

**Patientsäkerhetsberättelse för  
Attendo Viksjö  
År 2018**

**Datum och ansvarig för innehållet**

*2019-02-28 Joanna Tomczyk*

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Övergripande mål.....	4
Ansvarsfördelning.....	4
Mät- och uppföljningsmetod.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts .....	7
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser .....	8
Samverkan .....	10
Risikanalys .....	11
Rapporteringskyldighet.....	11
Synpunkter och klagomål .....	12
Samverkan med brukare och närstående .....	12
Resultat.....	13
Övergripande Mål för kommande år .....	15

## Sammanfattning

Viksjö äldreboende är ett omsorgsboende med trettio platser för äldre med demensdiagnos samt tio somatiska platser med inriktning somatisk omvårdnad. Verksamheten drivs på entreprenad av Järfälla kommun. De äldre som bor på Viksjö äldreboende har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen SOL och den övervägande delen av insatserna utförs enligt SOL.

Verksamheten har ansvar att bedriva hälso-och sjukvård upp till sjuksköterskenivå och ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. På Viksjö äldreboende arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut i team. Verksamheten har även en dokumentation- och en aktivitets- ansvarig samt en planeringsledare. Inom verksamheten finns även tillagnings kök där en kock lagar mat.

Under 2018 var många sjuksköterskor som bemannades från bemanningsföretag på grund av rekryterings svårighet. Verksamheten lyckades efter sommar att rekrytera fasta sjuksköterskor. Under 2018 var två verksamhetschefer som slutade och den nya verksamhetschefen tillträdde i november. Dessa förutsättningar påverkade registreringar i senior alert och palliativa registret vilket var 100% mål för 2018.

Verksamheten arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Målet är bland annat att minimera antalet läkemedelavvikelse, reducera förekomsten av fall samt att utveckla och kvalitetssäkra den vård och omsorg som bedrivs.

Patientsäkerheten bedrivs genom att

- På enheten har vi kvalitetsmöte varje månad med kvalitetsamordnare, kvalitetsombud, verksamhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. På dessa möten görs riskanalyser och åtgärdsplaner utefter händelser som har skett föregående månad. Vid behov utarbetas även nya rutiner för att öka patientsäkerheten. Protokoll från kvalitetsmötena skickas varje månad till kvalitetsavdelningen som sedan sammanställer uppgifterna i ett kvalitetsindex. Verksamhetschefen informerar medarbetarna om resultatet på arbetsplatsträffarna som är en stående punkt på träffarna.
- Kontinuerliga riskbedömningar och aktivt kvalitetsarbete gör det möjligt att identifiera risker för vårdskador. Även teamträffar varje vecka med paramedicinare möjliggör snabba insatser då risker föreligger.
- Medarbetarna har en positiv syn till rapportering av händelser, risker och tillbud. Det är ett återkommande inslag på arbetsplatsträffarna att diskutera händelser som har uppstått och alla medarbetare är delaktiga i förbättringsarbetet när det gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete.
- Brukare och närstående är alltid delaktiga och i samråd utgår vi från deras önskemål när vi arbetar med patientsäkerhetsarbetet.
- Verksamheten arbetar systematisk med kvalitetsregister som senior alert, palliativa registret

## Övergripande mål

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

Verksamheten startade mars 2017. Det övergripande målet för 2018 var att öka patientsäkerheten och att förbättra vården för den enskilde. Genom ökad användning av nationella kvalitetsregister kan vi höja kompetensen för medarbetarna samt följa resultatet av åtgärder. Under 2018 har Viksjö äldreboende fortsatt, förbättra och arbeta med de nationella kvalitetsindikatorerna som fallprevention, trycksår och nutrition. Gällande fallprevention, trycksår och nutrition har detta arbete bedrivits genom att verksamheten arbetat med registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Ett annat mål för 2018 var att alla boende som avled på enheten registreras i palliativa registret.

### Viksjös äldreboende mål och strategier för hälso-och sjukvård är att

- Alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och som följs upp minst var 6-e månad
- Alla boende där man efter kartläggningen konstaterar att det finns en risk ska ha en hälsoplan upprättad och den ska följas och kontinuerligt revideras
- Alla boende får en god omvårdnad och adekvat läkemedelsbehandling vid livets slut. Alla boende som avlider på boendet ska registreras i Palliativa registret
- Planera aktivt och systematiskt med personlig kompetensutveckling för alla medarbetare
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Alla medarbetare i verksamheten följer de basala hygienrutiner

## Ansvarsfördelning

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

Det totala ledningsansvaret för god kvalitet i vården har verksamhetschef. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för verksamheten men kan, och måste i vissa fall, mot bakgrunden av sin kompetens ge i uppdrag åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

I de fall verksamhetschefen inte har hälso- och sjukvårdskompetens överlåter hon/han det ansvaret till person med sådan kompetens. Verksamhetschef på Attendo Viksjö har delegerat dessa uppgifter till legitimerad sjuksköterska.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på Viksjö äldreboende enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo samt i samverkan med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet; planering, ledning och egenkontroll. På verksamheten finns sjuksköterska dygnet runt. Varje avdelning har en egen medicinskt- och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Det finns även en fysioterapeut och en arbetsterapeut inom verksamheten. Dokumentationen i HSL och SOL sker i Järfällas kommun egen system Procapita

Attendo Viksjö ingår i region Entreprenad Mellan där Helan Winter är regionchef. I regionen finns även en kvalitets utvecklare som tillika är verksamhetens MAS, Kristina Kardelis.

## **Ansvarsfördelning:**

Verksamhetschef har ansvar att det finns kvalitetsledningssystem samt att:

- De lokala rutinerna är kända av medarbetarna
- Alla medarbetare systematiskt arbetar med säkring, uppföljning och utveckling av verksamhetens kvalitet genom intern verifiering och Attendos övergripande egenkontroll
- Verksamheten arbetar systematiskt med riskbedömningar och riskanalyser genom att upprätta dessa samt dokumentera i verksamhetens kvalitetssystem samt följer upp
- Alla händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar samt kvalitets möten
- Verksamhetschefen utreder avvikelser i form av klagomål och synpunkter, händelser, särskilda händelser samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker
- Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Attendo Viksjö

## Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik och skickar till kvalitetsavdelningen
- Skriver protokoll efter varje kvalitetsråd
- Är stöd och behjälplig vid riskbedömningar och riskanalyser
- Ansvarar för att ge stöd till medarbetarna i SOL journal procapita

## Sjuksköterska

- Patient ansvarig samt leder omsorgspersonal
- Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser
- Beslutar om verksamhetschefen bör informeras omgående vid händelser
- Gör riskbedömningar och riskanalyser
- Dokumenterar i HSL- journal procapita
- 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
- Deltar i framtagandet och utveckling av rutiner
- Följer upp mål och resultat

#### Arbetsterapeut

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

#### Medarbetare

- Alla medarbetare har skyldighet att fortlöpande dokumenteras i SOL- journalen procapita
- Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/ händelser, ansvarar att det dokumenteras i kvalitetssystemet Attendo Add samt dokumenteras i Procapita.
- Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att arbetet utförs enligt de lagar och rutiner som finns i verksamheten
- Att alla händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar samt kvalitets möten

#### **Det lokala kvalitetsarbetet**

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete och bedrivs på Viksjö enligt rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo. Arbetet är utformat så att vi på enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas och håller ett kvalitetsmöte för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal som är representanter från respektive våningsplan.

Statistik och minnesanteckningar skickas varje månad till kvalitetsavdelningen på Attendo via det elektroniskt kvalitetssystem Attendo Add. Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska får via kommunens dokumentationssystem Procapita information om avvikelserna. Protokollet innehåller en kort beskrivning av händelserna, orsak, beslutade åtgärder, ansvarig, datum för uppföljning och uppföljning från föregående månad. Stor vikt läggs på att kedjan är komplett samt att regelbunden uppföljning sker. Kvalitetsavdelningen sammanställer sedan statistiken och rapporterar till ledningen. Alla protokoll sparas elektroniskt i systemet.

#### **Mät- och uppföljningsmetod**

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Negativa händelser mäts genom vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter i ADD systemet utifrån inkomna rapporterade händelser. All personal har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser/händelser och har skyldighet att rapportera samt direkt åtgärda en händelse.

Syftet med händelse rapporteringen och hanteringen är att säkra och utveckla verksamhetens processer samt att vara ett redskap vid riskanalys samt ständigt förbättringsarbete av verksamheten och där med patientsäkerheten.

En god kontroll av den egna verksamheten förutsätter bl.a. tydliga rutiner som kan förebygga och hantera avvikelser/händelser i organisationen. Månadsvis mäter vi och följer upp om vidtagna åtgärder haft effekt. Vi följer upp och analyserar statistiken av alla inkomna händelser utifrån klassificering till exempel, läkemedelhändelser eller fall. Detta sker varje månad på verksamhetens kvalitets möten. Åtgärder diskuteras och implementeras. Föregående månads åtgärder följs upp på nästkommande möte, där verksamhetschef och kvalitetssamordnare berättar om vad utfallet blivit därefter implementeras nya lösningar/förbättringsförslag/rutiner.

På nästkommande arbetsplatsträff går verksamhetschefen tillsammans med kvalitetssamordnaren igenom händelserna och ser om antalet har ökat eller minskat. Ses en ökning görs en analys av orsaken och en ny rutin eller åtgärd skapas för att minska antalet händelser.

På arbetsplatsträffarna redovisas även resultatet av månadens kvalitetsindex utifrån kvalitetssystem ADD.

Kvalitets möten är forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten för att förhindra vårdskador.

När en avvikelse/händelse bedöms av verksamhetschefen som allvarlig på börjar verksamhetschefen en utredning och informerar kommunens och Attendos MAS samt region chef.

## **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### **Kvalitetsmöte**

Syftet med mötet är att säkra, följa upp och utveckla kvalitén i verksamheten.

- Kvalitetssamordnaren kallar och håller i mötet
- Uppföljning av föregående månads händelser
- Utvärdering av tidigare åtgärder
- Genomgång och analys av nya händelser

### **Kvalitetsindex**

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo skapat ett kvalitetsindex. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. Delarna som 2018 mättes var:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Egenkontroll
- Externa granskningar
- Brukarundersökning
- Värderingsarbete
- Riskanalys
- Genomförandeplan

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månadsrapporter där vi kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheten 12 månader tillbaka.

## Riskbedömningar

När brukare flyttar in på enheten görs riskbedömningar gällande fall, trycksår, munhälsa och nutrition inom 14 dagar. Även längd och vikt tas samt uträkning av BMI görs i samband med inflyttning.

Fallriskbedömning görs utifrån Downton var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

Trycksårsbedömning görs utifrån Norton var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

Nutritionsbedömning görs utifrån MNA var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita. Då tas även vikt och uträkning av BMI görs.

Munhälsobedömning görs utifrån ROAG var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

## Kvalitetsregister

Vi har under året registrerat dödsfall i palliativa registret samt gjort riskbedömningar var tredje månad. Vi har inte kommit igång att registrera i Senior Alert men riksbedömningar görs för fall, nutrition, trycksår och munhälsa

## Avdelningsmöte

Avdelningsmöte hålls av omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans undersköterskor. Detta sker dagligen plan vis för att följa upp omvårdnads insatser, bemötande, status samt diskutera åtgärder, dokumentation sker fortlöpande.

## ADD system

Alla avvikelser rapporteras i Add, digitala kvalitetssystem. Dessa diskuteras och analyseras på verksamhetens månatliga kvalitetsmöte. Dessa har hållits varje månad under 2018 med undantag för en månad under sommaren pga. av semestertider. Avvikelse från denna månad gicks igenom på nästkommande möte. Stor vikt läggs vid att samtliga delar analyseras, att händelse / åtgärdskedjan är komplett och att regelbunden uppföljning sker. Slutligen sammanställs statistiken och rapporteras till Attendos ledning.

## Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

- **Öppna jämförelser:** 2018 jämförelser visar att Viksjö har en hög andel undersköterska utbildad personal vilket är och ligger bra till utifrån andra variabler och i jämförelse med andra verksamheter. Det som är utmärkande är att verksamheten arbetar varken i Svedem eller BPSD registret. Utifrån detta resultat har verksamhetschef beslutat att ett av de



övergripande målen under 2019 är att påbörja detta arbete. Utbildningen i BPSD är planerad under våren 2019 med efterföljande uppstarten av registreringen samt teamarbete. De närstående fick information på närståendemöte i januari 2019.

- **Brukarundersökning:** 2018 resultat visar att det var bara 50 % av de boende/närstående som svarade på enkäten. Verksamhetschefen satt ett mål att under 2019 skall de inkomna svar vara 80 %. Detta diskuterades på boende/närstående möte i januari 2019. Nästa möte är planerat i samband med brukarundersökningens utskick. Vidare diskuterades resultat gällande de utvecklings områden utifrån brukarundersökningen. Till dessa räknas att de boende inte vet var de skall vända sig gällande synpunkter och klagomål. Det förtydligades av verksamhetschefen genom att visa var blanketterna finns samt att alla är välkomna att mejla sina synpunkter till ansvarig SSK med kopia till verksamhetschefen. En annan utvecklings område var utevistelse trots att verksamheten har en aktivitetssamordnare på heltid. Bara 36 % tyckte att det fanns tillräckligt med möjligheter till utevistelse. Det har kommit fram att de flesta närstående inte vet om deras nära var ute då det saknas återkoppling om och när detta sker. Detta diskuterades verksamhetschefen med aktivitetssamordnare och övrigt personal, samt förtydliga rutiner för dokumentationen samt att kontaktman har ansvaret att informera de närstående om aktiviteter och utevistelse. 79 % var nöjda med verksamheten.
- **Senior Alert:** Attendo Viksjö arbetar aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Aktuella riskbedömningar finns för alla brukare i verksamheten och flera av brukarna har någon form av risk och mest förekommande är fallrisk. 30 av brukarna har fallrisk, 10 har risk för trycksår och 18 har risk för undernäring. Förbyggande åtgärder finns på alla och uppföljningar är gjorda. Riskbedömningar görs var 6:e månad samt vid behov.
- **Palliativa registret:** Attendo Viksjö har under 2018 haft 8 brukare som avlidit var av 1 brukare avled på sjukhus. 2 av de 7 dödsfallen på enheten är registrerade i palliativa registret och alla var väntade dödsfall. 65 % av de avlidna var helt eller delvis smärtlindrade i Stockholms län och 100 % var helt eller delvis smärtlindrad på Viksjö. Hos 32 % av brukarna i Stockholms län förekom inte smärta och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö 11 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot illamående i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 82 % av brukarna i Stockholms län förekom inte illamående och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö. 48 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot ångest i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 45 % av brukarna i Stockholms län förekom inte ångest och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö. 1 brukare avled med trycksår grad 4 på Viksjö. 100 % av de avlidnas närstående fick erbjudande om eftersamtal och i Stockholm erbjöds 74 % ett samtal.
- **Synpunkter och klagomål:** Under 2018 minskade klagomål avsevärt gällande fastigheten eftersom dessa åtgärdades och avdelningarna iordningställdes. Det som är kvar i skrivande stund gäller hyllor till garderober i lägenheterna. Detta kommer åtgärdas sista februari 2019. Under 2018 tog verksamheten sammanlagt 15 stycken klagomål. Fyra stycken rörde fastigheten, tre stycken rörde mat/menyer och dessa åtgärdas kontinuerligt. Två stycken gällde städ hos de boende, två gällde ej utförande av dusch och fyra gällde bemötande från medarbetarna. Samtliga av klagomål har åtgärdats och rutiner säkerställt och förtydligats. Samtidigt är det viktigt att poängtera att i samband med att de boende flyttar ut gör kommunens boende samordnare intervju med den boende själv eller deras närstående angående utvärderingen av tiden på Viksjö äldreboende. Resultatet återkopplas till verksamhetschefen. Under 2018 har 14 boende flyttat ut. Från tio närstående har vi fått bra positiv återkoppling, 4 närstående hade synpunkter på kommunikation och bemötande.

Detta återkopplas till de berörda för förbättring. Arbete med bemötande är verksamhetens ständigt återkommande diskussion både på APT samt i vardagligt arbete.

- **Avtalsuppföljning kund:** Ingen avtalsuppföljning gjordes under 2018
- **IVO:** Under 2018 har inga anmälningar inkommit.
- **Hygienrond:** vi har haft en hygienrond under 2018 och en hygien utbildning. Samtliga brister från 2017 i form avsaknad av hållare till handskar, förkläd samt märkning av rena och orena ytor åtgärdades.
- **Årlig egenkontroll:** Under 2108 har årlig egenkontroll utförs i april. Resultatet var att verksamheten klarade egenkontroll rörande verksamhetens rutiner samt utförande med 95 %, HSL dokumentation med 82 % samt HSL dokumentation med 82 %. För att verksamheten skall vara godkänt måste resultatet ligga på över 90 %. Utifrån resultat utträttades en åtgärdsplan och samtliga brister i HSL dokumentationen och åtgärdades. Nästa granskning av verksamheten sker i mars 2019.
- **Värderingsarbete:** under 2018 har fyra personer gått utbildning i värdegrund. Vi har även haft nätverksträffar för reflektionsledare som håller i vårt arbete med reflektion för personal.
- **Granskning läkemedelshantering:** verksamheten har tydliga rutiner gällande hanteringen av narkotiska preparat som följs. Under 2018 har vi haft läkemedelsgranskning från apoteket utan anmärkning, däremot påpekades att verksamheten saknar avtal gällande hämtning av gamla mediciner. Nytt avtal kommer tecknas under 2019.

## Orsaksanalys

- **Senior Alert:** Under 2018 verksamheten har påbörjat arbeta med registreringen i Senior Alert. Detta är inte gjort tillfullo då det har varit stora svårigheter med rekryteringen av fasta sjuksköterskor under året. Sjuksköterska bemanningen med externa köp från uthyrningsfirmor har varit under 2018. Sedan oktober 2018 är bemanningen av sjuksköterskor åtgärdad. Arbete med registreringen fortsätter. Dock alla boende har aktuella riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Målet är att under 2019 skall alla registreringar vara klara för samtliga boende.
- **Palliativa registret:** Verksamheten registrerar i palliativa registret.

## Samverkan

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

Attendo Viksjö har gott samarbete med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska och regelbundna möten sker tillsammans med Attendos sjuksköterska, verksamhetschef samt övriga intressenter i Järfälla kommun. En god samverkan finns mellan stab och biståndshandläggare.

Attendo Viksjö har sjuksköterska dygnet runt. Vi har rond varje vecka med läkare från Capio. Övrig tid finns jourläkare att tillgå om behov finns.

Arbetsterapeut och fysioterapeuten finns att tillgå fyra dagar i veckan och vid akuta ärenden finns de på telefon vardagar.

Vid varje ny inflyttning genomförs en vårdplanering där den boende och deras närstående deltar tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakter närstående vid varje förändring av hälsotillståndet. Kontaktmannen har samtal minst en gång per

månad med närstående och träffar den boende varje arbetspass. Särskilda informationsmöten för närstående arrangeras minst 4 gånger per år. Månadsbrev skickas till alla anhöriga/brukare. Närstående bjuds också in till våra löpande aktiviteter 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.

## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys är en systematisk identifiering av en risk. En risicanalys förs för att upptäcka risker som kan leda till en brukare skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En risicanalys görs exempelvis

- Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarlig händelse i en specifik arbetsprocess
- Om en medarbetare upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld för boende
- Vid organisationsförändringar
- Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och gruppen arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträffarna har genomgång av risicanalys. Verksamhetschef, sjuksköterskor och kvalitetsamordnare har genomgått utbildning i risk- och händelseanalys. Medarbetare får utbildning i risicanalys i sin introduktion. Risk- och händelseanalys rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis via det elektroniska kvalitetsystemet Attendo Add.

Sjuksköterska utför riskbedömningar på samtliga boende inom nutrition, fall, inkontinens och trycksår. De arbetar med framtagna metoder/dokument såsom Nortonbedömningar, ROAG, MNA samt BMI utvärderingar. Dessa dokumenteras i vårdplaner och följs upp 2 gånger per år samt vid behov.

I samband med inskrivning av nya patienter görs omgående en fallriskbedömning, Downton index av sjuksköterskan som ansvarar för att vidareförmedla informationen till omvårdnadspersonalen. Bedömningen görs sedan minst två gånger per år samt vid behov.

Trycksårs- och nutitionsbedömningar görs av sjuksköterska i samråd med omvårdnadspersonalen och dokumenteras därefter i journalen. Åtgärder sätts in efter en behovsbedömning. Exempel på åtgärder kan vara antidecubitusmadrass, vändschema, vätskelista eller ordination av näringsdryck.

Uppföljning av de bedömningar som har gjorts sker kontinuerligt vid rapporterna och omvårdnadsmöte. De fall- och förflyttningsbedömningar som har gjorts följs specifikt upp på de teammöten som sker en gång per månad.

## Rapporteringskyldighet

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

Alla medarbetare har vid anställning fått både skriftlig och muntlig information om rapporteringsskyldighet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare har kännedom om och kontinuerligt informeras om rutinerna två gånger per år.

Alla medarbetare rapporterar risker för vårdskador och händelser i kommunens och Attendos elektroniska avvikelshanteringssystem. Via systemen får kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska samt Attendos kvalitetsutvecklare information om avvikelserna.

När en händelse bedöms som allvarlig ska en Lex Maria eller en Lex Sarah anmälan göras till Socialstyrelse. En händelseanalys ska initieras omgående av verksamhetschefen som informerar regionchef för ställningstagande för utredning av Lex Sarah. Vid utredning av Lex Maria så är det kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska som gör utredningen och begär in då dokumentation från boendet. Även Attendos Mas informeras.

Alla händelser tas upp en gång i månaden på kvalitetsmötet. Resultat och åtgärder återkopplas till medarbetare på arbetsplatsträffarna.

## Synpunkter och klagomål

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

För att verksamheten ska utvecklas är synpunkter från brukare och närstående av stor vikt. Vi har därför valt att lägga blanketten ”vi vill bli bättre” i vårt välkomstmateriel till varje ny brukare som flyttar in på boendet. Denna blankett finns även på varje våningsplan samt i broschyrstället i entrén. Denna blankett kan lämnas till verksamhetschef eller skickas till Attendos kvalitetsavdelning. Den som lämnar synpunkter eller klagomål kan vara anonym.

När vi får synpunkter eller klagomål muntligt så lyssnar vi utan att avbryta. Vi försöker även ta reda på vad som har hänt och svar så gott vi kan. Om vi inte kan svara så hänvisar vi vidare till sjuksköterska eller verksamhetschef beroende på klagomålets art.

Den som tar emot klagomål erbjuder sig att hjälpa till att fylla i blanketten ”vi vill bli bättre”. Ifylld blankett lämnas till verksamhetschef som kontaktar de inblandade inom två arbetsdagar för att försöka lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering sker inom två veckor. Uppföljning och återkoppling sker direkt till den som framfört synpunkten eller klagomålet. En uppföljning av ärendet sker inom två månader.

Synpunkter och klagomål tas upp på kvalitets möte varje månad och återkopplas på arbetsplatsträffar varje månad. En sammanställning görs också varje år.

## Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Fyra gånger per år bjuds boende och/eller närstående in till ett närståendemöte på Attendo Viksjö. För att delge och involvera närstående i patientsäkerhetsarbetet beskriver vi vårt kvalitetsarbete på våra närståendemöten.

Under 2019 från och med februari kommer vi återuppta utskick av månadsbrev enligt de närståendes önskemål på sista möte i januari 2019.

Vid individuella händelser eller avvikelser kontaktas närstående i samråd med boende för att upplysa om inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Vi har alltid en dialog med boende och närstående för att förebygga vårdskador och tillsammans kommer vi fram till vad som passar bäst för boenden. Om boende har drabbats av vårdskada bjuder vi in både boende och närstående att delta i händelseanalysen. Vi informerar även om möjligheten att vända sig till patientnämnden eller Socialstyrelsen.

## Uppföljning av informationssäkerheten

Vi har inte tillgång till NPÖ då vi har Järfälla kommuns dokumentationssystem. Det är Järfälla kommun som utför loggning på vår personal. Det finns ingen obehörig som har tillgång till journalsystemet.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### **Jämförelser med verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala register**

#### Senior Alert:

Attendo Viksjö arbetar aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa.

Aktuella riskbedömningar finns för alla brukare i verksamheten och flera av brukarna har någon form av risk och mest förekommande är fallrisk. 30 av brukarna har fallrisk, 10 stycken har risk för trycksår och 18 stycken har risk för undernäring. Förbyggande åtgärder finns på alla och uppföljningar är gjorda. Riskbedömningar görs var 6:e månad samt vid behov.

Verksamheten har inte registrerat riskbedömningar i det nationella registret under 2017. Orsaken är att enheten inte är registrerad i Senior Alert.

#### Palliativa registret:

Attendo Viksjö har under 2018 haft 8 brukare som avlidit var av 1 brukare avled på sjukhus. 2 av de 7 dödsfallen på enheten är registrerade i palliativa registret och alla var väntade dödsfall. 65 % av de avlidna var helt eller delvis smärtlindrade i Stockholms län och 100 % var helt eller delvis smärtlindrad på Viksjö. Hos 32 % av brukarna i Stockholms län förekom inte smärta och motsvarande siffra var 100 % på Viksjö

11 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot illamående i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 82 % av brukarna i Stockholms län förekom inte illamående och motsvarande siffra var 100 % på Viksjö.

48 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot ångest i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 45 % av brukarna i Stockholms län förekom inte ångest och motsvarande siffra var 100 % på Viksjö

100 % av de avlidnas närstående fick erbjudande om eftersamtal och i Stockholm erbjöds 74 % ett samtal.

### **Brukar- och närståendeundersökningar**

Resultatet från 2018 visade att 79 % var nöjda med verksamheten. Eftersom det är bara 50 % av de tillfrågade som svarade på enkäten har åtgärder fastställts av verksamhetschefen vilka beskrivs under uppföljnings punkt brukar undersökning.

Järfälla kommun har granskat genomförandeplaner och 100 % av brukarna har en aktuell genomförandeplan.

Verksamheten fortsätter arbetet med dokumentation och mål för 2018 är att alla brukare ska ha en veckoanteckning samt godkänd dokumentation för SOL och HSL i egenkontrollen 2018.

### **Förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i kvaliteten**

Vi har förankrat våra värderingar engagemang, kompetens och omtanke i personalgruppen. Under året har personal utbildats i den nationella värdegrunden och kontaktmanaskap. Det har kommit synpunkter gällande bemötanden mot närstående trots att vi arbetar ständigt med frågan. Det har framkommit att medarbetarna beklagar sig över olika situationer till de närstående.

Verksamhetschefen har lyft frågan på APT möte. Eftersom många har arbetat längre med samma bonde i flera år då har verksamhetschefen lyft en fråga om att medarbetarna behöver byta avdelning för att få nya utmaningar. Vi arbetar med detta under året. Vi kommer fortsätta med värdegrund arbete under 2019.

Vi har även en hög trivsel på enheten och personal skattar sin trivsel 4,4 av 5.

Vi arbetar kontinuerligt med värderingar och har en stående punkt på APT där vi diskuterar värderingar i det dagliga arbetet. Under 2019 planeras en påfyllning av kunskapen kring kontaktmanaskap.

### **Externa granskningar**

#### Avtalsuppföljning av kund:

Vi har haft en avtalsuppföljning där kund har tittat på personaltäthet samt våra rutiner gällande, dokumentation, kontaktmanaskap, riskanalys, samverkan, arbetsledning, introduktion, lex Sarah, klagomålshantering, egenkontroll, alkohol och droger samt misstanke om brott.

Avtalsuppföljning är godkänd och kommunen har tagit del av personaltäthet alla rutiner som de begärde

#### IVO:

Verksamheten hade inga IVO anmälningar under 2018

### **Händelsehantering**

Under 2018 hade verksamheten totalt 101 händelser enligt nedan

- Fall 32 st.
- Hot & våld 5 st.
- Larm 8 st.
- Läkemedel 28 st.
- Medicinska produkter 2 st.
- Omvårdnad 16 st.
- Synpunkter 15 st.

- Utmanande beteende 1 st.
- Övrigt 8 st.

## Allvarliga händelser

Inga allvarliga händelser har inträffat under 2018.

## Övergripande Mål för 2019

Mål 2019	Strategier 2019
Händelse rapportering	Fortsätta utvecklingen att rapportera alla avvikelser. Går igenom dessa med kvalitetsombud, sjuksköterska, rehab samt verksamhetschef på kvalitetsmöte, arbetsplatsträff. Dokumentation i verksamhets system 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 Procapita.
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. 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/sjukgymnast.
Närståendes delaktighet	Ansvarig SSK informerar fortlöpande närstående vid förändrat tillstånd mm.
Fortsätta att registrera alla boende i Senior Alert	Verksamhetschef följer upp statistik kvartalsvis och redovisar på ledningsgruppsmöten samt arbetsplatsträffar.
Godkänd egenkontroll i lokala rutiner, HSL- dokumentation 2019	Verksamhetschefen uppdaterar rutinparmen årligen och vid behov. Signeringslistan att man har tagit del av rutiner.
Fortsätta registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret.	Registrering i palliativa registret 100 % av alla dödsfall. Uppföljning av VC 1 gång/kvartal
Implementeringen av mobila omsorgen	Införande av planeringssystem där man säkerställer att all boende har fått de insatser de har rätt till
Implementera BPSD registret	BPSD utbildning samt start av BPSD team
Minska antalet ej givna läkemedel samt osignerade läkemedel.	Uppföljning av resultat 1 gång per månad vid kvalitetsmötet.
Fortsätta att utbilda personal i förflyttningar	Fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att regelbundet (minst en gång per kvartal) ordna förflyttningutbildning för personal

- Delta Socialstyrelsens brukarundersökning 2019 med ökad resultat samt antal svar
- Fortsatt arbeta med synpunkter och klagamål
- Fortsatt arbeta med mat och måltidsituation
- Granska SOL-dokumentation 2 ggr/år. Godkänd i egenkontrollen
- Granska HSL-dokumentation 2 ggr/år. Godkänd i egenkontrollen
- Godkänt egenkontroll 219
- Ta blodtryck i samband med vikt kontroll