

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-18

Ewa Lundqvist verksamhetschef

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

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. 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 en lördag/månad.

Vår- och höstbrev med information om verksamheten och våra aktiviteter har skickats ut till alla närstående, detta ska från 2012 ske 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 Äldredoktorn.

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 2011 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 lokala rutiner 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 målfyllelse 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 allvarig 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 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 gjorts 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 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 Fruängsgården har många av personalen under året gjort SLL Vårdhygiens E-utbildningen Basala hygienrutiner samt Demensförbundets E-utbildning Demensens ABC. De som inte gjort dessa utbildningar ska genomföra dem under 2012. Hygiensjuksköterska har utbildat en avdelning och samtliga gruppchefer i smittspridning.

Nationell Trycksårsmätning skedde på samtliga kunder i mars 2011.

Sjuksköterskorna har sedan november börjat registrera alla avlidna i Palliativa registret.

Vi har haft olika utbildningar för sjuksköterskorna t.ex.

Vård i livets slut, Trycksår, Förskrivningsrätt, Psykisk ohälsa, Gastrostomi, Salutogent arbetssätt m.m.

Uppföljning genom egenkontroll

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

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 Fruängsgården arbetar vi med våra förbättringsåtgärder efter ISO-revisioner, Egenkontroller och olika inspektioner i avvikelssystemet och Förbättringsloggen. Detta följs upp i ledningsgruppen, kvalitetsråd och på 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 2011 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.

Han är på Fruängsgården två dagar /vecka.

Övrig tid ansvarar Team Äldredoktors jour för.

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 Fruängsgården har vi haft 2 uppföljning 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.

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 7 kap. 2 § p 5

Avvikelse

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 avvikelsen bedöms allvarlig 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 entre .

Alla klagomål/synpunkter hanteras omgående och återkopplas.

Vi har tyvärr varit lite dåliga på att registrera allt i Qualimax, med det ska bli bättre under 2012. HSL-avvikelser dokumenteras numera 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 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 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

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.

Fruängsgården 2011

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2010	2011
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	-----	120 Antal medarbetare (omvårdn.personal)	-----	Ca 50-55 Antal medarbetare som genomfört E-utbildning (målet 2012 är alla)
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	-----	126 st Totalt antal patienter (vid måttillfället)	-----	123 st Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal (vid måttillfället)
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	-----	28 Antal dokumenterade nutritionsproblem		23 Antal dokumenterade omvårdnadsplaner utifrån dokumenterade nutritionsproblem
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på enheten		126		126
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	65 Totalt antal avlidna patienter år 2011	-----	7 inskrivna i Palliativa registret. (började registrera i registret november 2011)
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		1 Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria	1 Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria

Antal avvikelser tagna från Qualimax

Frågeställning	2010 *	2011
Läkemedel		
Utebliven dos	2	32
Dubbel dos	-	2
Felaktigt iordningsställande	-	-
Förväxling	1	4
Utebliven signering	-	1
Fall		
Fall i verksamheten	199	195
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	7	11
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	13	22
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	-	-

* avvikelshanteringen ej fullständigt inrapporterad i Qualimax

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet för 2012 i vår verksamhet är att fortsätta vårt arbete med patientsäkerhet och kvalitetsarbete. Använda vårt kvalitetsledningssystem ännu bättre. Detta ska ske genom att all personal får ökad kompetens och tydligare ansvarsområden. Vi kommer att följa upp tillsyner och inspektioner kontinuerligt.

Under januari 2012 ska vi skapa nya rutiner för sjuksköterskornas rapportering i Qualimax då det finns avvikelser som är skrivna och utredda men ej inskrivna i systemet. En enhetschef är anställd som ska säkerställa kvalitetsarbetet.

Målet för 2012 är att först utbilda samtliga medlemmar i kvalitetsrådet i Qualimax för att sedan få all personal att rapportera direkt i avvikelssystemet och tydliggöra uppföljningsrutinerna.