

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-02-29

Charlotte Haggren och Ylva Strand

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

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	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

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

Linnegårdens viktigaste åtgärder för att öka patientsäkerheten under 2011 har varit att tydliggöra rollfördelningar mellan personalkategorier och kommunicera kring dessa, speciellt kring gruppchefer och sjuksköterskor.

Vidare finns fasta omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på varje våningsplan som arbetar tillsammans med omvårdnadspersonalen för att höja kompetensnivån ute på vårdplanen och interna utbildningar med sjuksköterskor ang. omvårdnad för omvårdnadspersonalen planeras i 2012.

Regelbundna sjuksköterskemöten har genomförts under 2011. Från början en gång i veckan därefter 2 ggr. per månad. Sjuksköterskor och gruppchefer har träffats 1 gång per månad vid handledningstillfällen för att öka samarbetet.

För att öka patientsäkerheten har lokala rutiner utarbetats och implementerats i personalgrupperna.

Vi arbetar också mot noll tolerans av trycksår. Finns sår är det alltid omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har huvudansvaret. Biolight används som ett komplement

Riskbedömningar utförs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska inom 7 dagar då boende flyttar in på Linnégården, finns det en risk upprättas handlingsplan.

All personal skall skriva avvikelser. Detta görs av personal i pappersform och förs därefter in i två olika system Qualimax och Vodok av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Avvikelseerna behandlas både på kvalitetsrådet, sjuksköterskemöten och teammöten.

Klagomål/Synpunkter hanteras direkt antingen med en muntlig eller skriftlig återkoppling. Dessa skall också behandlas i kvalitetsrådet och tas även upp på arbetsplatsträffar.

Förtroenderåd finns som träffas 4 gånger per år. Målet är att det skall finnas en representant från varje plan. Det finns även en kontaktperson från pensionärsrådet, representanter från lokalpolitikerna och stadsdelen som deltar vid dessa möten. Anhörigmöten anordnas 2 gånger per år och har mot slutet av 2011 varit planvis. Detta för att lättare få igång diskussioner i mindre grupp och få en närmare kontakt. 2 gånger per år anordnas sociala sammankomster för anhöriga

Det viktigaste målet för 2011 har varit att när boende flyttar in på Linnégården och även avslutar sitt liv skall känna en trygghet och att vi bemöter boende och anhöriga på ett respektfullt och värdigt sätt.

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

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.

Linnegårdens mål och strategier under 2011 är att tydliggöra roller inom olika personalkategorier, kompetenshöjning samt implementering av lokala rutiner och främjande av teamsamarbetet runt de boende med kontaktmannen som spindeln i nätet.

Få fungerande teammöten på varje plan. Kvalitetsråd som arbetar kontinuerligt med förbättringsärenden i Qualimax.

Arbeta mot noll tolerans av uppkomst av trycksår.

Alla boende ska känna sig väl bemötta och få en god och säker omvårdnad.

Arbeta för att olika yrkeskategorierna vet sin roll i varje skede. alla vid vård i livets slutskede skall få en lugn, smärtfri och ångestfri död samt att anhöriga är informerade och väl insatta i processen och de

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

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 verksamhetsche-

fens 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 målfyllelse fortlöpande utvärderas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur vårdskador mäts och hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp.

Beskriv struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.

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 allvariga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarig 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 avvikelserapporter, 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.

På Linnegården har kvalitetsrådet samlats varje månad. Där ingår medarbetare från alla yrkeskategorier. Där arbetar vi systematiskt med förbättringsarbete och avvikelserapporter, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag följs upp.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier. Text nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

MAS har under 2011 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 2011 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Legitimerad personal har under 2011 vidare utbildats i ett preventivt förhållningssätt och där arbetssättet innebär att hela teamets kompetens tillvaratas.

Under 2011 har Carema Care beslutat att samtliga enheter ska delta i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår.

Det har även fattats beslut om att samtliga enheter ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret.

På Linnégården har hälso- och sjukvårdspersonalen deltagit i nationell prevalensmätning av trycksår. Sjuksköterskor har också deltagit i utbildning i diabetes och sårvård och samarbetat med den dietist, anställd under 2011 i projekt.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

Egenkontrollen kan innefatta:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister,
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler och annan dokumentation mm,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av patientnämndsärenden,
- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter.

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2011, 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.

Under 2011 har metoden och verktyget för egenkontroll och kvalitetstillsyn utvecklats och kvalitetssäkrats av kvalitetsavdelningen.

På Linnegården tar vi alltid upp resultatet från egenkontrollen på kvalitetsrådet och arbetsplatsträff. Resultatet tas också upp i ledningsgruppen med respektive gruppchef som för det vidare till sitt plan.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Beskriv vilka processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada samt hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

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 2011 har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Linnégården har Proffice ombesörjt läkarbehovet på Linnegården. Ansvarig läkare är i tjänst måndag till fredag 8,00-17,00 och en jourorganisation övrig tid via Curera. Ansvarig läkare har kommit till verksamheten 2 ggr per vecka. Verksamhetschef har haft samverkansmöte med verksamhetschef för Proffice 1 gg under 2011.

Samverkan med uppdragsgivare

MAS/kvalitetsutvecklaren har under 2011 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 Linnégården har MAS/kvalitetsutvecklare samverkansmöte med uppdragsgivarens MAS 1 gång per termin. Verksamhetschef har samverkansmöte med uppdragsgivare 4 ggr per år – 4 möten har avvecklats 2011 – i tillägg rapporteras bemanning och personalsituation 1 gg per månad.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

På Linnégården sker samverkan med omsorgsmedarbetare delvis individuellt via åtminstone 2 vårdplaneringar per boende per år och via möten med all HSL personal och gruppchefer 1 gång per månad. Varje morgon och eftermiddag rapport mellan sjuksköterska och omsorgspersonal och 1 gång i veckan rapport mellan omsorgspersonal och paramedicinsk personal. Varje mor-

gon rapport mellan sjuksköterska och paramedicinare. Teamträffar 1 gg var 10:e dag.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

På Linnegården gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömningar och uppföljningar av MNA (nutrition) via modifierad nortonskala , fallriskbedömning via Down ton fall risk index. Munvårdsbedömning erbjuds av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och görs även av Dentomed AB och Oralcare. Adl-bedömning görs på alla nya boende av arbetsterapeut. Avvikelser leder alltid till en handlingsplan för åtgärder. Alla medarbetare skall ha kunskap om Mas riktlinjer och under 2011 har dessa kompletterats med lokala rutiner.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

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 allvariga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

På Linnégården har avvikelshantering hanterats löpande via Qualimax. Alla medarbetare har fått information angående riktlinjer om Lex Sarah och Lex Maria.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Socialstyrelsen som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas.

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 allvarigt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

På Linnégården hanteras klagomål och synpunkter enligt gången ovan. Avvikelse behandlas alltid i kvalitetsrådet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Beskriv hur inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

På Linnegården hanteras inkomna rapporter, synpunkter på kvalitetsrådet och i samverkan med stadsdelen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

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 Cares kundvägledare har till och med 31 oktober funnits tillgänglig för råd och stöd.

Den 1 november 2011 inrättade Carema Care funktionen kundombudsman. Kundombudsmannen är tillgänglig och tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från våra verksamheter.

På Linnegården sker samverkan med patient och närstående via bo-råd/förtroenderåd 4 gånger per år som leds av verksamhetschefen och består av närstående, representanter från lokalpolitiken och PRO. Har i tillägg närståendemöten på avdelningarna 2 gånger per år i tillägg till närståendeträffar 2 ggr per år. Under 2011 har 4 förtroenderåd avvecklats i kombination med ett närståendemöte Samverkan med kunden sker via ankomstsamtal 14 dagar efter inflytt med gruppchef, kontaktperson, rehab och omvårdnadsansvarig sjuk-sköterska närvarande. VPL erbjuds 2 ggr per år minst och vid behov.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Beskriv vilka resultat som har uppnåtts.

Strukturmått utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

Måluppfyllelse dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

På Linnégården

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2010	2011
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	-----	90	-----	0
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	-----	86	-----	86
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	-----	86		86
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på enheten		86		86
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	33	-----	0
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		0	1

Antal avvikelser tagna från Qualimax

Frågeställning	2010	2011
Läkemedel		41
Utebliven dos		31
Dubbel dos		1
Felaktigt iordningsställande		6
Förväxling		1
Utebliven signering		2
Fall		
Fall i verksamheten		167
Frakturer pga fall (räknas manuellt)		7
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål		7
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten		0

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2012 skall Linnegården ISO-certifieras och Silviacertifieras. Vi kommer att fortsätta arbeta med det kvalitetsarbetet vi påbörjat vilket inkluderar att förstärka ledningsgruppen.