

Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Frösunda
2018

Datum och ansvarig för innehållet

Annika Sillian, 2019-01-31

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR ATTENDO FRÖSUNDA	
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål.....	3
Ansvarsfördelning	3
Mät- och uppföljningsmetod.....	4
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts.....	6
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	6
Granskning av dokumentation.....	5
Samverkan.....	10
Risakanalys	12
Rapporteringsskyldighet.....	12
Synpunkter och klagomål	14
Samverkan med brukare och närstående.....	15
Uppföljning av informationssäkerheten.....	8
Resultat	16
Övergripande Mål för kommande år	17

Sammanfattning

Attendo Frösunda är beläget vid Frösunda torg i Solna, nära centrum, med bra kommunikationer och fina promenadvägar. Det finns 40 lägenheter i fyra plan. Våning 1 och 2 har vardera 11 lägenheter och har inriktning somatisk vård. Våning 3 och 4 har vardera 9 lägenheter och har inriktning demensvård. Många av personalen har arbetat sedan starten år 2000.

Målet med verksamheten är att brukare ska känna sig trygga och säkra, bli bemötta med respekt och lyhördhet, få god service, omsorg och omvårdnad och därigenom få ett värdigt liv och uppleva välbefinnande. Visionen är att se till det friska hos varje individ och därigenom stärka den äldre i vardagen.

Det viktigaste resultatet verksamheten uppnått som ökat patientsäkerheten har varit att arbetet med Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) kommit igång.

Övergripande mål

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

- Kollegial granskning av HSL-dokumentationen ska genomföras av samtliga journaler minst 1 gång under året.
- Dokumentera avvikelser som rör medicintekniska hjälpmedel.
- Godkänd egenkontroll från Attendo kvalitetsavdelning.
- Skapa lokala rutiner för att implementera NVP i verksamheten.
- Göra mätning av nattfasta vid två tillfällen under 2018.
- Göra hygienronder en gång per månad.
- Samtliga fall vid palliativ vård ska smärtskattning ske med validerat instrument.

Ansvarsfördelning

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

Attendo Frösunda är ett äldreboende med totalt 40 lägenheter. Verksamheten är fördelat i fyra våningsplan. Två våningsplan med 11 lägenheter vardera med inriktning somatisk vård samt två våningsplan med 9 lägenheter vardera med inriktning demensvård. Inga lägenheter är avsedda för parboende.

Ledningssystem för Attendo Frösunda 2018



Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet, planering, ledning och egenkontroll. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Under 2018 fick verksamheten en ny medicinskt ansvarit sjuksköterska MAS. MAS för Attendo Frösunda är Kristina Kardelis.

I verksamheten finns en kvalitetssamordnare och fyra kvalitetsombud.

Verksamheten har kvalitetsråd en gång per månad. Där deltar kvalitetssamordnaren, verksamhetschefen, en sjuksköterska och kvalitetsråd från respektive avdelning.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kännedom om Attendos rutiner för rapportering av händelser. Samtliga händelser dokumenteras i Attendos kvalitetsledningssystem ADD. Registreringen av händelser sker av den medarbetare som observerade händelsen, eller tog emot synpunkt/klagomål. Verksamhetschefen skriver ut samtliga händelser och förmedlar till sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna skriver åtgärder när händelse inträffar. Händelser som gäller fall rapporteras även till sjukgymnast och arbetsterapeut för analys och åtgärder.

Veckomöten sker med verksamhetschef och sjuksköterskor en gång per vecka för genomgång av aktuella händelserrapporter för analys, utredning och åtgärder.

Sammanställning och analys av händelser sker i Attendos kvalitetsledningssystem ADD och kan ses i verksamhetens kvalitetsindex. Kvalitetsrådets arbete med analys är viktig för fortsatt analys och arbete med att utveckla verksamheten. En gång per månad sammankallar kvalitetssamordnaren till kvalitetsråd. Kallade är verksamhetschef, sjuksköterskor och kvalitetsombud. Genomgång och analys görs av föregående månads protokoll samt nytt protokoll förs över månadens händelser och genomgång och analys görs för att undvika att det händer igen. Kvalitetsombuden ansvarar sedan för att föra vidare informationen till sina kollegor på respektive avdelning.

Kvalitetssamordnaren håller även en sammanfattande information vid alla APT.

Sjuksköterskor för dialog med medarbetarna i samband med teammöten som sker 1 gång per vecka kring händelser som skett på våningen samt vid morgon och kvällsrapport med nattpersonalen.

Allvarliga händelser utreds omedelbart av verksamhetschef eller utvald extern utredare.

Varje månad skickar verksamhetschef en sammanställning över de händelser som skett till Solna Stads MAS via en enkät.

Verksamheten registrerar i Senior Alert, Palliativa registret och BPSD för att öka vår kunskap om patientsäkerhet och för att eliminera risker och för att genomföra förbättringar. Genom dessa tre system kan verksamheten öka patientsäkerheten genom att mäta och följa upp beslutade åtgärder.

Arbetet med att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende.

Alla medarbetare i verksamheten som har läkemedelsdelegeringar revideras årligen. I samband med revideringen får de genomgå ett kunskapstest i syfte att följa upp och upprätthålla kunskapsnivån. Under 2018 har en läkemedelsdelegering dragits tillbaka relaterat till bristande kunskapsnivå.

Arbetet med basala hygienrutiner värderas högt i verksamheten. Samtliga medarbetare ska vid nyanställning genomgå en webbaserad utbildning som erbjuds av Vårdhygien. Sedan sker kontinuerliga hygienronder månadsvis. Hygienronder sker av hygienombud som även är tillgänglig för handledning och utbildning för medarbetarna.

Verksamheten deltar i Socialstyrelsens öppna jämförelser och tar del av resultatet från dessa samt den brukarundersökning som görs årligen.

Informationssäkerhet och dokumentation

Verksamheten använder dokumentationssystemet SafeDoc.

Verksamhetschefen ansvarar för behörigheter till SafeDoc. Behörighet ges samt avslutas efter bedömning av verksamhetschef. Det finns 3 dokumentationsstödjare i verksamheten. Dessa är behjälpliga med att handleda och stötta medarbetarna i att dokumentera.

Granskning av HSL-dokumentation genomförs regelbundet. Verksamhetschef granskar HSL-dokumentationen genom att använda granskningsmall enligt intern egenkontroll. Respektive sjuksköterska genomför kollegial granskning av varandra regelbundet genom att använda sig av granskningsmall enligt intern egenkontroll. Efter varje granskning går resultatet igenom för dialog och inläring.

En gång per år genomför kvalitetsavdelningen en granskning av både HSL-dokumentation. Återkoppling sker skriftligt på använd mall samt registreras även i kvalitetsledningssystemet ADD.

Solna stad, Stockholm stad, Danderyds kommun samt Täby kommun genomför avtalsuppföljningar regelbundet. Mål och strategier beskrivs i en utvecklingsplan för nästkommande år.

Loggning av dokumentationssystemet SafeDoc sker regelbundet varje kvartal. 25% av journalerna ska granskas varje kvartal. Loggningsrapporterna sparas i verksamheten i 10 år.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Efterkontroll av givna läkemedel för att minska risken för glömda läkemedelsdoser.
- Avtalsuppföljning med Solna stad är genomförd och upprättande av utvecklingsplan för 2019.
- Avtalsuppföljning med Danderyds kommun är genomförd.
- Egenkontroll genomförd av Attendos kvalitetsavdelning.
- Två sjuksköterskor har genomgått utbildning i sårbehandling.
- Tre medarbetare har genomgått grundutbildning i Taktil massage.
- Tre sjuksköterskor har genomgått utbildning i klinisk bedömning och beslutsstöd.
- En undersköterska har fått utbildning i grundläggande palliativ vård via PKC.
- Fyra medarbetare har gått utbildning i BPSD.
- Två medarbetare har gått grundutbildning i vårdhygien.
- Samtliga medarbetare har gått utbildning i livsmedelshygien.
- Risk- och händelseanalyser utförs och åtgärder återförs till medarbetarna. Åtgärder vidtas och följs upp och dokumenteras i vårdplaner.
- Samtliga dödsfall som sker i verksamheten dokumenteras i Palliativa registret.
- Verksamheten deltog i nationell Punktprevalensmätning för trycksår i Senior Alert.
- Två natt- och dygns fastemätning har genomförts.
- Hygienronder sker regelbundet varje månad.
- Läkemedelsgenomgångar har genomförts.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Attendos system för händelserapportering, ADD utgör en viktig del för egenkontrollen. Alla händelser analyseras individuellt. Klagomål och synpunkter är en viktig del av förbättringsarbetet och hanteras på samma sätt som händelser. Varje månad redovisas sammanställning i ADD av kvalitetssamordnaren efter kvalitetsrådet.

Kvalitetsmål för Attendo Frösunda följs regelbundet upp lokalt vid ledningsmöten och kvalitetsråd.

Verksamheten följs upp och granskas varje månad utifrån händelser, riskanalyser, riskbedömningar, synpunkter och klagomål och ekonomiskt resultat.

En granskning av läkemedelshantering är utförd via Apoteket. Den anmärkning som gavs var att verksamheten behöver säkerställa att även momentet utplacering av vid behovs läkemedel till personbundet skåp ska dokumenteras av sjuksköterska. Den lokala rutinen för läkemedelshantering kommer därför revideras för att säkerställa att detta genomförs.

För att följa upp hur kvaliteten av service- och omsorgsinsatser upplevs av de boende samt deras närstående och för att kunna jämföra kvaliteten mellan olika enheter genomförs Socialstyrelsens öppna jämförelser. Resultatet för verksamheten visar att vi saknar medarbetare som talar något av de fem minoritetsspråken som finns i Sverige. I

jämförelse med Solna och länet ser vi att verksamheten ligger något lägre gällande andelen vårdpersonal som har undersköterskeutbildning. I övrigt ligger verksamheten i nivå eller högre än länet och riket.

Socialstyrelsens brukarundersökning 2018 ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” är viktig för verksamhetens utveckling. Den sammantagande nöjdheten med Attendo Frösunda sjönk i jämförelse med 2017. Resultatet för året var 86% jämfört med 100% 2017.

Resultatet gällande frågorna om möjligheten till att träffa sjuksköterska respektive läkare så ligger verksamheten fortfarande bra till i jämförelse med övriga äldreboenden i Solna stad. På frågan om hur lätt eller svårt det är att få träffa sjuksköterska vid behov svarade 92% att det var lätt. Detta är samma resultat som visades under 2017. Snittet för Solna stad är 82% och Riket är 75%.

På frågan om hur lätt eller svårt det är att få träffa läkare vid behov har verksamhetens resultat sjunkit något från 2017. Årets resultat visade 80% medan det 2017 visade 82%. I jämförelse med Solna stad ligger verksamheten bra till. Solna stads resultat för året var 46% och i riket 54%.

Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende, i år svarade 64 % att man känner sig trygg, en sänkning i jämfört med förra året då 100 % upplevde trygghet. Detta är något som kan ha påverkats av att verksamheten under året haft en högra omsättning på vårdpersonalen än vanligt. Samt att introduktionen av nya medarbetare behöver utvecklas och förbättras vilket pågår och kommer fortsätta under 2019. Detta är en trolig orsak till att resultatet även sjunkit gällande frågeställningarna kring mat och måltider. På frågan hur maten smakar har resultatet sjunkit från 85% 2017 till 54% 2018. På frågan hur man upplever måttidsstunden som trevlig sjönk resultatet från 85% 2017 till 67% 2018.

På frågan om man vet vart man ska vända sig vid synpunkter eller klagomål har resultatet sjunkit från 73% 2017 till 40% 2018.

Den interna egenkontrollen utförd av Attendos kvalitetsavdelning, som genomfördes 2018 var godkänd. Resultatet uppgick till 98,5%. Kvalitetsavdelningens granskning av HSL-dokumentationen blev godkänd, vårt resultat uppnådde 96% (Godkänd nivå är 90 %). Verksamheten är bra på att dokumentera status samt åtgärd, men kan förbättra dokumentation av uppföljning. Åtgärdsplan för detta har varit under året att följa egenkontrollsmallen som stöd i dokumentationen.

Rapporteringen av antalet infektioner i verksamheten. Resultatet som redovisas inom parentes är för 2017.

	Q1	Q2	Q3	Q4
Max antal brukare	40	40	40	40
Pneumoni	4 (4)	1 (1)	0 (1)	1 (0)
UVI hos brukare med urinkateter via urinröret	0 (0)	0 (0)	0 (2)	0 (2)
UVI hos brukare utan kateter	1 (1)	6 (2)	6 (1)	0 (3)
Sårinfektion	0 (3)	2 (3)	3 (6)	0 (3)

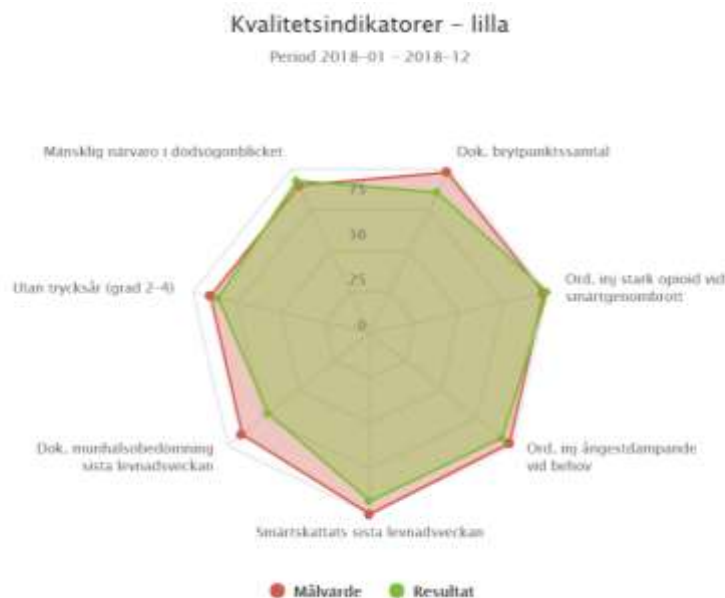
Annan hud- och mjukdelsinfektion	0 (0)	0 (2)	5 (0)	4 (1)
Clostridium difficile-diarré	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Annan infektion	0 (3)	0 (1)	0 (2)	0 (1)
Influensa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Virusorsakad maginfluensa	0 (0)	12 (0)	0 (0)	0 (0)

Verksamheten hade bekräftad Calici under andra kvartalet och arbetade under perioden med kohort-vård. Verksamheten har under året haft fler UVI hos brukare utan kateter. Bidragande orsak kan vara att fler är uppegående och besöker toaletten på egen hand och att brukaren kanske brister i förmåga att sköta toalettbesök på egen hand.

Verksamheten erbjuder samtliga boende influensavaccination. Under 2018 har 26 brukare mottagit vaccination. Under 2017 mottog 29 brukare vaccination. Övriga har avböjt.

Uppföljning av händelser som registrerats i Attendos kvalitetsledningssystem ADD.

Under året har 3 trycksår uppkommit inom verksamheten och 1 trycksår utanför verksamheten. Av trycksåren har 1 trycksår läkt.



Totalt avled 14 brukare under 2018 på Attendo Frösunda. Av dessa var samtliga väntade. Målet att samtliga dödsfall skulle registreras har uppnåtts.

Verksamheten har förbättrat sitt palliativa arbete och att registrera i Palliativa registret. Samtliga punkter har förbättrats. Dock har munhälsobedömning sjunkit.

I jämförelse med övriga äldreboenden i Solna stad så arbetar Attendo Frösunda bra med det palliativa arbetet. Det som syns i jämförelser är att de olika verksamheterna har olika saker de behöver arbeta ytterligare med för att förbättra sina resultat.

Verksamheten hade som målsättning att implementera NVP vilket delvis uppnåts. Verksamheten har börjat arbeta med del 2 som handlar berör beslutsstöd och vårdåtgärder för den palliativa vården. Vidare använder verksamheten del 2D som berör utökat beslutsstöd och vårdåtgärder för den döende människan. Det blir ett viktigt mål för 2019 att fortsätta implementeringen för att ytterligare kvalitetssäkra det palliativa arbetet.

Verksamheten registrerar i BPSD-registret och arbetet har fungerat väl under året. I resultatet ser man en tydlig skillnad för de två våningarna. En våning har högre medelvärde på NPI-poäng medan den andra har lägre. I jämförelse ligger våningen med högre poäng ligger i nivå med riket. Medan den andra våningen ligger lägre än riket. Orsaken till att den ena våningen ligger lägre kan vara att brukarna där kommit längre i sin demenssjukdom. Våningen med högre NPI-poäng har majoriteten uppegående brukare. I dagsläget är det sjuksköterskorna som ansvarar för själva registreringen. Målsättningen för 2019 är att BPSD-administratörerna ska ta över ansvaret. Detta för att öka patientsäkerheten ytterligare eftersom det då blir vårdpersonalen som ansvarar. Under året har ytterligare fyra medarbetare genomgått utbildning och är nu BPSD-administratörer. Snart är alla vårdpersonal på de två berörda våningarna utbildade. Inför 2019 kvarstår att utbilda tre medarbetare.

Verksamhetens arbete med Senior Alert fortskrider. Verksamheten har kommit igång bra för året och ligger på 99% gällande genomförda riskbedömningar. Detta är en ökning från 2017. Verksamheten arbetar på bra med bakomliggande orsaker, åtgärdsplaner och uppföljningar. Nu handlar det om att fortsätta arbetet men att utveckla det vidare i verksamheten.

Mätning av nattfasta är genomförd vid två tillfällen under 2018, en under våren och en mätning under hösten. Vid första mätningen bodde 38 brukare i verksamheten. Samtliga deltog. Av dess hade 12 en nattfasta över elva timmar. Samtliga 12 hade själv valt detta. Vid den andra mätningen deltog 38 brukare av 39 som bodde i verksamheten. Av dessa hade 8 en längre nattfasta än elva timmar. Av dessa hade alla valt detta själva.

Kontroll av följsamhet basala hygienrutiner har skett på tre sett i verksamheten, genom hygienrond utförd av hygienombud samt verksamhetschef som kontrollerar följsamhet gällande handhygien. Nytt under 2018 har varit att genom självskattning skatta sin följsamhet gällande basala hygienrutiner.

- Totalt har hygienombudet gjort sex hygienronder. Resultatet visar att man brister i att desinfektera innan man går in till boende. Men att man alltid desinfekterar efteråt. En del medarbetare tenderar att använda handskar i situationer där det inte behövs.
- Verksamhetschef har kontrollerat följsamhet gällande handhygien vid 12 tillfällen under året. Resultatet visar att ordinarie personal samt timvikarier följer riktlinjer gällande handhygien. Man har korta naglar, ingen lack eller använder klocka, ringar eller likande. Vid två kontroller under året hade två elever målade naglar. Detta åtgärdades direkt i samband med kontrollen och upprepades inte igen.
- En självskattning har ägt rum under hösten gällande följsamhet av basala hygienrutiner. Totalt 19 medarbetare deltog över två dagar. Medarbetarna skattar sig att de i regel följer basala hygienrutiner. Men några skattar att de

inte desinfekterar sina händer innan de går in i patientnära arbete. Några få skattar att de använder handskar i andra situationer än behovet. Resultatet visar att verksamheten behöver fortsätta arbeta med följsamheten och förståelse kring rutinen.

Granskning av dokumentationen

Inom hälso- och sjukvården har dokumentation en särskild betydelse för patientsäkerheten och patientjournal ska föras vid all hälso- och sjukvård. Patientjournalen är ett arbetsinstrument som ger personalen upplysning om patientens tillstånd och förändring, om vilka åtgärder som har vidtagits, om resultatet av dessa, och om vem som har medverkat i vården. Journalen är även ett viktigt instrument för kontinuiteten i vården.

I samband med anställning gör verksamhetschef en behovsbedömning över vilka boende medarbetaren ska ha tillgång till.

Kvalitetssamordnaren tilldear behörigheten och lämnar ut användarnamn och ett första lösenord.

Sjuksköterskan, Fysioterapeuter/Sjukgymnaster och arbetsterapeuter är utifrån sitt yrkesansvar skyldiga att föra journal. Genom journalen ska det vara möjligt att följa vilka beslut som har fattats, vilka åtgärder som har vidtagits, varför och av vem de gjorts, samt vad resultatet blev.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontrollerar sin egen dokumentation enligt Egenkontrollens granskningsmall för HSL- dokumentation. Uppföljning ska ske var tredje månad.

Verksamhetschefen granskar HSL- dokumentationen genom att granska 10 journaler var tredje månad enligt Egenkontrollens granskningsmall för HSL- dokumentation.

Resultatet från verksamhetschefens samt sjuksköterskornas granskningar går genom tillsammans för dialog samt vidta eventuella åtgärder för förbättring.

Ett av målen för året har varit att införa kollegial granskning för HSL-personalen vilket har genomförts. Dock har verksamheten inte helt nått upp till antalet granskade HSL-journaler. Resultatet från granskningarna visar att verksamheten kan förbättra arbetet med dokumentation av riskanalyser i samband med skydds- och begränsningsåtgärder.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

När en ny brukare flyttar in till verksamheten arbetar medarbetarna strukturerat för att tillgodose patientsäkerheten.

Särskild vikt läggs vid vårdplan och aktuell läkemedelsbehandling samt eventuell behandlingsplan. Vid personalbyte i samband med arbetspass skall säkerställas att nödvändig information delas för att tillgodose patientsäkerheten.

Läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden ansvarar för läkarinsatserna. Läkaren är närvarande för rond en dag i veckan. Rond sker tillsammans med

sjuksköterska. Övrig tid är läkare tillgängliga via telefon. Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Attendo Sverige AB och Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Regelbundna uppföljningsmöten sker mellan sjuksköterskor, ansvarig läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden och MAS från Attendo Sverige AB två gånger i halvåret.

I verksamheten finns sjuksköterska på plats måndagar till fredagar mellan klockan 07:00 – 21:00 och lördagar och söndagar mellan klockan 07:00 – 19:00. Övrig tid är verksamheten kopplad till Attendos mobila sjukskötersketeam. Dessa ansvarar för sjuksköterskeinsatser kväll och nattetid alla dagar i veckan. Rapportering sker både via telefon och fax. Medarbetarna tar telefonkontakt vid behov.

Sedan 2017 är verksamheten kopplad till Attendos mobila rehabteam som tillhandahåller arbetsterapeut och fysioterapeut.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Verksamhetschefen ingår i ett nätverk av andra verksamhetschefer i Solna stad. Nätverket diskuterar bland annat patientsäkerhetsfrågor för erfarenhetsutbyte och att lära av varandra. Nätverksträffarna äger rum cirka 3-4 gånger per halvår.

Av Solna Stads riktlinjer framgår hur kontakten mellan Attendo Frösunda och sjukhus ska ske. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas efter SBAR-bedömning om brukaren behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information.

För samtliga brukare medföljer alltid en akutmapp. Sjuksköterskan eller delegerad personal ser till att brukaren märks med ID-band. Sjuksköterska i tjänst gör alltid en bedömning om en medföljare behövs.

Vid överrapportering/utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Vad gäller överrapportering så har verksamheten sett en stor förbättring gällande informationsöverföring mellan sjuksköterskor och vårdpersonal. Tidigare har verksamheten sett att man använder papper för överrapportering. Sedan 2017 har verksamheten arbetat för att använda funktionen informationsöverföring som finns i dokumentationssystemet SafeDoc. Under året 2018 har sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast använt denna funktion. Vårdpersonalen har nu oavsett tidpunkt tillgång till samma rapport. I samband med granskningar syns en tydlig förändring av vårdpersonalens användning av systemet. Även i vardagsarbetet refererar vårdpersonalen till det som rapporterats via informationsöverföring. Detta har ökat både kvalitén och patientsäkerheten.

Varje vecka hålls teammöten där sjuksköterskan träffar respektive våningspersonal för genomgång av varje brukare. Enskilt möte kring brukaren hålls vid behov, exempelvis när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner.

Brukaren och/eller närstående informeras om den brukarens hälsotillstånd och läkemedelsförändringar, och erbjuds samtal med läkaren vid behov eller önskemål. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar för att möjliggöra en god samverkan

och delaktighet i vården och omsorgen. Brukaren och eller närstående informeras alltid om en händelse skett och erbjuds att ta del av resultatet.

Attendos medicinskt ansvariga sjuksköterska och kvalitetsavdelning informerar om aktuella riktlinjer. Samt bistår med konsultationer vid behov.

Samarbete med Sodexo hjälpmedelsservice för beställning av medicintekniska hjälpmedel samt erbjuder utbildningar för legitimerad personal.

Samverkan sker med extern fotvård där ett företag med utbildad medicinsk fotvårdare kommer och ger fotvård till de med remiss samt övriga som önskar. Under 2018 har det givits 117 medicinska fotvårdsbehandlingar samt 28 fotsjukvårdsbehandlingar.

Samverkan sker med Oral Care som erbjuder mun och tandvård.

Risکاناليس

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalyser genomförs där risker upptäcks i verksamheten. Det kan röra arbetsprocesser eller arbetsmoment, förändringar i organisationen eller införande av nya metoder eller tekniska hjälpmedel. Arbetet följer Attendos riktlinje för riskanalys.
- Riskbedömning av fall, trycksår, munhälsa och risk för undernäring och bedömning av självmordsrisk sker i samband med inflyttning samt var 6:e månad och vid behov. Sjuksköterskorna genomför riskbedömningarna i samarbete med övriga medarbetare.
- Varje vecka träffas verksamhetschef, sjuksköterskor, rehab och bemannings ansvarig. Vid denna träff förs dialog kring de risker som bedöms och åtgärder diskuteras.
- Verksamhetschef granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risker och vidtar åtgärder.
- Riskanalyser och riskbedömningar tas upp på kvalitetsrådet för vidare analys och dialog kring åtgärder.

Rapporteringskyldighet

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

Alla medarbetare som upptäcker en händelse (avvikelse, risk för- och inträffade vårdskador) rapporterar det via Attendos kvalitetsledningssystemet ADD och kontaktar alltid en sjuksköterska och rapporterar händelsen.

Verksamhetschefen får epost att en händelse är rapporterad i kvalitetsledningssystemet ADD, skriver ut den och lämnar över till sjuksköterska.

Aktuella händelser utreds av sjuksköterska och tillsammans i team med vårdpersonal och vid behov verksamhetschef, brukare och närstående genomförs lämpliga åtgärder.

En gång per månad hålls kvalitetsråd. Kvalitetssamordnaren är sammankallande och är den som håller i mötet samt skriver protokoll. Först går föregående månads protokoll

genom för uppföljning. Sedan sker en genomgång av samtliga månadens händelser. För analys och för att finna lämpliga åtgärder.

Ett kvalitetsutbud från varje avdelning medverkar vid kvalitetsrådet. Samt sjuksköterska, verksamhetschef och en från rehab. Kvalitetsombuden ansvarar för att rapportera vidare till övriga medarbetare på sina respektive avdelningar. Kvalitetsrådets syfte är att se över händelserna, utreda, analysera och komma med åtgärder för kvalitetsutveckling och för att säkra vården för brukaren. Kvalitetssamordnaren informerar vid APT varje månad resultatet från kvalitetsrådet. Allvarliga händelser utreds omedelbart av verksamhetschef eller utvald extern utredare. Resultat och åtgärder återförs omgående till medarbetare eller berörd brukare/närstående.

Totalt antal händelser som inrapporterats under året var 166. En ökning från 2017 då det var totalt 128 inrapporterade händelser.

	2015	2016	2017	2018
Läkemedel	91	36	45	55
Fall	90	92	47	57
Omvårdnad	7	4	7	8
Hot och våld	3	1	3	1
MTP	0	0	0	2
Larm	4	2	5	7
Synpunkter	1	0	0	8
Information	1	2	3	10
Övrigt	7	7	18	18
	204	144	128	166

Målet att sänka antalet händelser kring läkemedel har tyvärr inte uppnåtts. Arbetet måste fortsätta även under 2019. Händelserna gällande läkemedel har främst handlat om läkemedel som ej är givet. Verksamheten brister i dubbelkontroller över om läkemedel är givna eller ej och behöver arbeta fortsatt med detta under 2019. Verksamheten införde i slutet av 2018 det digitala planeringssystemet Mobil Omsorg. I detta system kommer även läkemedelshanteringen att läggas in. Detta kommer ske under 2019. Förhoppningen med detta digitala planeringssystem är att minska antalet händelser gällande läkemedel.

Antalet fall har ökat under året vilket är negativt. Bidragande orsak kan vara att det under året flyttat in brukare som varit uppegående med och utan hjälpmedel.

Det är viktigt att fortsätta arbeta med läkemedelsgenomgångar och fallprevention.

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med riskbedömningar och åtgärder och uppföljningar för att försöka sänka antalet fall ytterligare och öka medvetenheten bland personalen kring risker och åtgärder.

Konsekvenserna av fallen har i de allra flesta fall inte lett till någon skada. Men två fall ledde till höftfraktur. Och ett fall ledde till handledsfraktur.

Ett av målen för året var att dokumentera händelser som rör medicintekniska hjälpmedel. Verksamheten har under året dokumenterat två händelser. Arbetet kommer fortlöpa och strategierna kommer vara utbildning och händelseanalys samt öka kännedom om medicintekniska produkter.

Under 2018 inga händelser resulterat i LexMaria anmälning till IVO. Dock har en allvarlig händelse gällande narkotikastöld inträffat. Denna händelse berörde en inhyrd sjuksköterska som blir påkommen med stöld av morfin. IVO anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är gjord enligt 3 kap 7 § patientsäkerhetslagen.

Synpunkter och klagomål

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

Synpunkter och klagomål välkomnas i verksamheten.

I samband med inflyttning får brukaren samt närstående information om blanketten ”Vi vill bli bättre” och om vikten att förmedla synpunkter och klagomål. Blanketten finns tillgänglig i verksamheten både i huvudentrén och i brukarnas lägenheter och på varje avdelning.

Medarbetarna ska vara öppna för att ta emot synpunkter och klagomål och blir instruerade i att alltid ta emot informationen och inte gå i argumentation. Gärna be brukaren eller närstående att skriva ner synpunkten eller klagomålet.

Verksamhetschefen tar sen emot synpunkten/klagomålet. Brukare och närstående kan vända sig direkt till verksamhetschef både via personligt möte, via telefon, eller epost. Självklart kan synpunkter och klagomål lämnas anonymt.

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska tas om hand. Klagomål som rör allvarlig händelse ska alltid regionchef och MAS samt uppdragsgivare informeras omgående.

Vid skriftliga synpunkter och klagomål ska det alltid registreras i Attendos kvalitetsledningssystem ADD. Verksamhetschef bekräftar mottagandet av synpunkten/klagomålet genom direkt kontakt med avsändaren, om det framgår. Bekräftelsen dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå.

Analys och utredning sker. Är ärendet omfattande och allvarlig görs en intern utredning. Regionchef beslutar då vem som utreder.

Information ges vid kvalitetsråd och analys och åtgärder genomförs.

Återkoppling och information ges vid APT och våningsmöten.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras i kvalitetsledningssystemet ADD. Där kan sedan statistik analyseras. Mönster och trender synliggörs och resultat tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Under året har det inkommit 8 synpunkter och klagomål. Varav en var positiv. Samtliga inkom skriftligt. Två synpunkter och klagomål berör en våning. De övriga berör en annan våning. Den våningen om fick flest synpunkter och klagomål handlar det om

synpunkter kring tvätthanteringen och en trasig lampa. Verksamheten har arbetat med att tydliggöra den lokala rutinen för tvätthantering samt genomfört stickkontroller vilket gjort att arbetet förbättrats. En trolig orsak som kan inverkat på detta är att våningen har tre medarbetare som är tjänstlediga för studier. Verksamheten har haft problem med rekryteringen av vårdpersonal vilket inverkat på följsamheten i lokala rutiner. Den andra våningen fick en positiv synpunkt som berörde omvårdnaden och bemötandet. Den andra handlade om att få ett önskemål om bastubad införlivat.

Verksamheten har som beskrivits ovan arbetat mycket med den lokala rutinen för tvätthantering. Arbetet med denna rutin kommer fortsätta även under 2019.

I samband med Solna stads årliga avtalsuppföljning framkom att medarbetare inte alltid informerar skyndsamt verksamhetschef i samband med att de tar emot en synpunkt eller klagomål utan att de försöker åtgärda på egen hand. Detta gör att verksamheten inte kan följa upp de inkomna synpunkter och klagomål som framkommit. Det går inte heller att följa upp de åtgärder som genomförts.

Verksamheten kommer därför behöva arbeta med den lokala rutinen för synpunkts- och klagomålshantering under 2019.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten samverkar på olika sätt med såväl brukaren samt närstående, om samtycke finns.

Vid första kontakt innan inflytt lämnas en mapp med informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I mappen finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Det finns även information om de kvalitetsregister verksamheten är anknuten till: Senior alert, Palliativa registret samt BPSD-registret och samtycke för registrering inhämtas.

På inflyttningsdagen informerar sjuksköterska om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Det ges information om användandet av kvalitetsregister, val av läkare, fotvård och tandläkare samt om möjligheten för brukare och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa.

Inom två veckor efter inflyttning hålls en första vårdplanering med brukaren och dennes närstående. Här deltar sjuksköterska och kontaktman. Vårdplaneringar sker sedan regelbundet två gånger per år eller vid behov.

Brukaren och/eller närstående deltar alltid i omvårdnadsplaneringen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktar närstående vid varje förändring av hälsotillstånd. Vid en händelse som involverar en brukare informeras alltid närstående om samtycke finns. Brukaren och närstående deltar i analys av händelse och åtgärdsplanering.

Samverkan med brukare och närstående sker mest i den dagliga omvårdnaden. Varje vånings har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret. Likaså har varje boende en utsedd kontaktman och en vice kontaktman bland vårdpersonalen.

Varje månad erbjuds brukare att delta i brukarråd för samverkan kring verksamheten.

Kontaktmannen har samtal minst en gång per månad med närstående för att informera om brukaren, om samtycke finns.

Verksamhetschef finns dagligen nåbar för brukare och närstående på plats, mejl- eller telefonledes. Veckobrev skickas till närstående varje vecka. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, vad som planeras, viktiga förändringar samt annat av intresse.

Fyra gånger per år inbjuds närstående till möte för samverkan. Kontaktpolitiker inbjuds också att delta. Medverkande brukar vara verksamhetschef och sjuksköterska och ibland medarbetare.

Medarbetarna brukar skriva ett veckobrev som skickas via epost till närstående där de informerar om vilka aktiviteter som skett under föregående vecka.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Verksamheten hade som målsättning att kollegial granskning av HSL-dokumentationen skulle genomföras av samtliga journaler minst 1 gång under året. Detta har inte helt uppnåtts. Men fortsätter verksamheten som planerat kommer det på sikt att förbättra HSL-dokumentationen eftersom den kollegiala granskningen skapar dialog mellan kollegorna och på så vis en samstämmighet i hur man dokumenterar.

Verksamhetens resultat med att dokumentera händelser som rör medicintekniska hjälpmedel hade kunnat vara bättre. Det är dokumenterat två händelser under året. Det är fler än föregående år, där händelser saknas helt. Verksamheten kommer fortsätta arbetet under 2019 genom utbildning och handledning av vad medicintekniska produkter är och förhoppningsvis öka medarbetarnas medvetenhet kring detta.

Verksamheten blev godkänd i den interna egenkontroll från Attendo kvalitetsavdelning.

Verksamheten hade som målsättning att implementera NVP i verksamheten. Detta mål har delvis uppnåtts. Arbetet kom igång efter sommaren och det blir ett viktigt mål för 2019 att fortsätta implementeringen för att ytterligare kvalitetssäkra det palliativa arbetet.

Resultatet gällande registrering i Palliativa registret har förbättrats under 2018 jämfört med 2017 vilket är bra. Målsättningen att samtliga fall vid palliativ vård ska smärtskattning ske uppnåddes nästan helt. Bara ett fall av 14 som inte smärtskattades.

Verksamheten har genomfört de mätningar av nattfasta som planerades. Det genomfördes under två tillfällen. En under våren och en under hösten. Mätningarna kommer fortsätta regelbundet över 2019 då de är tydliga mått där man lyfter och synliggör vikten av nutrition.

Verksamhetens arbete med basala hygienrutiner är viktig och målsättningen med att göra hygienronder en gång per månad är delvis uppnådd. Det vi ser i resultatet är en ökad medvetenhet framför allt kring handhygien. Men vi ser också att man behöver fortsätta arbeta aktivt med handledning gällande användning av handsprit och handskar.

Övergripande Mål för kommande år

- Säkerställa att bemötandepplaner (BPSD) upprättas och följs av all personal.
- Förändra arbetsmetoden för vem som ansvarar för registrering i BPSD-registret. Den lokala rutinen behöver ses över. Verksamheten behöver gå från att sjuksköterskorna ansvarar till att BPSD-administratörerna tar ansvar.
- Fortsätta arbetet med att registrera i Senior Alert samt att utveckla arbetet med riskanalyser.
- Säkerställa att arbetet med NVP fortskrider och utvecklas.
- Säkerställa att kollegial granskning av HSL-dokumentation genomförs.
- Säkerställa att lokal samverkan mellan sjuksköterskor och vårdpersonal sker enligt lokal rutin.