

Patientsäkerhetsberättelse

Version: 2	Gäller för: Attendo Skandinavien Äldreomsorg	Dokumentansvarig: Kvalitetschef ASO	Upprättad: 2016-10-01	Utarbetad av: Maria Ekelund Dannert	Reviderad av: Lena Rosberg
---------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------

Patientsäkerhetsberättelse för

Attendo Solbacken

År 2018

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och resultat.....	4
Ansvarsfördelning.....	6
Mät- och uppföljningsmetod.....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	8
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	9
Samverkan	10
Risikanalys	10
Rapporteringskyldighet.....	11
Synpunkter och klagomål	12
Sammanställning och analys	12
Samverkan med brukare och närstående	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

Attendo Solbacken, med inriktning demenssjukdom, drivs på entreprenad av Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. På Solbacken arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut i team. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Målet är bland annat att minimera antalet läkemedelsavvikelser, reducera förekomsten av fall samt att utveckla och kvalitetssäkra den vård och omsorg som bedrivs. De viktigaste åtgärderna som vidtagits under år 2018 på Solbacken är:

Kvalitetsarbetet har generellt förbättrats genom att vi mer systematiskt återrapporterar om händelser till personalen på morgonmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsmöten. Kvalitetsindex har i snitt varit 85 %. Kvalitetsindexet består av resultat vad gäller; brukarundersökning, egenkontroll, externa granskningar, särskilda händelser, händelsehantering, värderingar, riskanalyser, genomförandeplaner samt projekt.

Målet har under 2018 också varit att uppnå en godkänd egenkontroll vad gäller lokala rutiner.

I januari genomfördes en intern egenkontroll av dokumentationen och resultatet blev 93 % vilket är ett godkänt resultat. I mars genomfördes ytterligare en intern egenkontroll av dokumentationen och då blev resultatet 97 % och i oktober ytterligare en och då blev resultatet 90 % vilket är ett godkänt resultat. De journaler som blev granskade var slumpmässigt utvalda.

Verksamheten registrerar i BPSD-registret samt registreringen i Senior Alert.

Vi har aktivt arbetat med att alla brukare ska ha godkända ADL-bedömningar samt aktuella riskbedömningar. Resultatet av senaste interna dokumentationsgranskningen visade att bland annat att andelen godkända ADL-bedömningar var 100 %, andelen godkända riskbedömningar nutrition var 100 %, andelen godkända riskbedömningar trycksår var 100 % samt andelen godkända inkontinensbedömningar var 90 %.

Ökad delaktighet för närstående i den boendes vård, har bland annat skett genom åtgärder såsom utbildning i värderingar samt förbättring av månadsbrevets innehåll. Socialstyrelsens brukarundersökning från år 2018 visar att 88 % av de som svarat på enkäten är nöjda med Solbacken vilket är ett fint resultat. 90 % av personerna som har svarat på enkäten anser att de får ett bra bemötande från personalen.

Vi har fortsatt arbetet med de regelbundna stickprovsgranskningarna av vår dokumentation utifrån Attendos granskningsmall. SOL-dokumentationen granskas varje kvartal av dokumentationsstödare. HSL-dokumentationen granskas varje kvartal av sjuksköterskorna. Återkoppling av resultatet till medarbetarna sker på arbetsplatsträffar, kvalitetsmöten, ledningsgruppsmöten samt morgonmöten. I samband med granskningen följer vi också resultatet av HSL-indikatorerna; andelen aktuella ADL-bedömningar, andelen aktuella riskbedömningar nutrition, trycksår samt andelen aktuella inkontinensutredningar.

Vi har fortsatt att utveckla vår interna, månatliga egenkontroll utifrån en sedan tidigare framtagen checklista. Kontrollerna genomförs av bland annat av kvalitetssamordnare, aktivitetsamordnare, verksamhetschef samt biträdande verksamhetschef. Resultatet återförs

till medarbetarna på kvalitetsmötet samt arbetsplatsträffar. Egenkontrollssystemet har påverkat kvaliteten positivt och givit verksamhetschefen ett systematiskt sätt att följa upp kvaliteten i verksamheten vad gäller utförandet av olika arbetsuppgifter.

Vi har fortsatt registreringen av dödsfall som skett på Solbacken i Palliativa registret, under år 2018 registrerades 100 % av de som avled på Solbacken i palliativa registret.

Vi har fortsatt med den månatliga, interna egenkontroll av följsamheten av de basala hygienrutinerna och vi kan se en förbättring vad gäller följsamheten. Vi har också utbildat två medarbetare till hygienombud som in sin tur har utbildat personalen i samband med arbetsplatsträffar. Personalen har också genomfört Webb-utbildning i basala hygienrutiner samt gått en utbildning i basala hygienrutiner och städrutiner genom hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Risk för vårdskador identifieras dels genom riskanalys och riskbedömning där förebyggande åtgärder sätts in så snart en risk uppmärksammas. Uppföljning och utvärdering sker kontinuerligt och ny riskanalys utförs regelbundet.

Medarbetarna bidrar till att förbättra patientsäkerheten genom att rapportera avvikelser i kvalitetssystemet Add samt att HSL-personalen rapporterar avvikelserna i Vodok. Vi har också fortsatt arbetet med att utbilda all personal i att kunna skriva en händelserapport i företagets digitala kvalitetssystem. Detta har inneburit att händelserapporter snabbare kommer till verksamhetschefens/kvalitetssamordnarens kännedom vilket innebär att eventuella åtgärder snabbare kan sättas in vilket också påverkar kvaliteten i en positiv riktning. En gång per månad går vi igenom händelserna på kvalitetsmötet för att hitta mönster/trender och vidtar lämpliga åtgärder samt skriver riskanalyser.

Då brukare eller närstående haft synpunkter eller klagomål har verksamhetschefen utrett samt svarat på klagomål. Dessa händelser registrerar verksamhetschefen eller personalen i Attendos kvalitetssystem ADD.

Övergripande mål och resultat

SFS 2010:659,3 kap. 1 §, SFS 2010:659,3 kap. 10§, p3 och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Strategin har varit höja kompetensen hos våra medarbetare och på så vis tydliggöra uppdraget vi har så att vi kan ge en trygghet och säkerhet till våra boende. Alla medarbetare skall arbeta aktivt med att förbättra kvaliteten genom att bland annat rapportera avvikelser i ADD, Parasol samt i förekommande fall i Vodok. Vi har under året följt upp att avvikelserna registreras i alla system. Återkoppling av resultat har skett på kvalitetsmöten i gång per månad. Här har vi inte helt nått målet eftersom antalet registrerade avvikelser ibland skiljer sig åt mellan de olika systemen.

Målet har varit att alla boende skall ha en aktuell och individuell inkontinensutredning. Detta har följts upp vid extern egenkontroll samt vid intern egenkontroll en gång per kvartal. Snittet under 2018 har varit 84 % vilket är ett godkänt resultat.

Målet har varit att alla boende skall ha aktuella riskbedömningar avseende MNA, Norton, Downton samt ROAG. Detta har följts upp vid extern egenkontroll samt vid intern egenkontroll en gång per kvartal. Snittet under 2018 har varit 88 % vilket är ett godkänt resultat.

Målet har också varit att alla boende skall ha godkänd ADL-bedömning. Detta har följts upp vid intern egenkontroll en gång per kvartal. Snittet under 2018 har varit 100 %.

Målet under 2018 har varit att fortsätta registrera alla boende i Senior Alert samt att använda registret vid teammötet. Riskbedömningar har fortsatt blivit registrerade Senior Alert.

Målet under 2018 har varit att börja registrera i BPSD-registret. Verksamhetschefen, två sjuksköterskor samt två undersköterskor har gått en tvådagars administrations-Utbildning. Några boende har också registrerats och bemötandeplaner har tagits fram.

Målet har under 2018 också varit att uppnå en godkänd egenkontroll vad gäller lokala rutiner. I april 2018 genomförde Attendos kvalitetsavdelning en extern egenkontroll och resultatet blev 96,9% vilket är ett godkänt resultat.

Vi har också ökat kompetensen hos våra medarbetare vad gäller att upprätta individuella genomförandeplaner vilket i sin tur ökar patientsäkerheten. Det finns fem dokumentationsstödjare på Solbacken som är behjälpliga vid dokumentation och vid frågor gällande dokumentation i SOL. Genom kontinuerlig uppföljning, granskning och via loggkontroller kontrolleras uppföljning och kvalitet i dokumentationen. Attendos kvalitetsavdelning genomförde en extern granskning av SOL-dokumentationen i april och augusti som båda gav resultatet 100 %.

Kompetensen hos våra sjuksköterskor samt fysioterapeut och arbetsterapeut dokumentation har förbättrats. En av våra sjuksköterskor samt en arbetsterapeut är handledare inom dokumentation. Dessa två har gått flera utbildningar i ämnet samt vidarutbildat övrig personal under 2018. Även korta instruktioner, checklistor har tagits fram gällande dokumentation.

Vi har också fortsatt att registrera alla personer som avlidit på Solbacken i det palliativa registret. 100 % av de som avlidit på Solbacken har registrerats.

Sjuksköterskorna har utbildat och handledt personalen i användning av smärtskattningsskalan Abbey Pain Scale.

Vi har fortsatt att utbilda personalen i basala hygienrutiner genom Webb-utbildningar, utbildningar av hygiensjuksköterska från Vårdhygien samt att vi har utbildat två medarbetare till hygienombud. Vi kan genom vår egenkontroll se en viss förbättring av följsamheten vad gäller nagellack, ringar, uppsatt hår och långa koftor. Kvarstår är att införa observationer av följsamheten i omvårdnadsarbetet.

Målet har varit att minska antalet ej givna läkemedel samt minska antalet osignerade läkemedel. Detta har följts upp genom uppföljning av signerade och administrerade läkemedel. Statistik förs varje månad och rapporteras därefter på kvalitetsmötet. Antalet osignerade läkemedel har dessvärre ökat från 287 år 2017 till 427 år 2018. Målet är inte nått.

Ansvarsfördelning

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på Solbacken enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo och i samverkan med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet; planering, ledning och egenkontroll. Verksamheten har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp. På verksamheten finns sjuksköterska dygnet runt. Varje avdelning har en egen patientansvarig sjuksköterska. Det finns en fysioterapeut på heltid samt en arbetsterapeut som arbetar heltid.

Vi har kvalitetsmöten en gång per månad. Där deltar dels en kvalitetssamordnare som har till uppgift att skriva protokoll och rapportera om händelserna, dels representanter för omvårdnadspersonalen från varje avdelning, så kallade kvalitetsombud, totalt åtta personer, en sjuksköterska och fysioterapeut och/eller arbetsterapeut samt verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef. På kvalitetsmötet arbetar vi fram nya rutiner utifrån händelser, gör riskanalyser utifrån riskbedömningar, går igenom synpunkter och klagomål. Efter varje kvalitetsmöte skickas protokoll till Attendos kvalitetsavdelning. HSL-avvikelse registreras också i Vodok. Protokollet, åtgärder och riskanalyser/riskbedömningar återförs till övrig personal på teammöten, morgonmöten samt arbetsplatsträffar.

Ansvarsfördelning:

Verksamhetschef har ansvar att det finns kvalitetssystem samt:

- Att dessa är kända av medarbetarna
- Att vi systematiskt arbetar med säkring, uppföljning och utveckling
- Att vi arbetar med riskbedömningar och riskanalyser
- Att alla händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar samt kvalitetsmöten.
- Verksamhetschefen samt biträdande verksamhetschef utreder avvikelser i form av klagomål och synpunkter, händelser, särskilda händelser samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker

Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer kvalitetsprotokoll och skickar till kvalitetsavdelning varje månad
- Är stöd och behjälplig vid riskbedömningar och riskanalyser

Sjuksköterska

- Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser
- Beslutar om verksamhetschefen bör informeras omgående vid händelser
- Gör riskbedömningar och riskanalyser

- Dokumenterar i HS- journal (Vodok)
- Deltar i framtagandet och utveckling av rutiner
- Följer upp mål och resultat

Fysioterapeut

- Gör den första bedömningar vid fall samt åtgärder
- Gör riskbedömningar och riskanalyser
- Dokumenterar i HSL-journal (Vodok)
- Deltar i framtagandet och utveckling av rutiner
- Följer upp mål och resultat

Arbetsterapeut

- Gör riskbedömningar och riskanalyser
- Dokumenterar i HSL-journal (Vodok)
- Deltar i framtagandet och utveckling av rutiner
- Följer upp mål och resultat

Medarbetare

- Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/ händelser, ansvarar att det dokumenteras i SOL- journalen (Parasol) samt att det dokumenteras i kvalitetssystemet Attendo Add.
- Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att arbetet utförs enligt de lagar och rutiner som finns i verksamheten.

Varje medarbetare är skyldig att avvikelser och risker identifieras och rapporteras.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo ett system, Kvalitetsindex. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter i företagets statistikmall. I kvalitetsindex redovisas varje månad:

- Antal händelser/ allvarliga avvikelser
- Utvecklingsprojekt
- Brukarundersökning
- Externa granskningar
- Egenkontroll
- Riskanalyser
- Värderingsarbete
- Dokumentation

Varje månad följer vi också upp statistik avseende signerade läkemedel, infektioner, antal fall. Statistik hämtas från vårt lokala kvalitetsrapporteringsverktyg ADD, dokumentationssystemet Vodok samt från signeringslistor. Kvartalsvis granskar vi HSL- samt SOL-dokumentationen genom stickprovgranskning. Resultat, vidtagna åtgärder och orsaker presenteras och diskuteras på kvalitetsmöten, morgonmöten och arbetsplatsträffar.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsarbetet har förbättrats genom att vi mer systematiskt återrapporterar om händelser till personalen på morgonmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsmöten. Alla medarbetare som har haft behov har fått individuell handledning i hur man rapporterar händelser i kvalitetssystemet ADD.

En sjuksköterska och vår arbetsterapeut har gått flera utbildningar i ICF/Vodok och är dokumentationshandledare. De har i sin tur vidareutbildat HSL-personal i dokumentation. Även korta dokumentationsinstruktioner har tagits fram. Detta har lett till att vi har kunnat bibehålla en hög kvalitetsnivå på vår dokumentation trots att det skett många förändringar i dokumentationssystemen.

Vi har fortsatt vår regelbundna stickprovgranskning av vår dokumentation under året utifrån Attendos granskningsmall. SOL-dokumentationen granskas varje kvartal av dokumentationsstödjare. HSL-dokumentationen granskas av sjuksköterskorna. Återkoppling av resultatet till medarbetarna sker på APT, kvalitetsmöten och morgonmöten. I samband med granskningen följer vi också resultatet av HSL-indikatorerna; andelen aktuella ADL-bedömningar, andelen aktuella riskbedömningar nutrition, trycksår samt andelen aktuella inkontinensutredningar.

Vi har fortsatt att ge stöd i SOL-dokumentation till de medarbetare som har behov med hjälp av dokumentationsstödjare. Det har lett till mer individuella genomförandeplaner, tydligare mål och fler daganteckningar.

Vi arbetar mer aktivt med risk- och händelseanalyser genom att tidigt identifiera eventuella risker och förebygga dessa samt uppmärksamma medarbetare på arbetet med risk-händelseanalys. Fler medarbetare har aktivt deltagit i arbetet med riskanalyser. Detta har lett till fler identifierade risker och åtgärder för att motverka riskerna.

Två undersköterskor har utbildats till hygienombud. De har i sin tur utbildat personal i hygienrutiner på våra arbetsplatsträffar.

Tre medarbetare har utbildats till palliativa ombud. Dessa tre personer kommer att få utbilda övrig personal.

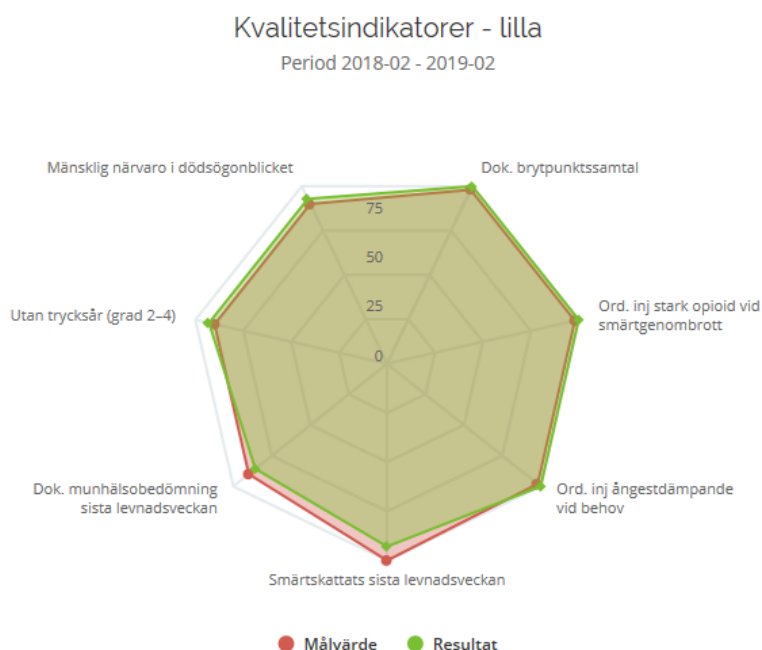
All personal har fått utbildning i basala hygienrutiner samt städrutiner av hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Vi har fortsatt med vår interna, månatlig egenkontroll utifrån en framtagen checklista. Kontrollen genomförs av kvalitetssamordnare samt verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Resultatet återförs till medarbetarna på kvalitetsmötet.

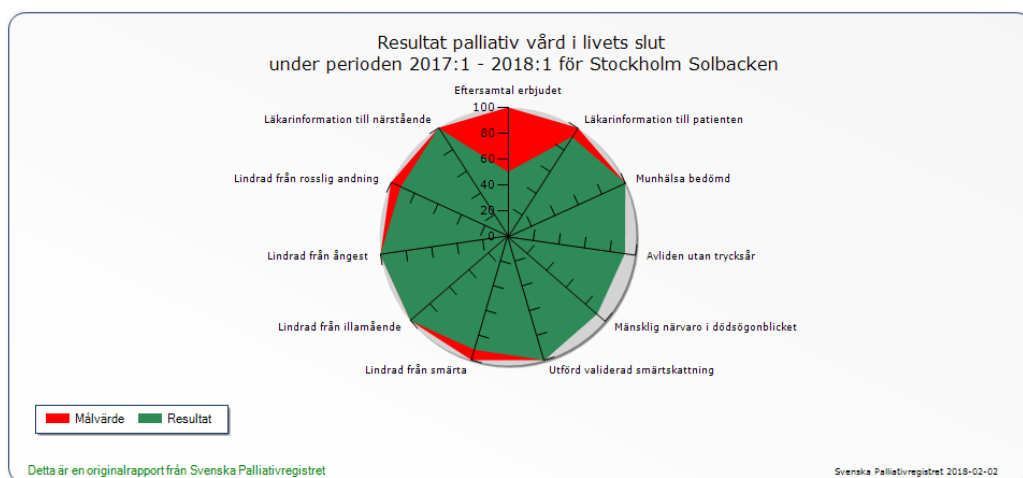
Vi har fortsatt registreringen av dödsfall som sker på Solbacken i Palliativa registret. Under år 2018 har 100 % av avlidna brukare registrerats i registret.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Fortsatt mål för 2018 är att ytterligare förbättra den palliativa vården avseende efterlevandesamtal, lindrad från smärta och läkarinformation till patienten.



Resultat palliativ vård i livets slut 2018:1 – 2019:1



Resultat palliativ vård i livets slut 2017:1 – 2018:01

Vad gäller Senior Alert har vi gjort 40 registrerade riskbedömningar under 2018.

Vi har under 2018 börjar registrera i BPSD. Målet är att utbilda fler sjuksköterskor samt undersköterskor så att fler avdelningar kan få användning av registret.

39 fall av vårdrelaterade infektioner har uppkommit under 2018 varav 16 fall av urinvägsinfektion, två fall av pneumoni, två sårinfektioner, tre fall av hudinfektion, samt sexton fall av annan infektion. Inga fall av influensa eller virusorsakad magsjuka har inträffat under året.

Antalet osignerade läkemedel har dessvärre ökat från 287 år 2017 till 427 år 2018.

Solbackens snittresultat i Attendos kvalitetsindex var år 2018 97,4 % i jämförelse med resultatet år 2017 som var 96 %.

Under 2018 har nio synpunkter och klagomål inkommit till Solbacken. Majoriteten av dessa handlar om borttappade saker, önskemål om fler aktiviteter, ostädad lägenhet och bemötande hos personal.

Samverkan

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap 3 § p 3

På Solbacken finns överenskommelse samt rutiner finns för rapportering vid in- och utskrivning av patient mellan kommun och landsting.

Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att läkare kontaktas vid förändringar i boendes hälsotillstånd. Rond sker en dag per vecka.

Attendos MAS deltar i Solbackens HSL-möten två gånger per år. Samverkan sker även med kommunens MAS när det gäller särskilda händelser, läkemedelsrutiner mm. Under kvällar och helger när verksamhetschefen inte är i tjänst träder den tjänstgörande sjuksköterskan in i den arbetsledande rollen.

På Solbacken har vi teammöten med sjuksköterska, rehab-personal och omvårdnadspersonal varje månad.

Verksamhetschef och/eller biträdande verksamhetschef har under året deltagit i samverkansmöten tillsammans med Legevisitten.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Solbacken arbetar vi med riskanalyser ur ett brukar- eller ett verksamhetsperspektiv. Vi genomför alltid risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser.

En gång per månad vid kvalitetsmötet där kvalitetssamordnare, rehab-personal, sjuksköterska, kvalitetsombud, verksamhetschef deltar bedöms risker och beslut fattas avseende lämpliga

åtgärder. Vid teammötet genomför sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut samt fysioterapeut riskanalyser utifrån enskilda brukare.

Verksamhetschefen samt biträdande verksamhetschefen tar även fram riskanalyser ur ett verksamhetsperspektiv. Verksamhetschefen granskar också arbetsskador och tillbud och bedömer risker ur ett patientperspektiv och vidtar åtgärder. Ledningsgruppen bestående av sjuksköterskor och verksamhetschef träffas regelbundet och i samband med detta samlar verksamhetschefen information från omvårdnadsarbetet, bedömer risker och vidtar åtgärder.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

På Solbacken finns sjuksköterska på plats dygnet runt:

- Personal kontaktar alltid sjuksköterskan och talar om vad som hänt.
- All personal som upptäckt en händelse rapporterar den i kvalitetssystemet Add samt i Parasol. HSL-personal dokumenterar avvikelser i Vodok.
- Händelserapporten skickas automatiskt vidare till verksamhetschef samt till kvalitetssamordnare som får en notis om detta via ett mail.
- Rapport som gäller fall eller hjälpmedel skall sjuksköterskorna rapportera vidare till våra paramedicinare.
- Vid fall ska även fysioterapeuten skriva åtgärder och göra en fallanalys.
- En gång i månaden genomförs kvalitetsmöte där vi går igenom alla händelserapporter för att hitta mönster/trender och vidtar lämpliga åtgärder. Riskanalyser genomförs. På mötet deltar kvalitetssamordnare, kvalitetsombud (en personal per avdelning), sjuksköterska, fysioterapeut/arbetsterapeut samt verksamhetschef/biträdande verksamhetschef.
- Kvalitetssamordnaren håller i kvalitetsmötet och skriver ett protokoll i Attendo Add. Protokollet skickas till Attendos kvalitetsavdelning för granskning.
- Sjuksköterskorna, arbetsterapeut, fysioterapeut samt omvårdnadspersonal diskuterar också händelserapporterna under teammötet samt vid rapporten med nattpersonalen. HSL-personal dokumenterar åtgärder i Vodok och Parasol.
- Verksamhetschefen eller biträdande verksamhetschef medverkar alltid vid sammanställning av kvalitetsprotokollet.
- Föregående månads kvalitetsprotokoll går också igenom på kvalitetsmötet. Resultatet skrivs i protokollet och skickas sedan elektroniskt till kvalitetsavdelningen.
- Kvalitetsombuden ansvarar för att informera sina kollegor på avdelningen vad som sagts på kvalitetsmötet. Protokollet finns tillgängligt för alla medarbetarna elektroniskt i Add.
- Kvalitetssamordnaren ansvarar för att informera om kvalitetsmötet på arbetsplatsträffen varje månad.
- Verksamhetschefen informerar om eventuella akuta åtgärder/händelser på de dagliga morgonmötena.
- Allvarliga händelser utreds omedelbart av verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef. Även regionchef kontaktas. Resultatet/åtgärden återförs omgående till personalen samt vid arbetsplatsträffen samt kommunens MAS samt Attendos MAS informeras om händelsen.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p6

- På Solbacken finns blanketter ”Vi vill bli bättre” i den välkomstmapp som brukare och anhöriga får när de kommer till Solbacken. Blanketten finns även vid entré i verksamheten och på samtliga avdelningar. Vi efterfrågar också synpunkter och goda förslag varje månad när vi skickar ut vårt månadsbrev.
- De flesta anhöriga skickar sina klagomål och synpunkter per mail till verksamhetschefen men även omvårdnadspersonalen samt HSL-personalen tar emot synpunkter och klagomål. Synpunkterna nedtecknas av de som lämnat klagomålet eller av medarbetarna/HSL-personalen. Synpunkterna lämnas omgående till verksamhetschef eller skrivs in i Add direkt av medarbetarna.
- Inom två dagar har verksamhetschefen gjort en första utredning som återförs till närstående och boende. Beroende på klagomålets/synpunktens allvarlighetsgrad kontaktas, regionchef, kvalitetsutvecklaren, Attendos MAS och Kungsholmens Stadsdelsförvaltning. Utredningen beskriver klagomålet/synpunkten, bakgrund, förlopp, orsak och åtgärder på kort och lång sikt. Ansvarig för åtgärden anges. Nytt datum anges för slutlig återkoppling av resultatet av åtgärden.
- Verksamhetschefen går kontinuerligt igenom alla klagomål och synpunkter med medarbetarna på morgonrapporten, kvalitetsmötet, avdelningsmöte samt på APT en gång i månaden.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas. Åtgärdsplan upprättas och åtgärderna förankras i verksamheten.

Vår kund, Stockholms stad, och regionchefen informeras alltid omgående vid allvarliga klagomål eller allvarliga händelser.

Sammanställningen av rapporterade händelser sker i företagets egna kvalitetssystem, Attendo Add och ingår i Kvalitetsindexet. Genomgång sker varje månad på enhetsmötet med regionchefen. Kvalitetsutvecklaren för regionen sammanställer uppgifterna till Kvalitetsindex och har särskild kompetens för att vara en resurs för verksamhetschefen avseende analys, bedömning och åtgärd.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid varje ny inflyttning genomförs en vårdplanering där den boende och deras närstående deltar tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktman samt arbetsterapeut och fysioterapeut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktar närstående vid varje förändring av hälsotillståndet. Kontaktmannen har samtal minst en gång per månad med anhöriga och träffar den boende varje arbetspass. Särskilda informationsmöten för anhöriga/närstående arrangeras minst två gånger per år. Månadsbrev skickas till alla anhöriga/brukare. Närstående bjuds också in till våra löpande aktiviteter såsom fredagsfika, pubaftnar olika uppträdande, sångstunder.

Om en vårdskada har inträffat bjuder vi alltid in brukare och dess närstående i att delta i händelseanalysen och få ta del av utredningen.

Övergripande mål och strategier för kommande år

De konkreta målen och strategierna för år 2019 är att:

Patientsäkerhetsarbetet mål 2019	Strategier 2019
Registrering av händelser	Fortsätta utvecklingen att rapportera alla avvikelser. Går igenom dessa med kvalitetsombud, sjuksköterska, rehab samt verksamhetschef på kvalitetsmöte, arbetsplatsträff. Dokumenteras i Add, Vodok samt Parasol. Regelbunden kvartalsvis uppföljning av att avvikelser registreras i alla system.
Utveckla arbetet med riskanalyser	Fortsätta arbetet med riskanalyser. Utveckla arbetet med riskanalyser till att omfatta alla medarbetare. Skall vara en naturlig del av teamarbete, vid bedömning av skyddsåtgärd samt vid kvalitetsmöten.
Att alla boende har en aktuell och individuell inkontinensutredning.	Följa rutinen att ansvarig sjuksköterska skall börja göra en utredning inom 3 dagar när den nya boende flyttar in samt utredning genomförs vid behov och dokumenteras i Vodok. Granskas vid extern egenkontroll samt vid intern egenkontroll 1 ggr/kvartal.
Alla boende har aktuella riskbedömningar, MNA, Norton, Downton, ROAG	Följa rutinen att ansvarig sjuksköterska samt teamet skall göra riskbedömningar när den nya boende flyttar in och därefter uppdatera senast varje halvår eller vid förändringar i hälsotillståndet. På temamöten träffas rehab, omvårdnadspersonal samt ansvarig sjuksköterska en gång per månad för bedömning och åtgärder. Dokumenteras både i Vodok samt Parasol samt i genomförandeplan. Riskbedömningarna granskas vid extern egenkontroll samt vid intern egenkontroll 1 ggr/kvartal.
Godkänd ADL-bedömning vid inflyttning samt vid förändring i hälsotillståndet	Journal granskas med hjälp av stickprov varje kvartal av fysioterapeut.
Öka närståendes delaktighet i den boendes vård. Skapa förtroende mellan närstående och personal. Fint bemötande.	Kontaktperson ringer eller mailar till anhöriga minst 1 ggr/ månad Ansvarig ssk informerar närstående vid förändrat tillstånd mm.

	<p>Skicka månadsbrev till all närstående. Arbeta med företagets värderingar samt fortsätta utbilda medarbetare i äldreomsorgens nationella värdegrund.</p> <p>Fortsätta att vara aktiva på instagram.</p> <p>Utbilda ytterligare en värderingscoach.</p> <p>Verksamhetschefen följer upp brukarundersökningen och kvartalsvis antalet synpunkter och klagomål</p>
Fortsätta att registrera alla boende i Senior Alert samt använda registret vid teammöten/riskbedömningar	VC/BVC följer upp statistik kvartalsvis och redovisar på ledningsgruppsmöten samt arbetsplatsträffar.
Fortsätta att registrera i BPSD-registret. Alla avdelningar på enheten ska registrera	I samband med teammöte sker en genomgång av brukarna och detta registreras i samband med mötet. Registeringen granskas kvartalsvis vid intern egenkontroll.
Godkänd egenkontroll i lokala rutiner, SOL- och HSL- dokumentation 2019.	Verksamhetschefen och biträdande verksamhetschef uppdaterar rutinpärmen årligen och vid behov. Signeringslistan att man har tagit del av rutiner. Genomgång av SOL-dokumentation varje kvartal av dokumentationsstödjure. Genomgång av HSL-dokumentation av OAS/Rehab varje kvartal.
Fortsätta registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret.	Registrering i palliativa registret 100 % av alla dödsfall. Uppföljning av VC/BVC 1 gång/kvartal
Fortsätta implementera användningen av smärtskattningsskalan Abbey Pain Scale hos omvårdnadspersonalen	Sjuksköterskor utbildar omvårdnadspersonalen på APT och genom handledning på avdelningarna. Information till alla nyanställda.
Implementera bedömningsinstrumentet Bristol Stool Chart som en del av avföringslistorna	Sjuksköterskorna utbildar/handleder personal i bedömningsverktyget. Sjuksköterskorna följer upp det månadsvis vid teammöten
Öka personalens följsamhet till basala hygienrutiner, speciellt vad gäller ringar, klockor, nagellack, uppsatt hår och långa kofter.	Egenkontroll 12 ggr/år. Webbutbildning, hygienrond 1 ggr/år, hygienutbildning i oktober. Hygienombuden skall börja genomföra observationer på avdelningarna. Självskattnings blanketter lämnas ut till personal 1 gång/kvartal.
Samtliga sjuksköterskor ska ha utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel	Planera in utbildning för de sjuksköterskor som i dagsläget inte har utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel
Minska antalet ej givna läkemedel samt osignerade läkemedel.	Uppföljning av resultat 1 gång per månad vid kvalitetsmötet.

Fortsätta att utbilda personal i förflyttningar	Fysioterapeut samt arbetsterapeut ansvarar för att regelbundet (minst en gång per kvartal) ordna förflyttningsutbildning för personal
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------