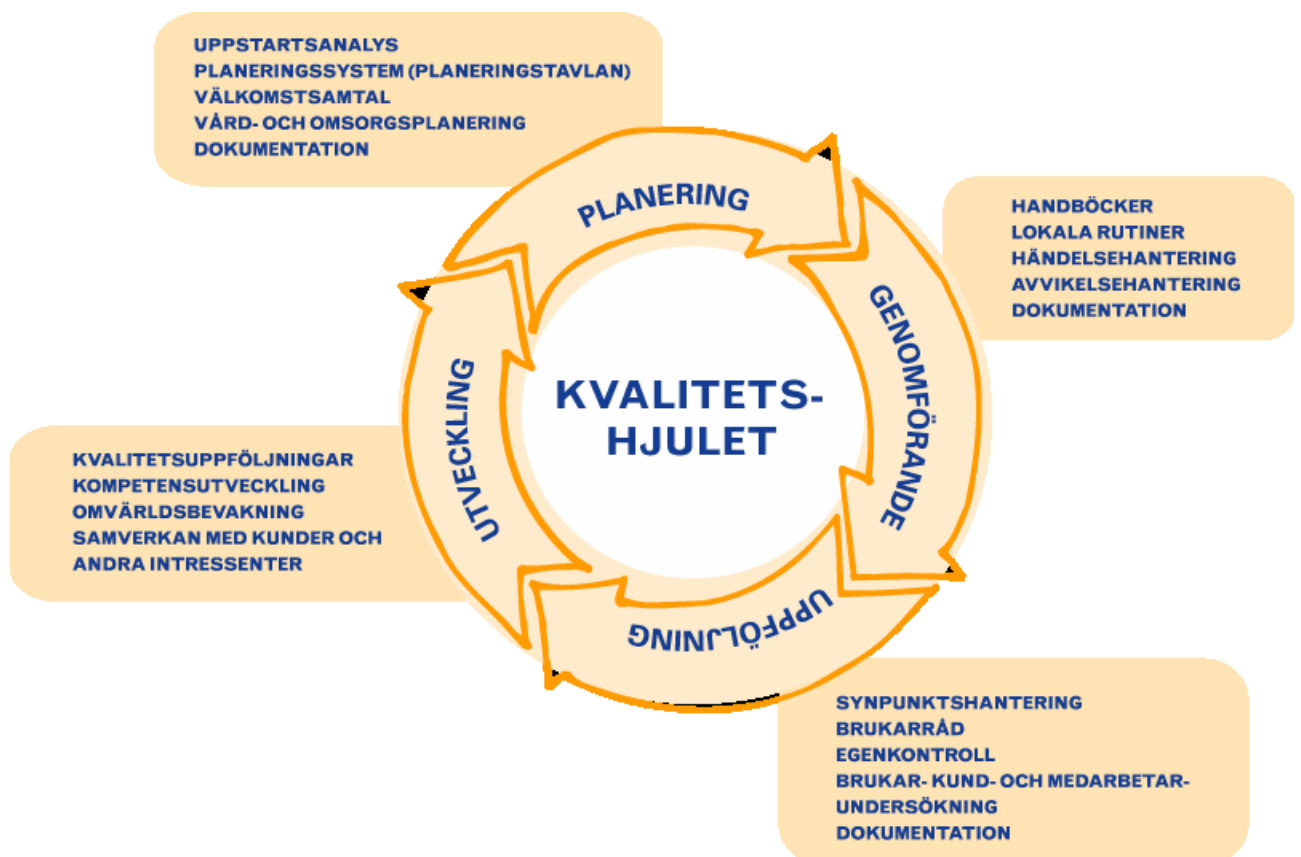
skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

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: Helydignsomsorg för våra brukare

Identifierade delprocesser: Se nedanstående kvalitetshjul



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

### System för Planering

Planeringssystem/daglig planering  
 Välkomstsamtal  
 Vård- och omsorgsplanering  
 Dokumentation

### System för Genomförande

Handböcker  
 MAS-riktlinjer  
 Lokala rutiner  
 Händelsehantering



Upstartsanalys  
Verksamhetsplan  
Säkerställd dokumentation

Lokal kvalitetsgrupp  
Dokumentation  
Kontaktmannaskap

## **System 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

## **System 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**

Legevissiten tog över som ny läkarorganisation 151201. Avtalet hanteras av Östermalms stadsdelsförvaltning. Marie Halvorsen, 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 Hjärtat* utför kvalitetsgranskning på att läkemedelshantering så att denna är utförd enligt författningar och övriga riktlinjer.

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

*Teammöten* med sjuksköterska, paramedicinare och avdelningspersonal genomförs varje vecka. Detta är ett forum för samverkan mellan yrkesgrupper gällande vården av de boende.

Samverkan med patienter och närstående sker genom att anhöriga/brukare får vid inflyttning en informationsfolder där det tas upp säkerhetsaspekter som är bra att tänka på. Efter inflyttning får anhöriga/brukare ta del av åtgärder som behöver för att öka säkerheten, detta informeras 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 brukaren erfarenheter och önskemål av vård och omsorg. Vi har årligen samverkansmöten med anhöriga/närstående och företrädare för verksamheten.

Verksamhetscheferna skickar informationsbrev till närstående varje vecka.

Anhöriga/brukare deltar i *vårdplaneringsmöten* minst två gånger om året. Det först vårdplaneringsmötet hålls två veckor efter inflyttning. De inbjuds även till anhörigmöten och förtroenderåd. Vid aktuella händelser som kan ske även utanför verksamheter, informeras anhöriga i ”veckobreven” om vilka åtgärder har vidtagits och vad även de bör tänka på.

## **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. För att enheterna ska kunna lära av varandra läggs avidentifierade risk- och händelseanalyser ut på Attendos interna hemsida.

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 handlingsplan.

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 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 två gånger per år i veckobrev .

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 rapporteras, tas emot och utredas händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och risk för missförhållande eller missförhållande.

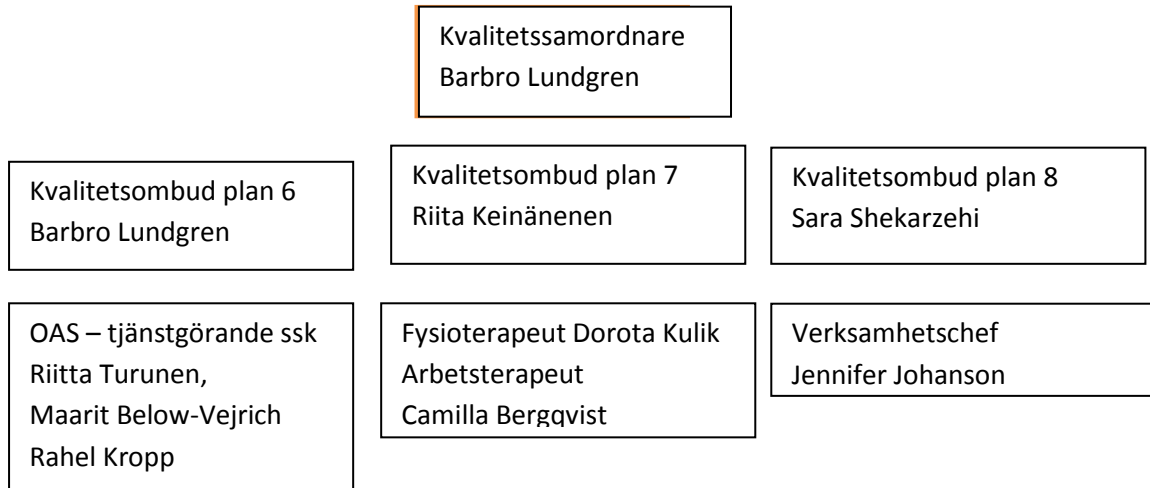
## **Systematiskt förbättringsarbete**

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.

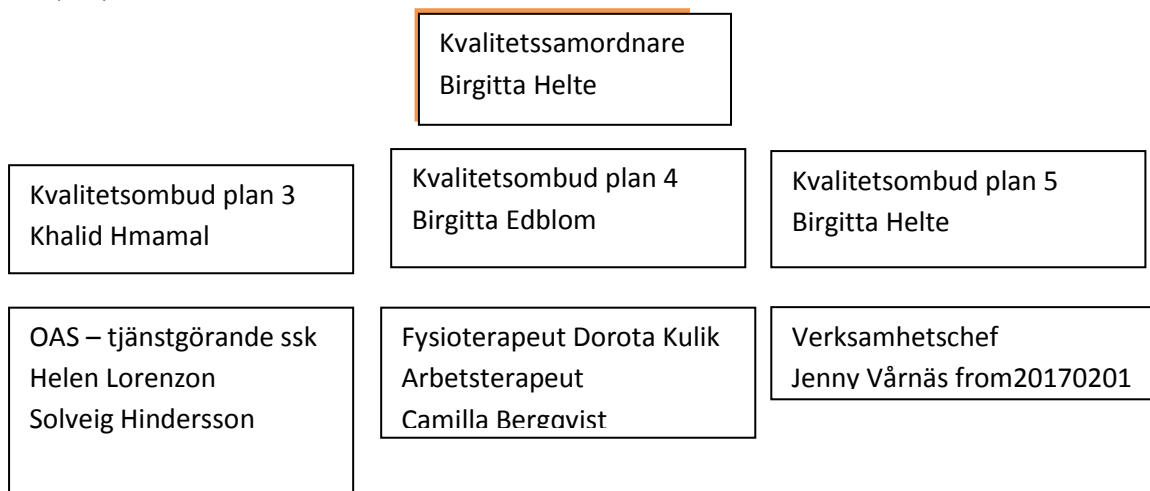
## Enhetens kvalitetsarbete med medarbetarnas medverkan

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 verksamhetschefen.

### 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 *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 i 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 13
- Extern granskning 17
- Särskilda händelser 14
- Händelsehantering 8
- Projekt 7
- Värderingar 7
- Riskanalyser 7
- Genomförandeplaner 7

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 2016

Rio 1: Genomsnitt för året: **GRÖN (90 %)** 

Rio 2: Genomsnitt för året: **GRÖN (100 %)** 

*Christina von Segebaden – samordnande verksamhetschef*

*Jennifer Johanson – verksamhetschef Rio 2*

*Jenny Vårnäs – verksamhetschef Rio 1*