
Patientsäkerhetsberättelse för Kristallgården

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

Charlotta Nilsson 2014-02-28

Mallen är anpassad av Vardaga AB utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall

Innehållsförteckning

Sida 3	Sammanfattning
Sida 4	Övergripande mål och strategier
Sida 4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Sida 5	Struktur för uppföljning/utvärdering
Sida 6	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Sida 7	Uppföljning genom egenkontroll
Sida 8	Samverkan för att förebygga vårdskador
Sida 9	Risikanalys
Sida 9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
Sida 10	Hantering av klagomål och synpunkter
Sida 10	Sammanställning och analys
Sida 10	Samverkan med patienter och närstående
Sida 12	Resultat
Sida 13	Övergripande mål och strategier för kommande år

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

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL.

Där Vardaga har ansvar för att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

På Kristallgården har vi under 2013 genomfört företagets egenkontroll vid två tillfällen, maj och november. Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att vi arbetar utifrån de lagar och rutiner som styr verksamheten och att identifiera förbättringsområden.

Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare har genomfört kvalitetstillsyn. Denna tillsyn är också en kontroll av att vi efterlever våra riktlinjer och rutiner.

Vi registrerar i Palliativa Registret och påbörjade under andra hälften av 2013 också registrering i Senior Alert.

Vi rapporterar varje månad HSL-indikatorer till MAS i Älvsjö Stadsdel.

HSL-personal utför preventionsbedömningar och riskbedömningar på alla patienter. Detta sker inom 14 dagar efter inflyttning och vid förändringar i hälsotillståndet.

Vi har genomfört regelbundna teammöten.

Kunder och närstående erbjuds ankomstsamtal samt uppföljande vårdplaneringar minst två gånger/år.

Infektionsregistrering sker månadsvis.

Klagomål och synpunkter hanteras/åtgärdas skyndsamt.

Kristallgården ISO-certificerades (kvalitet) för andra gången under 2013.

Medarbetare har utbildats i avvikelshanteringens process samt att alla medarbetare har utbildats för att direkt registrera avvikelser i vårt IT-stöd för detta.

Övergripande mål och strategier

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

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

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

Kristallgårdens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet 2013 har varit:

- Att påbörja registreringen i kvalitetsregistret, Senior Alert – handlingsplan upprättades för införandet av detta och registrering har påbörjats.
- Att alla medarbetare själv skulle registrera avvikelser/synpunkter i Qualimax – utbildningar för alla har genomförts och målet uppfylldes.
- Fortsatt arbete med ISO – Avvikelser från revision är åtgärdade och certifikat finns.

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 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 Vardaga har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar Vardagas 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 ansvarar för MAS funktion efterlevs

kommunens riktlinjer. Där Vardaga inte ansvarar för MAS funktionen är det företagets kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitet.

MAS upprättar och utvärderar riktlinjer 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 effektivitet. 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 insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Kristallgården leds av en verksamhetschef som har sjuksköterskekompetens. Det finns också en enhetschef och tre gruppchefer. Enhetschefen och två gruppchefer har ansvar för omvårdnadspersonalen och en gruppchef (sjuksköterska) har ansvar för HSL-personalen. Ledningsgruppen består av verksamhetschef, enhetschef och gruppcheferna. Varje kund har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också fungerar som arbetsledare för omvårdnaden på sin respektive avdelning. Varje kund har också en egen kontaktman (omvårdnadspersonal). Varje avdelning har teammöte två-fyra gånger/månad. Vid teammöte deltar omvårdnadspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till 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 beslutar 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.

Förutom preventionsbedömningar enligt ovanstående utförs också riskbedömning för varje kund avseende miljöaspekter som kan äventyra patientsäkerheten. Om risker identifieras utformas en handlingsplan.

Vid teammöten diskuteras varje kund utifrån de mål som är uppsatta i omvårdnads- och/eller genomförandeplan, utvärdering genomförs och eventuellt nya mål utformas. Om det finns behov utförs nya riskbedömningar/preventionsbedömningar.

Alla medarbetare på Kristallgården kan lägga in en avvikelse elektroniskt i vårt avvikelssystem. Kristallgårdens kvalitetsråd, som består av representanter från alla yrkeskategorier, har haft möte en gång/månad. Vid kvalitetsrådet har vi gått igenom förra månadens statistik för avvikelser, vi har diskuterat/följt upp inkomna klagomål och synpunkter och vidare har vi tagit upp allvarliga avvikelser eller avvikelser som är av sådan karaktär att vi haft behov att ändra på något i våra rutiner för att säkra kvaliteten/patientsäkerheten.

Vi har utformat en rutin för hur uppföljningen av våra avvikelser ska gå till.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

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

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

Under året 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.

Kristallgården har under 2013 deltagit i PPM-studier gällande trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner.

Sjuksköterskorna har under hela året registrerat i Palliativa registret och registrering i Senior Alert har påbörjats under andra hälften av året.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts två gånger under det gångna året, maj och november.

Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare. Frågorna besvaras i Q-maxit, IT-stödet 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 tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Kristallgården genomfördes egenkontroll två gånger under 2013, i maj och i november. Kvalitetstillsyn av Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare genomfördes i april. De förbättringsområden som identifierats vid dessa kontroller och tillsyn dokumenteras i Förbättringslogg och åtgärdas enligt fastställd tidsram.

Varje månad registreras förekomst av vårdrelaterade infektioner enligt rekommendation från Vårdhygien – rapporteras till Smittskydd.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer registreras månadsvis och rapporteras till MAS i Älvsjö Stadsdel.

Vi genomför loggkontroll av dokumentationssystemet, på vårdtagare och på legitimerad personal.

Vi har haft ISO-revision, verksamhetsuppföljning av Älvsjö Stadsdel, apoteksgranskning av vårt läkemedelsförråd, inspektioner från Livsmedelshygien och Arbetsmiljöverket samt Kund/Närståendeundersökning.

Avvikelser/synpunkter/förbättringsförslag från dessa olika revisioner, tillsyner och uppföljningar dokumenteras också i Förbättringsloggen och följs upp vid våra olika mötesforum.

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.

I vissa fall har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Kristallgården är det Team Äldredoktorn som ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt. Det finns en särskilt utsedd läkare som besöker verksamheten 2 gånger/vecka samt vid akuta behov dagtid, övrig tid anlitas Team Äldredoktors jour.

Vi har haft möten med läkarorganisationen på Kristallgården vid flera tillfällen under år 2013.

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamhetschefen (och MAS i vissa fall) har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov har 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.

Kristallgården har en väl fungerande samverkan med Älvsjö Stadsdel, vår uppdragsgivare. Verksamhetschef träffar verksamhetsområdeschef för äldreomsorgen i Älvsjö SD med regelbundenhet.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

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

Kristallgården har teammöten på varje enhet 2-4 gånger/månad. Vid teammötet deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt ibland också gruppchef. Mötet följer en särskild agenda så att det säkerställs att omvårdnadsplaner, rehabplaner och genomförandeplaner alltid är aktuella

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För varje kund som flyttar in på Kristallgården utförs en riskanalys, dels utifrån arbetsmiljöperspektiv dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Om risker upptäcks utformas handlingsplaner för enskild kund.

Vi har haft brandskyddsinspektion.

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 Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare.

På Kristallgården har vi som rutin att varje avvikelse, gäller om de ej är allvarliga, ska handläggas inom sju dagar. Vid allvarliga avvikelser meddelas verksamhetschef omedelbart och handläggning/utredning påörjas omedelbart.

Avvikelserna har diskuterats vid teammöten och Kvalitetsråd.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om Vardagas 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 Kristallgården utreds varje klagomål och synpunkt snarast. Varje klagomål, oavsett varifrån det kommit, registreras i vårt avvikelssystem.

Allvarliga klagomål rapporteras omedelbart till uppdragsgivaren.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Kvalitetsrådet går varje månad igenom statistik för föregående månad över inkomna klagomål och synpunkter. Varje klagomål behandlas också enskilt för att säkerställa att eventuella brister i verksamheten upptäcks.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Vardaga arbetar med boende- och 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.

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

Kristallgården har bjudit in till Närståendeträff. Vårt Närståenderåd som bildades under 2012 blev vi tvungna att avveckla, p.g.a. för få representanter, men försök att bilda ett nytt Närståenderåd fortsätter oavbrutet.

När kund flyttar in på Kristallgården erbjuds ett ankomstsamtal, även närstående erbjuds medverka om kund så önskar, därefter erbjuds vårdplaneringssamtal senast var sjätte månad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2012	2013
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	HSL- och omv.personal	60 tsv-anställda	0	60
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	HSL-personal	45 (Omv.journaler kontrollerade vid specifikt mätdatum)	48 (av 49)	44
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	HSL-personal	45	32 (av 39)	44
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten	Omv.personal i genomförandeplan	49	30 (av 48)	45
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	HSL-personal	34	30	26
Antal registrerade patienter i Senior Alert	HSL-personal		0	18
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		0	0

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit

	2012	2013
Läkemedel		
Utebliven dos	19	24
Dubbel dos	3	4
Felaktigt iordningsställande	14	15
Förväxling	5	11
Utebliven signering	3	12
Fall		
Fall i verksamheten	77	94
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	2	3
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	56	65
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	1	0

Antalet avvikelser har ökat något som ett resultat av att alla medarbetare erhållit utbildning i hur man registrerar avvikelser i vårt IT-stöd samt att förståelsen för vad en avvikelse egentligen innebär har diskuterats.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Kristallgården ska fortsätta utveckla de processer som pågår för att säkra patientsäkerhetsarbetet.

Ett nytt IT-stöd för avvikelshantering har alldeles nyligen införts och utbildning för alla medarbetare ska ske samt att vi ska fördela uppföljningsarbetet för våra avvikelser så att omvårdnadsansvarig sjuksköterska följer upp och dokumenterar åtgärder på de avvikelser som berör de kunder de är omvårdnadsansvarig för.