



2014 års patientsäkerhetsberättelse Kristallgården

Datum och ansvarig för innehållet

2014-01-15

Mirta Vidal Löwenhielm

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

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	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

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 insatserna är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Vardaga tog över Kristallgården (f.d. Älvsjö Sjukhem) 1/10 2010. Kristallgården består av 53 somatiska platser samt 8 korttidsplatser. Verksamhetschef Mirta Vidal-Löwenhielm tillträdde augusti 2014.

Kristallgården haft sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,5 årsarbetare och arbetsterapeut 1 årsarbetare.

Vidtagna åtgärder för att öka patientsäkerhet under 2014

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2014 i maj och i november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som verksamhetschef besvarat tillsammans med sjuksköterskor och gruppchefer. Frågorna besvarades i Qmaxit, Vardagas it-stöd för ledningssystemet Qualimax.

Kristallgården ISO-certifierades för tredje året i rad 2014.

Vi har hygienråd som arbetar kring följsamhet i basala hygienrutiner tillsammans med hygienombud på varje avdelning.

Teammöten hålls kontinuerligt där omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabpersonal deltar och varje boende lyfts fram i ett tvärprofessionellt samarbete.

Legitimerad personal utför också bedömningar gällande munhälsa, inkontinens, nutrition, ADL, förflyttningar och hjälpmedelsbehov. Utifrån resultaten av bedömningarna upprättas funktionsbevarande omvårdnadsplaner och rehabiliteringsplaner som följs upp kontinuerligt, detta dokumenteras i Senior Alert samt i dokumentationssystemet Vodok. Omvårdnadsplaner uppdateras var 6:e månad eller vid förändring av den boendes status.

Läkaren håller läkemedelsgenomgångar som innefattar bland annat årsprov och undersökning av läkare samt vid behov symtomskattning gjord av kontaktmannen och sjuksköterskan.

Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom ankomstsamtal och vårdplanering som utförs vid statusförändringar.

Verksamhetschefen och gruppchefen utför uppföljningar gällande den dagliga dokumentationen och rapporteringen från omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna och vikten av att ha en aktuell status och levande dokumentation har tagits upp med all personal.

Sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt verksamhetschef dokumenterar alla risker, tillbud, negativa händelser och övriga synpunkter som framkommer i kvalitetssystemet Qualimax, där avvikelser dokumenteras i Q-Maxit. Avvikelser överförs även till Förbättringsloggen i kvalitetssystemet där uppföljning av avvikelser sker kontinuerligt vid Kristallgårdens kvalitetsråd. Vi deltar i PPM angående trycksår och kvalitetsuppföljningar avseende HSL, både internt och externt.

Tillsyn har skett från intern MAS samt apotekets granskning. Båda är en kontroll av efterlevnad av riktlinjer, rutiner och uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Patientsäkerhetsarbetet har varit väl synligt för såväl personal som närstående genom att olika teman har tagits upp på arbetsplatsträffar, närståenderåd samt kvalitetsråd.

Kristallgården registrerar i Palliativa registret.

Övergripande mål och strategi

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.

Mål för 2014 avseende kvalitet och patientsäkerhet har varit:

Målet vad gäller patientsäkerheten är att identifiera risker så tidigt som möjligt. Genom att följa gällande riktlinjer för riskbedömningar identifieras skador eller risk för skador tidigt. De riskbedömningar som sjuksköterskan gör är Nortonbedömning, MNA, munhälsobedömning, fallriskbedömning. Den boende har även erbjudits munhälsobedömning. Nödvändig tandvård samt tandhygienistbehandling utförs av Oral Care.
Att bibehålla ISO-certifikat enligt ISO 9001:2008 .

Kompetenshöjning av medarbetare genom utbildning som ökar patientsäkerheten t ex basal handhygien, livsmedelsutbildning samt kontaktmanskap.

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 företags 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 och fyra gruppchefer. Tre gruppchefer har ansvar för omsorgspersonal och en gruppchef (sjuksköterska) har ansvar för HSL-personalen. Ledningsgruppen består av verksamhetschef 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. På teammötet 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.

Medarbetare på Kristallgården kan lägga in en avvikelse i vårt avvikelssystem. Kristallgårdens kvalitetsråd består av representanter från alla yrkeskategorier. Vid kvalitetsrådet har vi gått igenom 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.

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 ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret. Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår i Senior Alert.

Kristallgården har under 2014 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.

Medarbetare på Kristallgården har haft en genomgång samt diskussion om Lex Maria och Lex Sara under 2014.

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 bl.a. 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 2014, i maj och i november. Kvalitetstillsyn av Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare genomfördes i februari. De förbättringsområden som identifierats vid dessa kontroller och tillsyn dokumenteras i Förbättringslogg och åtgärdas.

Varje månad registreras förekomst av vårdrelaterade infektioner enligt rekommendation från Vårdhygien och rapporteras varje kvartal till Smittskyddsinstitutet enligt överenskommelse.

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

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

Vi har haft ISO-revision, verksamhetsuppföljning av Älvsjö Stadsdel och apoteksgranskning av vårt läkemedelsförråd.

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 1 gång/vecka samt vid akuta behov dagtid, övrig tid anlitas Team Äldredoktors jour.

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 inkommit. Kristallgården har en väl fungerande samverkan med Älvsjö Stadsdel, vår uppdragsgivare.

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 avdelning 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. Brandkontrollanterna utför en brandrond varje månad. Protokoll sätts in i brandpärmen. Personal har gått brandutbildning under 2014.

Medicintekniska produkter kontrolleras regelbundet enligt gällande rutin.

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 för varje avvikelse gäller om den inte är allvarlig, att den ska handläggas så fort som möjligt. Vid allvarliga avvikelser meddelas verksamhetschef omedelbart och handläggning/utredning påbörjas direkt. På arbetsplatsträff har vi gått igenom hur man går tillväga för att anmäla missförhållanden eller risk för missförhållande.

Avvikelserna har diskuterats vid teammöten och på 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 kommer, registreras i vårt avvikelssystem. Allvarliga klagomål rapporteras omedelbart till uppdragsgivaren.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Kvalitetsrådet går 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 två gånger under 2014. Vårt Närståenderåd som bildades under 2012 blev vi tvungna att avveckla, p.g.a. för få intresserade, men försök att bilda ett nytt Närståenderåd fortsätter kontinuerligt.

När kund flyttar in på Kristallgården erbjuds ett ankomstsamtal, även närstående erbjuds medverka om kund så önskar.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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

Frågeställning	2014
Läkemedel	
Utebliven dos	17
Dubbel dos	1
Felaktigt iordningsställande	3
Förväxling	3
Utebliven signering	2
Fall	
Fall i verksamheten	49
Frakturer p.g.a. fall	7
Trycksår	
Trycksår uppkomna inom verksamheten	8
Synpunkter och klagomål	
Synpunkter och klagomål	46