



Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

ÅR 2014

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

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Läkemedelsgenomgångar

Nutrition

Munhälsa vårdsbedömningar

Kvalitetsregister/Senior Alert

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
- BPSD
- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens riktlinjer och gällande rutiner
- Utbildning för all personal i riskbedömning/riskanalis, livsmedelshygien, brandutbildning
- Nutritionspolicy
- Mätning av dygns- och nattfastan
- Trycksårsregistrering
- Läkemedelsgranskning
- Följsamhet basala hygienrutiner
- Fallskadeprevention
- Infektionsregistrering
- 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 är analyserade och åtgärdade
- Processidentifiering
- Inträffade händelser och avvikelser är analyserade och åtgärdade
- Värderingsarbetet har lyfts fram i verksamheten
- Måltidsobservationer och fokus på måltidsmiljön
- Fokus på brukarens individuella behov, önskemål och möjligheter – ett salutogent förhållningssätt
- Ökat fokus på evidensbaserad praktik

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 anmäls enligt lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården.

Lagar och föreskrifter som styr kvalitetsarbetet i vår verksamhet

Lag/föreskrift	Var hittar jag denna lag/föreskrift?
Socialtjänstlagen SOL 2001:453	www.riksdagen.se
Lagen om stöd och service till Vissa funktionshindrade LSS 1993:387	www.riksdagen.se
Hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982:763	www.riksdagen.se
Patientdatalagen 2008:355	www.riksdagen.se
Patientsäkerhetslagen 2010:659	www.riksdagen.se
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i Hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m SOSFS 2007:19	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28	www.socialstyrelsen.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 rehabilitering och rehabilitering SOSFS 2007:10	www.socialstyrelsen.se
Föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. SOSFS 2005:27	www.socialstyrelsen.se
Allmänna råd för medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård SOSFS 1997:10	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah SOSFS 2011:5	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:1	www.socialstyrelsen.se

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGI FÖR 2015

Kvalitet – utveckling

Övergripande mål:

Varje brukare ska känna sig trygg och säker i vårt boende. Brukarna skall uppleva delaktighet och att de skall kunna påverka sin vardag.

Våra medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg kan ges med kvalitet

Mätmetod: Godkänd i företagets egenkontroll, godkänt kvalitetsindex.
100 % genomförda medarbetarsamtal

Mål för socialtjänsten:

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

Mätmetod: Kontinuerlig uppföljning görs av dokumentationsstödjare

Salutogent och personcentrerad omvårdnad ska synliggöras

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

Mätmetod: Följs upp på företagets egenkontroll

Verksamheten skall implementera arbetet med evidensbaserad praktik

Mätmetod: Samtlig personal skall genomgå webbutbildning på socialstyrelsens hemsida och intyg lämnas till respektive verksamhetschef

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

Godkänd HSL dokumentation 2015

Mätmetod: Godkänd i företagets egenkontroll

Utveckla arbetet med kvalitetsregistren BPSD, Senior alert och Palliativa registret, genom att sätta upp mål samt analysera resultat och göra jämförelser

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

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 efterlevs samt att tillse att HSL personalen har den kompetens med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen (Rios sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbaserat arbete).
- Läkarinsatserna står SLL för och för Rio innebär det att läkare från Stockholmsgeriatriken har ett patientansvar för varje brukare. Arbetet sker i samverkan med respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

EGENKONTROLL OCH UPPFÖLJNING

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation sker i Stockholm stads dokumentationssystem Vodok.

Under 2014 har arbetet startat med att utbilda all HSL personal i den internationella dokumentationsstrukturen i Hälso- och sjukvården -

ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

Övergång till ICF har skett under 2015.

Dokumentationen granskas årligen i företagets Egenkontroll.

Granskningen för 2014 visar på Rio : 90,99 % - Icke godkänd HSL. (Mål 95%)

Läkemedelsgenomgång

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

Nutrition

BMI och dygn – och nattfasteregistrering , MNA(riskbedömning undernäring), Eat 10 (Riskbedömning tugg och svälj svårigheter), ROAG(riskbedömning munhälsa) genomförs regelbundet. 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. 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.

Munhälsovård

Munhälsovårdsbedömningar genomförs regelbundet med aktuellt företag. Under 2014 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 att registrera i registret.

Pascal

Pascal är ett nationellt ordinationsverktyg. Det används för ordination av SOS dispenserade läkemedel.

Under året har sjuksköterskorna erhållit utbildning i systemet.

Svenska palliativregistret

Samtliga enheter på Rio registrerar i registret. Arbetet med förbättringar och jämförelse utifrån spindeldiagrammet är påbörjat. Utvärdering visar att Rio ökat sin registrering till 79%

Infektionsregistrering

Samtliga enheter på Rio har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika behandlade

bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som sammanställs och skickas till MAS

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 ah riktlinjer och rutiner. Följsamhet kontrolleras även årligen samt vid företagets egenkontroll. Utbildning genomförs årligen för nya medarbetare.

Trycksårsregistrering

Registrering genomförs varje månad och rapporteras till företagets MAS och till kundens MAS

Blåsfunktionsstörning /Inkontinens

Företaget arbetar inte i dagsläget med kvalitetsprogram med tillhörande kvalitetsindikatorer som finns nationellt idag.

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

Demensvård

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

Samtliga brukare på demensenheten har en dokumenterad bemötandeplan som utformats i team på demensenheten. Teamet består av kontaktperson, silviasyster, sjuksköterska arbetsterapeut samt omsorgspersonal. Teamet har under 2014 har använt BPSD registret som utgångspunkt. Teamet samlas varannan vecka per enhet. Målet är att tillsammans skapa en bemötandeplan, utvärdera insatser och fungera stöttande och reflekterande för arbetsgruppen.

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.

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.



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.

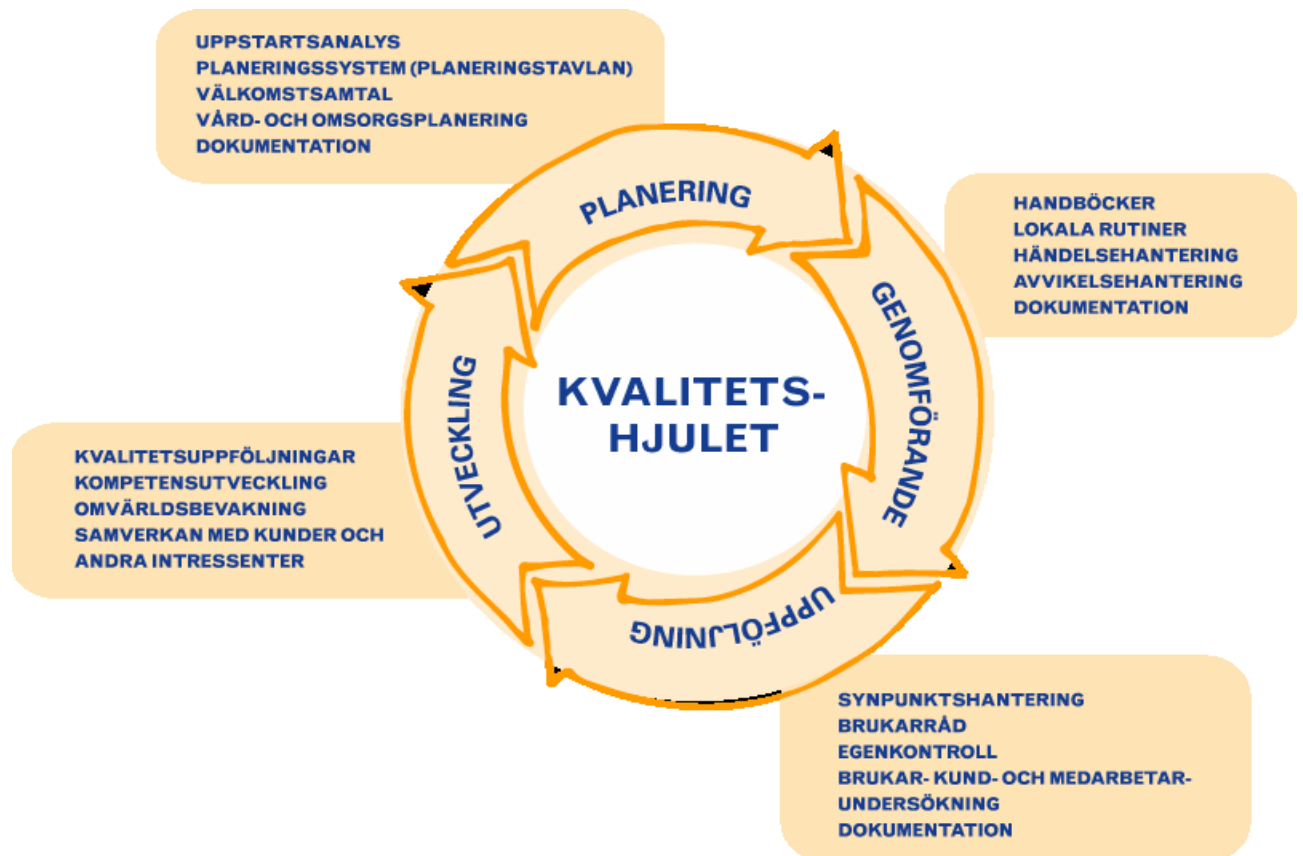
Här anger vi hur vi systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar verksamheten och hur ansvaret är fördelade. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Medarbetarna har en skyldighet att bidra till att hög 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: Helydgnsoomsorg 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
 Uppstartsanalys
 Verksamhetsplan
 Säkerställd dokumentation

System för Genomförande

Handböcker
 MAS-riktlinjer
 Lokala rutiner
 Händelsehantering
 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

System för Utveckling

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

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 och som 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

Stockholmsgeriatriken står för läkarinsatserna. 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 regelbundet. 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. 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. 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 oidentifierade risk- och händelseanalyser ut på Attendos interna hemsida.

Riskbedömning i nutrition, fall och sår skall göras vid inflyttning samt 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**.

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.

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.

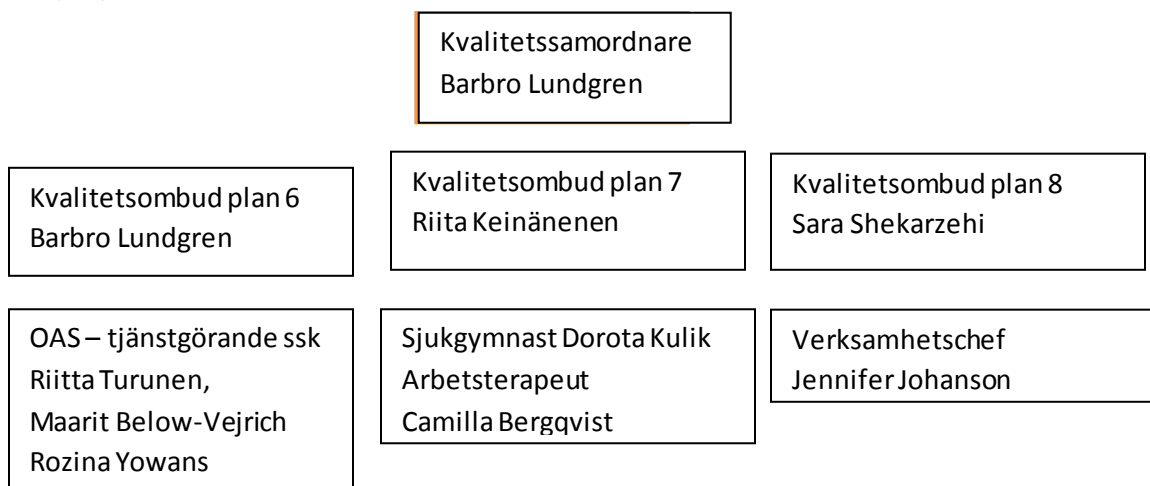
Systematiskt förbättringsarbete

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.

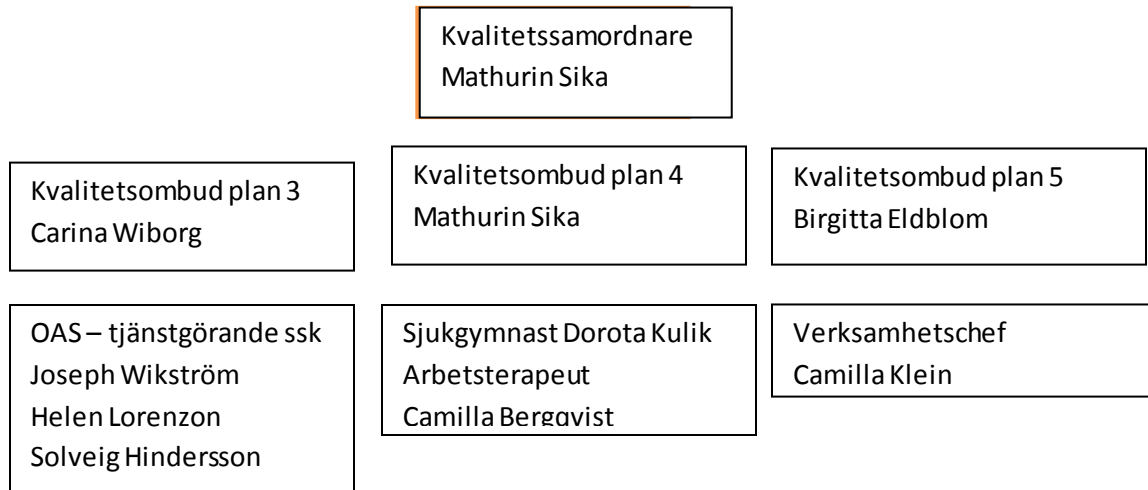
Enhetens kvalitetsarbete med medarbetarnas medverkan

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)



2014 infördes 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 2014

Rio 1 (3-5): Genomsnitt för året: **GUL**

Rio 2 (6-8): Genomsnitt för året: **GRÖN**

Christina von Segebaden – samordnande verksamhetschef

Jennifer Johanson – verksamhetschef Rio 2

Camilla Klein – verksamhetschef Rio 1