



2014 års patientsäkerhetsberättelse för Fruängsgården hus-B vob

Datum och ansvarig för innehållet

2014-12-31

Göran Forslund

Verksamhetschef

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

Innehållsförteckning

Sammanfattning	sid 3
Övergripande mål och strategier	sid 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	sid 4
Struktur för uppföljning/utvärdering	sid 5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	sid 6
Uppföljning genom egenkontroll	sid 7
Samverkan för att förebygga vårdskador	sid 8
Riskanalys	sid 8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	sid 9
Hantering av klagomål och synpunkter	sid 9
Sammanställning och analys	sid 10
Samverkan med patienter och närstående	sid 10
Resultat	sid 11
Övergripande mål och strategier för kommande år	sid 11

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 att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Egenkontroll gjordes två gånger under året, i maj och november, och de legitimerade medarbetarna var delaktiga i svaren av HSL-frågorna.

Kvalitetsgranskning gjordes av Vardagas kvalitetsutvecklare maj och november.

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

I samarbete med Stockholms stad/Omvårdnadslyftet har ett antal medarbetare utbildat sig till undersköterskor. Under andra halvåret har verksamheten finansierat utbildningarna själva.

Team-möten sker varje vecka på varje våning. Där deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Team-mötena fungerar bättre än tidigare år men på grund av sjuksköterskevakanser händer det att sjuksköterska uteblir från möten.

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

Rehab.personal gör förflyttning och hjälpmedelsbedömning på alla nyinflyttade.

Legitimerad personal upprättar vårdplaner och dokumenterar i Vodoc. För att rapportering och ordinationer till omvårdnadspersonalen ska bli tydligare finns en utvecklingspotential för sjuksköterskorna att oftare dokumentera i ParaSol.

Avvikelse dokumenteras i nya Q-maxit av omvårdnadspersonal och målet för kommande år är att även sjuksköterskorna dokumenterar avvikelser och följer upp.

Kvalitetsindikatorer och infektionsrapportering redovisas till både Sdf:s MAS och Vardagas kvalitetsutvecklare/MAS.

Vi har ankomstsamtal med alla nyinflyttade och uppföljningssamtal.

Vi har "närståendefika" avdelningsvis en helg/månad. Synpunkter från närstående fångas upp vid dessa träffar eller genom andra kontakter.

Kvartalsbrev med information om verksamheten och våra aktiviteter har skickats ut till alla närståendekontinuerligt under året.

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

Samarbetet med Team Äldredoktorn behöver utvecklas.

Alla HSL-journaler i Vodoc "städas" under hösten inför övergång till Vodoc ICF i januari.

Endast ett fåtal registreringar har gjorts i Senior Alert och Palliativa registret pga att många av sjuksköterskorna är nya och inte har behärskat systemen.

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.

Målet för verksamheten under 2014 har varit

att minska på fallskador

att identifiera risk för undernäring genom kost och måltidsregistrering enligt styrdokumentet

att fortsätta utveckla arbetet utifrån Vardagas ledningssystem Qualimax,

att bibehålla vår certifiering av ISO 9001:2008,

att fortsätta arbetet med att vidareutveckla det nya konceptet ”Den Goda Dagen”

att Vardagas värderingar följs.

Enhetschef har haft genomgång av det nya konceptet Den Goda Dagen med alla personalgrupper.

De lokala rutinerna följs upp och revideras vid behov och tas i förekommande fall upp i kvalitetsrådet.

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.

Verksamhetschefen har god kunskap om verksamheten och svarar på frågorna i egenkontrollen. Vid osäkerhet görs kontroll och vissa frågor lyfts i möten med HSL-personal. Vid delvis eller ej uppfyllt jobbar vi med frågan i förbättringsloggen.

De legitimerade medarbetarnas ansvar är att följa upp att rutiner följs, lokala som företagsövergripande och rapportera till verksamhetschef vid brister. Avvikelser rapporteras i Q-maxit.

Omvårdnadspersonal utför vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering och ska följa de rutiner som finns samt rapportera avvikelser i Q-maxit.

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.

Kvalitetsrådet träffas en gång i månaden. Deltagare är verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag går igenom och vid behov uppdateras eller nya rutiner införs.

Resultaten från inspektioner går igenom och åtgärdsplaner upprättas.

Riskbedömningar enligt det systematiska arbetsmiljöarbetet är uppdaterade hos samtliga kunder. Besiktning av liftar och sängar har gjorts.

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.

Nya riktlinjer och rutiner från MAS tas upp på möten med legitimerad personal.

Kvalitetsindikatorer rapporteras varje månad till MAS och uppdragsgivare.

Infektionsstatistik följs upp och rapporteras kvartalsvis till MAS. Vid utbrott av smittsamma sjukdomar följs företagets styrdokument.

Som om en följd av MRSA spridning 2013 har skärpta hygienrutiner införts vilket följdes upp av Vårdhygien i en hygienrond i juni. Det konstaterades att stora förbättringar gjorts.

MRSA spårning från föregående års spridning har gett negativa resultat vid provtagning. Efter smittspårning i december tas ställning till om kontrollerna ska glesas ut.

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

Verksamheter deltog inte i PPM-studien gällande trycksår och fall i oktober.

Knappt några registreringar har gjorts i Senior Alert och i Palliativa registret eftersom nästan hela sjuksköterskegruppen är nya och inte behärskat kvalitetssystemen.

Vi registrerar inte i BPSD-registret.

Apoteket har gjort granskning i februari med ett fåtal påpekanden.

Miljö och hälsa har gjort inspektion i november, utan anmärkningar

De medarbetare som saknade hygienutbildning har gjort Vardagas webbaserade hygienutbildning.

Alla legitimerade medarbetare har fått utbildning som förberedelse till införande av ICF.

Alla legitimerade medarbetare har fått utbildning i Vodoc och förändringar i samband med införande av Vodoc 2.0 och ICF.

Övriga utbildningar för någon eller flera paramedicinarna har varit: FaR-Fysisk aktivitet på recept 7,5 hp GIH, MI-motivational interviewing 7,5hp GIH, Lär känna dina selar Hjälpmedelscentralen, Förflyttning med personlyft 2 dagar HMC Göteborg, ETAC rullstolsryggutbildning, Tyngdtäckesutbildning HMC, Höftbälteskurs, Aktivitetsvetenskap 15 hp,

115 boende har vaccinerats sig mot den årliga influensan.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts två gånger under året i 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.

Förbättringsåtgärder från Egenkontroll och granskning har tagits upp på möten med legitimerad personal för förtydligande av rutiner eller utarbetande av nya rutiner. Dessa protokollförs och följs upp på senare möten.

Eftersom flertalet av alla sjuksköterskor är nya och inte behärskat Vodoc vid anställning har det förekommit brister i dokumentationen. All HSL-personal hade under hösten utbildning med stadsdelens Vodoc ansvarig samt en genomgång av det kommande ICF.

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.

MAS/kvalitetsutvecklaren har haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

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

Ansvarig läkare är Dr Rachel Gille.

Läkaren är på Fruängsgården två dagar/vecka, måndag och torsdag.

Övrig tid ansvarar jourhavande läkare på Team Äldre doktorn.

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamhetschefen (och MAS i vissa fall) har under året haft 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.

Två möten med uppdragsgivaren Hägersten-Liljeholmen sdf har ägt rum under året.

Avtalsuppföljning på våren samt en uppföljning till hösten.

Sdf har gjort två oanmälda besök dagtid under våren samt ett på natten under sommaren.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

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

Detta har i huvudsak skett genom team träffar, oftast varje vecka per våning. Deltagande av sjuksköterskor har i vissa fall varit bristfällig och då främst beroende på vakans av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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 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.

Avvikelser rapporteras i Q-maxit av all personal. Vid behov har avvikelserna tagits upp i kvalitetsrådet för reflektion och diskussion och eventuellt förtydligande av ruiner. Vid mer allvarliga avvikelser hämtas skriftliga redogörelser från alla inblandade om vad som hänt innan beslut om hur vi går vidare tas. Inga avvikelser som lett till anmälan om Lex Sarah har skett under året. En Lex Maria anmälan är gjord.

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.

De flesta synpunkter eller klagomål lämnas på de helgsammankomster som gruppchefer har på våningarna ca varannan månad. I vissa fall har telefonkontakt tagits med verksamhetschef eller enhetschef för att framföra klagomål eller förslag till förbättring. Ytterst få klagomål lämnas skriftligt. Alla synpunkter och klagomål tas omedelbart och dokumenteras i Q-maxit. I förekommande fall tas det upp i kvalitetsrådet för att delge varandra och diskutera förbättringsförslag. Beroende av klagomålets art kontaktas närstående för att erbjuda ett möte för att reda ut det som klagomålet handlar om.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Klagomål från närstående har handlat om deras möjlighet att träffa läkaren. Sjuksköterska kan endast lyfta önskemålet från närstående att de vill ha kontakt med läkare men rör inte över den tid som läkaren har för verksamheten.

Boende har haft synpunkter och också klagat över maten vilket är en betydelse full del i den boende hälsa och att personalen lägger engagemang i måltidssituationen.

Närstående har vid ett tillfälle haft klagomål på bemötande från personal och att vissa rutiner borde förbättras.

Dessa klagomål är också i linje med de brukarundersökningar som gjorts.

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.

När boende flyttar in erbjuds närstående att delta i vårdplanering för att upprätta en genomförandeplan som ska beskriva den boendes vård och omsorg över dygnet. Uppföljning av pågående insatser sker två gånger om året och då närstående erbjuds att delta.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Vårdhygieniska brister fanns i början av året vilket konstaterades i samband med smittspridning av MRSA av samma stam inom en våning. Hygienrond med Vårdhygien visade på brister och krafttag togs för att komma till rätta med detta. En uppföljande i juni visade på klara förbättringar och alla provtagningar under året har varit negativa.

Detta resultat kan ses mot bakgrund av följsamhet av de rutiner som finns och uppföljning av att de efterlevs. I dag finns tre boende med MRSA på två våningar som inte ännu avskrivits.

Den största andelen avvikelser är att boende faller i olika situationer. De dokumenterade avvikelserna är färre än året innan. Alla fall följs upp av sjukgymnast och säkerställs att alla åtgärder som kan vidtas är gjorda. Omständigheter som försvårar för att förhindra fall är regelverket kring skydds- och begränsningsåtgärder.

En Lex Maria-anmälan är gjord efter att en boende fallit ur sängen med fraktur som följd.

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

Frågeställning	2014
Läkemedel	54
Utebliven dos	
Dubbel dos	
Felaktigt iordningsställande	
Förväxling	
Utebliven signering	
Fall	125
Fall i verksamheten	
Frakturer p.g.a. fall	13
Trycksår	
Trycksår uppkomna inom verksamheten	
Synpunkter och klagomål	28
Synpunkter och klagomål	

Övergripande mål och strategier för kommande år

Prioriterat för 2015 är:

att rekrytera sjuksköterskor på vakanta tjänster

att alla sjuksköterskor dokumenterar avvikelser i Q-maxit

att alla sjuksköterskor lär sig dokumentera enligt ICF