

## Mall för Patientsäkerhetsberättelse

Version: 3	Gäller för: Attendo Skandinavien Äldreomsorg	Dokumentansvarig: Kvalitetschef ASO	Upprättad: 2016-10-01	Utarbetad av: Maria Ekelund Dannert	Reviderad av: Lena Rosberg
---------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------

## Patientsäkerhetsberättelse

Attendo Kullen

År 2020

**Datum och ansvarig för innehållet**

Hélène Eklund och Desirée Nilsson 210125

## Innehållsförteckning

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning .....	3
Övergripande mål.....	3
Ansvarsfördelning .....	4
Mät- och uppföljningsmetod .....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts .....	8
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser .....	9
Granskning av dokumentation.....	10
Samverkan .....	10
Riskanalys .....	11
Rapporteringskyldighet .....	12
Synpunkter och klagomål .....	13
Sammanställning och analys .....	13
Samverkan med brukare och närstående .....	13
Uppföljning av informationssäkerheten.....	13
Resultat .....	14
Övergripande Mål för kommande år .....	14

## Sammanfattning

Kullens äldreboende består av 82 lägenheter och har 83 boende. Den 16/1-2017 tog Attendo över driften av Kullen och erbjuder heldygnsvård för personer med somatisk eller demenssjukdom.

2020 har varit ett speciellt år, med flera nya arbetssätt och nya förutsättningar. I slutet av februari smittades några boende på Kullen av Covid-19. Ett intensivt arbete följde med att stoppa smittspridningen, nya rutiner, svårt sjuka boende och minskad personalstyrka. I mars införde Attendo besöksstopp på sina boenden. Telefonronder ersatte fysiska ronder och fysiska möten ställdes in. Planerade förbättringsåtgärder fick pausas för att rikta allt fokus till att hantera den rådande pandemin. Trots detta har arbetet fortsatt med att boende och närstående ska kunna känna sig trygga och delaktiga med hälso- och sjukvården på Kullen.

Användandet av digitala mötesforum har utvecklats under året, en stor del av samverkan med kommun, läkarorganisation och anhöriga har skett via telefon, mail och digitala möten.

Kvalitetsrådet har fortsatt att träffas en gång per månad för att öka patientsäkerheten, i perioder med minskat antal deltagare.

Riskanalys görs utifrån klagomål och synpunkter. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras snarast.

Socialstyrelsens brukarundersökning visar på att 83% av de boende/närstående är nöjda med vården/omsorgen som ges på Kullen.

Kullen arbetar för en god samverkan med Ekerö kommun, andra vårdgivare och läkarorganisationen Capio Legesvisitten.

## Övergripande mål

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

Målsättningen i vårt patientsäkerhetsarbete har varit att skapa goda rutiner och att ge vård av hög kvalitet. I Attendos ledningssystem finns tydliga riktlinjer, företaget ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser för att kunna erbjuda god vård. Ambitionen är att alla medarbetare ska känna till Attendos kvalitetsarbete.

Godkänd HSL-dokumentation, med ett resultat på godkänd nivå, minst 90 % enligt Attendos granskningsmall vid granskning. Utbildningar planeras att genomföras av kvalitetsutvecklare i Attendo. För att uppmärksamma brister ska samordnade sjuksköterska utföra kontinuerliga stickprov av HSL- dokumentationen.

Att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal. Två sjuksköterskor ingår i den palliativa gruppen och ser till att det finns skattningsinstrument lätt tillgängliga och sprider kunskapen på HSL-möten. Palliativa gruppen ska fortsätta med vidareutbildningar/föreläsningar inom palliativ vård och delta i PKC-dagen 2020.

Att arbeta aktivt för att förebygga fall och minska antalet fall med 10%. Riskbedömningar ska vara aktuella på samtliga boende och åtgärdsplan ska finnas på alla med risk för fall. All personal ska få information om åtgärdsplan genom teammöten och rehab tillsammans med sjuksköterska ska följa upp om denna följts vid nya registrerade fall.

Minska antalet missade läkemedelssigneringar med 10 %, förtydliga vikten av att signera vid delegeringstillfället och ta upp detta på arbetsplatstävfar, medarbetarsamtal och se över rutinerna vid läkemedelsadministrering. Systematiska kontroller av signeringslistor utförs tättare: vid månadsskifte (när ssk byter till ny signeringslista) och när ssk lämnar över dosdispensierade läkemedel och dosetter.

## Ansvarsfördelning

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården men har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 30§ Hälso- och sjukvårdslagen under 2020. Att överlåta enskilda ledningsuppgifter innebär inte att verksamhetschefen avsäger sig ansvaret för Hälso- och sjukvården.

### *Verksamhetschef Hélène Eklund*

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten
- Utreder avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.
- Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Minst en gång årligen utföra lokal kontroll/verifiering.

### *Samordnande sjuksköterska*

Verksamhetschefen har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 4 kap 4-5 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) till en samordnande sjuksköterska som ansvarar för:

- Att se till att medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer följs, tillsammans med verksamhetschef se till att det finns ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.
- Vara sakkunnig i medicinska frågor
- Medverka vid besök från tillsynsmyndigheter
- Utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd
- Utse ansvarig sjuksköterska för kontroll av narkotikaklassade preparat
- Delta i kvalitetsmöten som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor
- Utarbeta lokala rutiner för hälso- och sjukvården
- Samverka med verksamhetschef runt behov av kvalitetsutveckling
- Att samordna arbetsuppgifter i sjuksköterskegruppen och ingår även i den ordinarie sjuksköterskebemanningen
- Systematisk egenkontroll för säker läkemedelshantering
- Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

### *Sjuksköterska*

Inom sjuksköterskans ansvarsområde ligger att göra bedömningar av brukarnas tillstånd i förebyggande syfte och när så behövs. Det är sjuksköterskans ansvar att utföra de behandlingar som läkaren ordinerat och som faller inom ramen för sjuksköterskans kompetens.

Sjuksköterskan har ansvar att utifrån brukarens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens samt bästa tillgängliga kunskap.

Sjuksköterskan utvärderar även teamets insatser och verkar för att bedriva brukarfokuserad omvårdnad på ett patientsäkert, kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt.

Sjuksköterskan är ansvarig för att följa lokala rutiner samt MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Förutom det som nämns ovan ska sjuksköterska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Sjuksköterskor är fördelade omvårdnadsansvar på olika avdelningar. Kullen har bemannat med sjuksköterskor på plats dygnet runt, året runt.

### ***Fysioterapeut och Arbetsterapeut***

Rehabpersonal som fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att främja ett rehabiliterande arbetssätt. Ett rehabiliterande arbetssätt är det som stöder den äldres funktionsförmåga och syftar till att utföra arbete på ett sådant sätt att personalen inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer. Den utförs av all personal.

Ett generellt arbetssätt ska benämnas hälsofrämjande, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering.

Specifik rehabilitering innebär riktad bedömning, träning och utbildning som utförs av bland annat arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Insatserna är tidsbegränsade och målinriktade, de kan inte ersättas av ett generellt ständigt pågående arbetssätt.

Förutom det som nämns ovan ska rehabpersonal kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Fysioterapeut finns på 60 % och arbetsterapeut på 90% dagtid för hela Kullen.

### ***Kvalitetssamordnare***

Kvalitetssamordnare har kunskap om det lokala kvalitetsarbetet, Attendos kvalitetssystem (Add), hur man arbetar med statistik, protokoll och samordnar kvalitetsmötet.

Kvalitetssamordnaren sammankallar till kvalitetsmötet där bland annat HSL avvikelser analyseras på verksamhetsnivå.

### ***Omsorgspersonal/Icke legitimerad yrkesutövare***

Ansvarar för det praktiska arbetet kopplat till vård och omsorg för brukarna på respektive våningsplan i samarbete med sjuksköterska.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål, som sedan utreds av verksamhetschefen på respektive verksamhet.

Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i:

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa verksamhetens rutiner.
- Risk- och avvikelshantering vilket innebär att medarbetarna ska rapportera avvikelser och missförhållande/risk för missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta.
- Omvårdnadspersonalen ska ha relevant kunskap om gällande riktlinjer om livsmedelshygien, basal vårdhygien samt ha kompetens hur maten håller en hög kvalitet och säkerhet och anpassas efter de äldres egna behov, vanor och önskemål.
- Icke legitimerade yrkesutövare är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter.

- Utför arbete enligt skriftlig delegering.

## Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/ händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/ fysioterapeut/ arbetsterapeut som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL- respektive HSL- journalen.

Avvikelsen/ händelsen skall skrivas i Attendo ADD. Den skickas elektroniskt till verksamhetschefen som granskar rapporten, och sedan kontaktar, om aktuellt, den personal det berör som påbörjar en utredning om vad som har hänt och planerar åtgärder som redovisas på kvalitetsmöte som sker månadsvis och går igenom alla händelser på verksamhets nivå. Kvalitetsmöten genomförs varje månad och fokus ligger inte på enskilda händelser utan mer på att identifiera risker och hitta nya arbetsätt och rutiner. Resultatet av åtgärderna följs upp månaden efter på nästa kvalitetsmöte. Samtliga avvikelser / händelser, åtgärder och uppföljning dokumenteras i en kvalitetsmötesprotokoll.

### Statistik: avvikelser Attendo Kullen

Fallavvikelser	2020	2019	2018
Fall	209	102	180
Fall med fraktur	1	3	6

Läkemedelavvikelser	2020	2019	2018
Läkemedelavvikelser	26	55	50
Missade signeringar	569	618	747

MTP avvikelser	2020	2019	2018
MTP avvikelser	1	3	9

Omvårdnad	2020	2019	2018
Omvårdnad	19	29	23

Statistik förs dagligen vid nya infektioner. Varje kvartal lämnar Kullen statistik till Ekerö kommuns MAS.

Medicinska avvikelser och fall avvikelse med skada eller sår skrivs ut från Attendo ADD och skickas till kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Varje månad mäter man antal missade signeringar i varje enskild boendes signeringslista för att se vem/vilka som inte signerar och dess orsak. Resultatet presenteras på kvalitetsmöte och vid siffror som icke är acceptabla tas det upp med respektive avdelning på teammöte och nattmöte.

Fortlöpande kontroll av dokumentationen utförs av biträdande verksamhetschef. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition och trycksår. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år. Sjuksköterskorna dokumenterar i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister.

Väntade dödsfall registreras i palliativa registret där statistisk över olika kvalitetsindikatorer kan tas fram. Under 2020 har 26 förväntade dödsfall registrerats och varit grunden för årets statistik.

Kontroll av munhälsa sker vid inflyttning samt uppföljning var tredje månad. Om identifierad risk skapas en vårdplan med planerade åtgärder. Riskbedömningarna förs in i senior-alert.

Natt- och dygnsfasta har registrerats och sammanställts på alla boende 2 gånger under året. I november hade 68% av de boende en nattfasta som översteg 11 timmar. Av dessa 68% saknade 55 % en dokumenterad plan för att miska på nattfastan. Resultatet har tagits upp på HSL-möte med förbättringsförslag, och sedan vidare till teammöten på alla avdelningar.

## Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att förhindra smittspridning av Covid-19 har Attendos och smittskydd Stockholms rutiner följts. Rekommenderad skyddsutrustning har funnits att tillgå. Den 30 april införde Attendo att munskydd skulle bäras vid allt patientnära arbete. I december infördes både munskydd och visir i allt arbete.

Fallavvikelse tas upp på kvalitetsmöten. Vid återkommande fall hos en och samma boende görs en fallkonferens i teamet där man söker anledningar till att det blivit fler fall. Det upprättas en åtgärdsplan för att minska risken för återkommande fall. Uppföljning görs i team där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal ingår. Sjukgymnast och arbetsterapeut informeras om alla fall som sker och gör uppföljningar så snart som möjligt och dokumenterar om åtgärder och uppföljningar i hälsoplan för fall. Om det finns fallförebyggande åtgärder som kan vidtas för att undvika ytterligare fall så görs de snarast, typ rörelselarm med olika placeringar, bättre skor, tillsyn, hjälpmedel mm. All sjuksköterskor ska kunna hantera larmcentralen för att patienten/brukaren snabbare ska få ett adekvat larm utifrån nytillkomna behov. I vissa fall har fallen en medicinsk orsak som tex läkemedelsbehandling eller sjukdomstillstånd då läkare kopplas in för åtgärd.

Varannan vecka är det HSL-möte i verksamheten i syfte att bedriva optimalt patientsäkerhetsarbete.

Under hösten har sjuksköterskorna fått läsbehörighet i Take Care och kan där se till exempel läkarens rondanteckningar och provresultat.

Planeringen för omvårdnadsarbetet läggs in i mobil omsorg, MO. Där synliggörs det vilka patienter/brukar som har läkemedel och vid vilka tidpunkter och att de ska signeras. Signering sker dock separat på på signeringslistor.



Kullens två värderingscoacher har under året använt sina kunskaper i att vägleda och stötta sina kollegor i arbetet med syfte att skapa ett ökat välbefinnande hos brukarna/patienterna. På varje arbetsplatsträff finns en stående punkt ”värderingar” där förhållningssätt och attityder tas upp.

Samtliga ordinarie omvårdnadspersonal har under året genomgått utbildning i Basala Hygienrutiner samt haft möjlighet att göra webutbildningar i dokumentation, GDPR, IBIC, Livsmedelshygien, och måltidsmiljö. Två sjuksköterskor har gått arbetsledarutbildning under 2020.

Vid behov används BPSD-registret. Bedömningar görs då i tvärproffsionella team bestående av de personal som känner boende bäst.

Palliativa ombuden har inte haft några fysiska träffar under året på grund av personalbrist och mötesrestriktioner.

Sjuksköterskorna har fått tid avsatt för att strukturera upp och komplettera HSL-journalerna. Genomgångar på HSL-möte för att skapa en enhetlig dokumentation.

Läkemedelsgenomgångar erbjuds årligen där patientansvarig läkare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson träffas med den boende och ev. närstående för att diskutera boendes medicinska status samt aktuell läkemedelsbehandling. När det har varit besöksförbud har anhöriga erbjudits att delta via telefon eller digitalt möte.

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

Kullen har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

Egenkontroll görs årligen vilket innebär att ledningsgruppen tillsammans med alla yrkeskategorier besvarar frågor som Attendos kvalitetsutvecklare har skapat kring verksamhetens kvalitetsarbete.

Årlig apoteksgranskning utfördes men utan att besök inne på boendes rum gjordes. Den sammanfattade bedömningen var att läkemedelshanteringen på Kullen fungerar bra, men kan göras ännu bättre. En åtgärdsbedömning lämnades med tips och rekommendationer för att göra läkemedelshanteringen säkrare och för att användas i det fortsatta kvalitetsarbetet.

Den årliga hygienronden som initieras av kommunens MAS och utförs av vårdhygien Stockholms län landsting ställdes in pga besöksförbud. Däremot medverkade hygienssjuksköterska och MAS vid en genomgång av hur smittspridningen av Covid-19 såg ut på enheten under våren, och observerade hur avdelningarna och arbetet med att förhindra smittspridning såg ut. Identifiering av risker och rekommendationer från hygienssjuksköterska utmynnade i nya rutiner som delgavs personal skriftligt och muntligt. Hygienombud finns på varje avdelning och är ansvariga att åtgärdsplanerna utförs och att rutiner efterföljs.

Punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och korrekt arbetsdräkt utfördes vecka 11-12 och vecka 40-41.

Journalgranskning av samtliga HSL-journaler utfördes av kvalitetsamordnare, se under granskning av dokumentation.

All personal har fått visa upp intyg på att de gjort webbutbildning i basala hygienrutiner, en gång under våren och även under december månad.

Socialstyrelsen gjorde en brukarundersökning om vad de äldre tycker om äldreomsorgen. 83 % av de boende (eller/och närstående) svarade att de som helhet var nöjda med vården/omsorgen på Kullen, att jämföra med kommunens två övriga boenden som hade resultat på 84 resp 62%. Förbättringsområden som uppmärksammades i undersökningen var att endast 46% visste var de skulle vända sig med synpunkter och klagomål, 30% besvärar av ensamhet. 87 % tycker att det är lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov och 43% tycker att det är lätt att få träffa läkare vid behov.

### Öppna jämförelser – Socialstyrelsen

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelse upplever 65 % av de boende på Kullen att personalen oftast eller alltid har tid för att kunna utföra sitt arbete jämfört med kommunens andra boende 84 resp 45%. 96 % känner att personalen bemöter dem på ett bra sätt (100% resp 77% på övriga boende).

67% tycker att de kan påverka när de får hjälp av personalen (73% resp 33% på övriga boenden), 84 % (94% resp 60% på övriga boenden) tycker att personalen oftast eller alltid tar hänsyn till hur hjälpen ska utföras.

## Granskning av dokumentationen

Journalssystemet Safe-doc används av all personal på enheten. Beroende på personaltillhörighet dokumenteras det enligt Hälso- och sjukvårdslagen eller enligt Socialtjänstlagen. HSL-personal dokumenterar enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef granskar journal var tredje månad, identifierar brister och tar kontakt med berörd personal.

Resultat i journalgranskningen som utförs årligen av kvalitetssamordnare i Attendo visade på bristfällig HSL-dokumentation, resultatet blev underkänt 77%. De största bristerna som identifierades var:

*Aktuell hälsoplan med bedömningar, behov,mål, åtgärder och uppföljningar saknas:45%*

*Aktuell inkontinensbedömning saknas: 45 %*

*Aktuell trycksårsbedömning saknas: 50 %*

*Aktuell fallrisk saknas: 40 %*

*Aktuell nutritionsbedömning saknas: 40%*

*Kontaktman saknas:40 %*

Samma procentresultat som föregående år trots utbildningstillfällen och avsatt tid för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor att se över dokumentationen. Efter granskningen gjordes en åtgärdsplan och journalerna har kompletterats. På HSL-möten har dokumentationen diskuterats för att dokumentationen ska ske likvärdigt. En dokumentationsansvarig sjuksköterska har utsetts.

## Samverkan

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

Kullen har sjuksköterskor dygnet runt, året runt. Capio Legesvisitten har läkaransvaret och patientansvarig läkare kommer till Kullen och har rond en gång per vecka och finns tillgänglig via telefon vardagar mellan 08,00-17:00. I början av pandemin beslöt Capio Legesvisitten att gå från fysiska ronder till telefonronder för att i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer minska på smittspridningen. Resterande tid av dygnet och helger är det Capio Legesvisittens säbojour som har läkaransvaret.

Samverkan sker regelbundet med kommunens MAS (var sjätte vecka) och Attendos MAS vid behov. Möte med Capio Legevisitten sker två gånger per år och vid behov. Under 2020 har flera möten skett på digitala mötesforum och beroende på uppkomna situationer i och med pandemin skett med tätare intervaller.

Frisk mun var i början på året upphandlad tandläkarorganisation med uppdrag att utföra nödvändig tandvård och tandhygienistbehandlingar. I juni gick Frisk mun i konkurs och upphandlingen gick då till Folktandvården. På grund av besöksförbud och av smittskyddsskäl har de inte utfört regelbunda munhälsokontroller utan endast akuta behandlingar.

Fotvårdsspecialist har sin lokal på Kullen och finns tillgänglig dagtid. Samverkan med verksamhetschef minst 2 gånger per år.

Legitimerad medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Regelbundna teammöten hålls på varje avdelning med OAS, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och fysioterapeut. Eventuella fall och medicinska avvikelser tar upp under dessa möten.

Kullen samverkar också internt i olika rådsfunktioner med alla yrkeskategorier kontinuerligt. Det finns kvalitetsråd, kostråd, närståenderåd, hygienråd, dokumentationsråd och aktivitetsråd.

Sjuksköterskorna har varannan vecka HSL-möte tillsammans med rehab-gruppen.

## Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

I avvikelssystemet Attendo Add ingår riskbedömning som del av varje avvikelse. Skattning av allvarlighetsgrad och sannolikheten att händelsen upprepas görs av rapportören och den som följer upp.

Kvalitetsrådet träffas varje månad och arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys gått igenom. Risk och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

En riskanalys görs exempelvis

- Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarliga händelser i en specifik situation.
- Vid organisationsförändringar.
- Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys.

Flera olika riskanalyser gjordes med anledning av spridningen av Covid-19, bla hur verksamheten skulle kunna bedriva god och säker vård med minskad personalstyrka relaterat till sjukskrivningar.

Risikanalyser under 2020:

- Spridning av Covid-19 i verksamheten.
- Nytt utbrott av Covid-19 under semesterperioden.
- Värmebölja under sommaren, och hur patienters/brukares välmående skulle kunna optimeras, även med nya restriktioner som bland annat inte tillät fläktar i allmänna utrymmen.
- Hög sjukfrånvaro bland personalen.

## Rapporteringskyldighet

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

En händelserapport skall fyllas i när något avviker från planerade insatser eller rutiner. Oftast är händelserna knutna till någon brukare t.ex. att brukaren inte fått sina mediciner, har ramlat, vid hot och våld situationer, vid synpunkter och klagomål samt fel och brister.

Händelsen rapporteras omedelbart muntligen till tjänstgörande sjuksköterska som ska göra en första bedömning.

Händelser knutna till brukaren ska, förutom händelserapporten, dokumenteras i brukarens omvårdnadsjournal och den sociala dokumentationen. Samtliga händelser ska ha individuella åtgärder.

Den som upptäcker händelsen ansvarar för att rapporten skrivs in i Add, digitalt kvalitetssystem. All personal som arbetar på enheten har tillgång till att rapportera händelser i avvikelssystemet.

Om det uppstår **en allvarlig eller särskild händelse** ska denna hanteras skyndsamt. Informera alltid verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef om händelsen omgående. Exempel på allvarlig händelse:

1. En avvikelse enligt Hälso- och sjukvårdslagen HSL som kan bli en Lex Maria.
2. Ett allvarligt missförhållande i omvårdnaden som ska utredas enligt Lex Sarah.
3. En allvarlig hot- och våldssituation.
4. Ett allvarligt klagomål.

Verksamhetschefen bedömer allvarlighetsgraden och meddelar berörd medarbetare eller delegerar vidare för åtgärd. Vid allvarlig händelse kontaktar verksamhetschef Attendos MAS, regionschef, Ekerö kommuns MAS och HSL-samordnande sjuksköterska på Kullen. En utredning startas. Om MAS och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarligare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria.

Händelseanalys och dess resultat skickas till kommunens och Attendos MAS. Delges även till medarbetare på nästkommande arbetsplatsmöte. Återkoppling sker till berörda. Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

En händelse med utgången vacciner föranledde en utredning och åtgärder som rapporterades till kommunens MAS och till kvalitetsutvecklare/MAS i Attendo. Ett uppföljande möte ägde rum med sjuksköterskor på Kullen och kommunens MAS.

Inga Lex Maria har inkommit under 2020.

## Synpunkter och klagomål

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

För att kunna utveckla verksamheten är det viktigt att ta till vara på de synpunkter som boende och närstående framför. Blanketten ”vi vill bli bättre” finns i varje boendes välkomstmateriel.

Verksamhetschefens och biträdande verksamhetschefens telefonnummer finns även med. Kullen har en transparent verksamhet och arbetar skyndsamt med att åtgärda och följa upp eventuella synpunkter och klagomål. All personal får regelbundet information om ämnet på arbetsplatsträffarna. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling ska alltid ske snarast till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta omedelbart till överordnad chef, MAS för vidare utredning/ bedömning.

Inga allvarliga klagomål har lämnats 2020.

## Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Vi använder Attendos kvalitetssystem till att sammanställa, utvärdera och förbättra de avvikelser som inkommer till Attendo Kullen. Statistik dras ut från kvalitetssystemet och diskuteras vid dem olika rådsfunktionerna som finns på Kullen.

## Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Läkemedelsgenomgång sker en gång/år med patient/brukare, patientansvarig läkare, sjuksköterska och kontaktperson. Om patient/brukare samtycker inbjuds närstående att delta, under de tider då besöksförbud har gällt har närstående erbjudits att delta via telefon eller digitalt mötesforum.

När en vårdskada eller risk för vårdskada uppstår informeras patient/brukare och om denne medgiver, även närstående. Vid uppstått behov bjuds patient/brukare och närstående in för diskussion och framtida planering.

För att anhöriga ska kunna vara mer delaktig har Attendo Nära införts, en app där anhöriga kan ta del av bilder och aktuella händelser från den boendes vardag.

## Uppföljning av informationssäkerheten

På Kullen använder varje medarbetare personlig inloggning i datorn för att komma i först systemet. Sedan går man in i nästa system med ny inloggning för att kunna dokumentera och journalföra. Varje medarbetare har endast tillgång till de patientjournaler som dem arbetar med. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med alla boende på huset och har därför tillgång att dokumentera i alla boendes journaler. När boende flyttar ut från Kullen av en eller annan orsak inaktiveras journalen av HSL-ansvarig sjuksköterska och stänger därmed tillgången journalen. I övriga system som sjuksköterskorna arbetar kring är Palliativa registret, Senior Alert, Symfoni och Pascal loggar man in med sitt personliga SITHS-kort

Biträdande verksamhetschef går in minst en gång per månad och utför loggkontroll av journalsystemet. Behovs- och riskanalys för tilldelning av behörigheter i journalsystem sker i samband med nyanställning eller vid behov. Personal ges bara behörighet till den avdelning man arbetar på och alla har sin egen inloggning för att kunna spåras i journalsystemet.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Godkänd HSL-dokumentation, med ett resultat på godkänd nivå, minst 90 % enligt Attendos granskningsmall vid granskning uppfylldes inte. Utbildning genomfördes med kvalitetsutvecklare och stickprov i journaler gjordes. Trots detta blev resultatet för granskningen underkänd, 77%.

Att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal. Under 2020 nåddes inte dessa resultat, validerad smärtskattning fanns dokumenterade i 50 % journaler, 19,2% av journalerna hade en dokumenterad munhälsobedömning.

Resultatet visar på ett stort antal ökade fall under 2020. Detta beror till stor del på att ett fåtal boende står för en stor andel av fallen. Trots att alla riskbedömningar är gjorda och åtgärder vidtagna är fallen många. Som ett resultat till åtgärder kan ses att endast ett fall har lett till fraktur. Målet att minska antal fall är inte uppfyllt, och belyser vikten av ett fallpreventivt arbete som försätter under kommande år.

Minskade läkemedelssigneringar har minskat med 8 % under 2020. Målet med ytterliggare åtgärder finns kvar inför kommande planering.

## Övergripande Mål för kommande år

Målet att nå godkänt resultat på dokumentationsgranskningen av HSL-journaler kvarstår. Dokumentation tas regelbundet upp på HSL-möten, OAS fortsätter att se över sina journaler så att de uppfyller de krav som ställs. Aktuella riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår ska finnas dokumenterade i journalen hos alla boende, 100%

Fortsätta det fallpreventiva arbetet och minska fallen med 10%. Alla boende med identifierad fallrisk ska ha en åtgärdsplan för detta, och tas upp på teammöte för att aktualisera vilka insatser som ska göras.

Även att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall kvarstår, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal. Palliativa ombuden ska kunna återuppta sina träffar och fortsätta att arbeta med mål att få all personal att använda smärtskattningsinstrument. Tas upp regelbundet på HSL-möten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar.

Som en del av palliativa registrets målsättningar finns att erbjuda anhöriga efterlevandesamtal. Detta finns numera som en punkt i checklistan som ifylles av sjuksköterska när boende avlidit. HSL-samordnande sjuksköterska granskar dokumentationen och påminner OAS om det saknas dokumenterat erbjudande. Målet är att alla anhöriga, 100% ska erbjudas efterlevandesamtal.

Minska antalet missade läkemedelssigneringar. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska sammanställer antalet missade signeringar varje månad tas kontakt med samordnare som i

mobil omsorg kan se vilken personal som inte har signerat och sjuksköterskan kan utbilda aktuell personal i vikten att signera.

Minska ofrivillig nattfastan hos boende till att 60% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Kostombud på varje avdelning ser till att det finns näringsriktiga shots/smoothies att erbjuda innan natten i samband med kväll/nattmedicin. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan.