



# Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

ÅR 2018 – januari tom september

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?
<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 2017:30	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80	<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 2008:344	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40	<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	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>

råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40	
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	<a href="http://www.ivo.se">www.ivo.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>
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 läkemedelshantering 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 sjukvården SOSFS 2005:26	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen SOSFS 2008:21	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>

## ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGI FÖR 2018

*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 dokumentationsstödjare

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 %**

Resultat: Somatikenheten 89 % nöjdhet

Demensenheten 86 % nöjdhet

### **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 nästa egenkontroll.

### **Utveckla användandet av att göra listan i dokumentationssystemet Vodok.**

Mätmetod: Sjuksköterskan på Rio ansvarar för att lägga in löpande HSL insatser. Arbets sättet 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).



- 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.

Dokumentationen granskas årligen i företagets Egenkontroll – senast 2017.

Dock gjordes en kontroll av SoL dokumentationen i våras – godkänd med drygt 90 %.

### Läkemedelsgenomgång

Är genomfört på alla plan

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 2018 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, näringsberikning, flera mellanmål samt näringsdryck Rio har tillgång till dietist för konsultation.

### Munhälsovård

Munhälsovårdsbedömningar genomförs regelbundet med aktuellt företag - 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

Det saknas en del registreringar i Palliativa registret av boende som avlidit på Rio under 2018. Uppdatering kommer att ske fram tom 2018-10-31.

## 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 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. En sjuksköterska är utbildad i BPSD registrering som går igenom med teamet och upprättar 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 under perioden januari tom september 2018

Fall: Totalt 92 st varav sjukhusvård 2 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 under perioden januari tom september 2018

Under perioden har vi haft 42 läkemedelsavvikelser.

Vanligaste orsak är glömt att ge/ glömt att signera. En händelse med ej utbytt akut apodosrulle

## Trygghetslarm

Under perioden har vi haft många avvikelser och kontakten med Thunstall har varit/är frekvent.

## **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.

**För identifierade processer med tillhörande rutiner, aktiviteter och egenkontroll – se Rios ledningssystem**