

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

Göran Forslund/verksamhetschef

Mallen är anpassad av Carema Care utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

På Fruängsgården har vi under året kompetensutvecklat personalen genom ett antal olika utbildningar och föreläsningar.

Team-möten ska ske på varje avdelning varje vecka. Där deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal.

Leg. personal använder bedömningsinstrumenten för fall, nutrition, munhälsa, psykisk status och riskbedömningar.

Rehab.personal gör förflyttning och hjälpmedelsbedömning på alla nyinflyttade.

Leg. personal upprättar vårdplaner och dokumenterar i Vodoc.

Vi har haft stora utbildningsinsatser för omvårdadspersonalen för att säkerställa dokumentationen i ParaSol.

Avvikelser ska dokumenteras i Qualimax och följas upp omgående.

Kvalitetsindikatorer redovisas till både SDFs MAS och Caremas kvalitetsutvecklare/MAS.

Vi har ankomstsamtal med alla nyinflyttade och uppföljningssamtal.

Vi har ”närståendefika” avdelningsvis.

Information om verksamheten och våra aktiviteter har skickats ut till alla närstående kvartalsvis.

Vi informerar redan vid inflyttning om vår rutin för klagomålshantering. Allvarliga klagomål rapporteras alltid vidare till uppdragsgivaren.

Vi har ett mycket gott samarbete med SDF och Team Äldre doktorn.

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är Carema Cares ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Carema Cares ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Carema Care ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Målet för vår verksamhet under 2012 har varit att fortsätta utveckla vårt arbete utifrån Caremas ledningssystem Qualimax. Att bibehålla vår certifiering av ISO 9001:2008. Fortsätta vårt arbete med att vidareutveckla vår verksamhet och se till att vårt koncept ”Den Goda Dagen” och våra värderingar följs.

Vi har utbildat all personal i konceptet. Vi uppdaterar ständigt våra lokalrutiner och följer upp detta på APT och i Kvalitetsråd. Allt detta med målet att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD på Carema Care har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets- miljö och arbetsmiljörelaterade åtgärder inom regionen.

I de fall Carema Care har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar Carema Cares MAS för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När kommunen har uppdraget att inneha MAS funktion efterlevs kommunens riktlinjer. Där Carema Care inte har MAS funktionen är det företags kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitetsarbete.

MAS upprättar och utvärderar kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

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 omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Carema Cares rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelse rapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet har befogenhet att besluta om kvalitetshöjande åtgärder.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas dock minst två gånger/år.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerlig utvärderas dock minst två gånger/år.

På Fruängsgården har vi haft kvalitetsråd varje månad. Deltagare har varit verksamhetschef, leg. personal och omvårdnadspersonal. Vi har gått igenom avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag. Vi har gått igenom resultaten från olika tillsyner och gjort åtgärdsplaner. Under hösten har riskbedömningar enligt det systematiska arbetsmiljöarbetet gjort på samtliga kunder. Besiktning av liftar och sängar sker varje år.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

MAS har under 2012 reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

MAS/kvalitetsutvecklare har under året tydliggjort vikten av tidig rapportering vid eventuell risk för vårdskada för att påbörja snabb utredning och upprätta krav på åtgärder och tidsplan.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under 2012 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

Samtliga verksamheter ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret.

På Fruängsgården har många av personalen under året gjort SLL Vårdhygiens E-utbildningen Basala hygienrutiner samt Demensförbundets E-utbildning Demensens ABC.

Hygienrond genomfördes i april 2012. Hygiensjuksköterska har även utbildat omvårdnadspersonal i smittspridning och förhållningssätt vid specifika infektioner.

Apotekets genomgång av läkemedelsförrådet och hantering av läkemedel på Fruängsgården utfördes i september 2012.

Nationell Trycksårsmätning skedde på samtliga kunder i mars och oktober 2012.

Kartläggning av hälso- och sjukvård utfördes oktober 2012 av SDFs MAS.

Sjuksköterskorna registrerar avlidna i Palliativa registret.

Registreringen i Senior alert påbörjades november 2012.

Vi har haft utbildningar för sjuksköterskorna: I dokumentationssystemet Vodok, Vård i livets slut, Nutrition, Läkemedelshantering, Senior alert och Palliativa registret.

Vi har utbildat arbetsterapeuter och sjukgymnaster i Senior Alert och dokumentationssystemet Vodok.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2012, maj och november.

Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare. Frågorna besvaras i Q-maxit, Carema Cares IT-stöd för ledningssystemet Qualimax.

Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Utifrån egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i Förbättringsloggen i Q-maxit. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför kvalitetstillsyn.

Kvalitetstillsyn genomförs årligen av MAS/kvalitetsutvecklaren. Kvalitetstillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Fruängsgården arbetar vi ständigt med förbättringsåtgärder efter ISO-revisioner, egenkontroller och olika inspektioner i avvikelssystemet och Förbättringsloggen. Detta följs upp i ledningsgruppen, kvalitetsråd, sjuksköterskemöte, rehabmöten och arbetsplatsträffar.

.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

Under 2012 har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Fruängsgården finns ett samverkansavtal med Team Äldredoktorn som ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt.

Ansvarig läkare är Dr Henry Gomez.

Läkaren är på Fruängsgården två dagar/vecka.

Övrig tid ansvarar jourhavande läkare på Team Äldre doktorn.

Samverkan med uppdragsgivare

MAS/kvalitetsutvecklaren har under 2012 haft regelbundna samverkansmöten med uppdragsgivarens MAS då man följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Fruängsgården har vi haft två uppföljningar och samverkansmöten under året, deltagare har varit flera representanter från uppdragsgivaren, regionschef och verksamhetschef.

Vi har haft SUR-uppföljning .

Vi har också haft oanmälda tillsynsbesök både dag- och natt.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Uppföljningar av hälso- och sjukvårdsinsatser sker dagligen vid morgonrapport. Teammöten 1 ggr/v där legitimerad personal tillsammans med omvårdnadspersonal följer upp för varje boende.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Fruängsgården görs preventionsbedömningar av legitimerad personal.

Det gäller nutrition, fallprevention, munhälsa, trycksår, psykisk status, förflyttning, hjälpmedelsbehov och ADL. Från detta upprättas vårdplaner.

Vid inflyttning görs riskbedömning, säkerhet för kund.

Medicinsktekniska produkter kontrolleras regelbundet.

Brandskyddskontroller görs varje månad.

Egenkontroll Livsmedelshygien följs.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Alla medarbetare har kunskap om hur Carema Cares rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelser bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

På Fruängsgården har verksamhetschef, gruppchefer och legitimerad personal dokumenterat avvikelser i Qualimax. Detta följs sedan upp i olika forum som kvalitetsråd, ledningsgrupp och APT.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Alla medarbetare har kunskap om Carema Cares hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

På Fruängsgården finns synpunkter/klagomålblankett med i Välkomstmappen.

Anslag om klagomålshantering och blanketter finns på alla avdelning och i Närståendepärmar. Brevlådor finns uppsatta i varje entré.

Alla klagomål/synpunkter hanteras omgående och återkopplas.

Alla klagomål/synpunkter registreras i Qualimax.

HSL-avvikelser dokumenteras även i Vodoc.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla synpunkter/klagomål hanteras omgående i det forum som lämpar sig bäst. Det kan vara APT, ledningsgrupp, teammöte eller kvalitetsråd. Här ska vi förbättra våra rutiner för att sammanställa klagomål.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 § **Samverkan med patient och närstående**

Carema Care har etablerad samverkan med pensionärsorganisationer samt andra intresseorganisationer.

Carema Care arbetar med närståenderåd på varje verksamhet. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar. För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående.

Carema Care har en kundombudsman. Kundombudsmannen är tillgänglig och tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från våra verksamheter.

På Fruängsgården har våra gruppchefer haft Närståendefika en helg/månad då boende, närstående och personal träffas under lättsamma former.

Verksamhetschef och Aktivitetsansvarig har skickat vår- och höstbrev till alla närstående med information om verksamheten.

Vi har i vår Välkomstmapp med en intresseanmälan för deltagande i Närståenderåd, tyvärr är intresset svalt.

Kundundersökning genomförs varje år för kund och närstående av både Carema och Stockholms Stad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2011	2012
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	-----	115 st		Antal medarbetare som genomfört E-utbildning
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	-----	Totalt antal patienter (vid mättillfället) 122 st		Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal (vid mättillfället) 118 st
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	-----	Antal dokumenterade nutritionsproblem 93 st		Antal dokumenterade omvårdnadsplaner utifrån dokumenterade nutritionsproble m 93 st
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten		122 st	126 st	122 st

Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	Totalt antal avlidna patienter år 2012 46 st	-----	Antal registrerade patienter 2012 24 st
Antal registrerade patienter i Senior Alert		122 st		Antal registrerade patienter 2012 122 st
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria	Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria 1 st

Antal avvikelser tagna från Q-maxit

Frågeställning	2011	2012
Läkemedel		
Utebliven dos	32	20
Dubbel dos		2
Felaktigt iordningsställande		
Förväxling	1	
Utebliven signering	1	4
Fall		
Fall i verksamheten	195	135
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	11	3
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	13	10
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	-	1

Övergripande mål och strategier för 2013 är

att fortsätta arbetet med patientsäkerhet och kvalitetsarbete.

att utbilda samliga gruppchefer och medlemmar i kvalitetsrådet i Qualimax.

att utbilda minst 50% av omvårdnadspersonalen att skriva avvikelse direkt i avvikelsemodulen i Qualimax.

att konsekvent dokumentera i Senior alert och Palliativa registret för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

att kvalitetsindikatorerna i Vodoc är tillförlitliga och ger en rättvisande bild av sjuksköterskornas dokumentation.