
carema care

Patientsäkerhetsberättelse för Kristallgården

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet
2013-01-15 Charlotta Nilsson,
verksamhetschef

Mallen är anpassad av Carema Care utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

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 Kristallgården har vi under 2012 genomfört Egenkontroll vid två tillfällen, maj och november. Syftet med egenkontrollen är att identifiera förbättringsområden och att säkerställa att vi arbetar utifrån de fastställda rutiner som finns.

Carema Cares MAS/kvalitetsutvecklare har genomfört kvalitetstillsyn. Denna tillsyn kontrollerar också att vår verksamhet efterlever de fastställda riktlinjer och rutiner som finns.

Vi har anslutit till Palliativa Registret och registrerat dödsfall som skett på verksamheten.

Efter utbildningsinsatser i slutet av 2011 så har alla medarbetare själva registrerat avvikelser i vårt avvikelssystem. Antalet avvikelser har under 2012 ökat.

HSL-personal utför preventionsbedömningar och riskbedömningar på alla kunder. Detta sker inom 14 dagar efter inflyttning.

Kunder och närstående deltar vid vårdplaneringar.

Infektionsregistrering sker varje månad.

Klagomål och synpunkter från kunder, närstående och övriga hanteras/åtgärdas skyndsamt.

Kristallgården ISO-certificerades i november 2012.

Ett Närståenderåd bildades i slutet av året.

Vi har haft uppföljande hygienrund med hygiensköterska på hela verksamheten.

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.

Förutom Carema Cares övergripande mål hade vi på Kristallgården som mål att från och med 2012 delta i registrering i Palliativa Registret och att alla HSL-avvikelser, förutom att vi dokumenterar dessa i vårt ledningssystem för kvalitet, också skulle dokumentera dessa i VODOK. Vi har kvalitetssäkrat vår verksamhet och i november 2012 erhöll Kristallgården sitt ISO-certifikat enligt ISO 9001:2008.

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 företagets 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 måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Kristallgården leds av en verksamhetschef och har sjuksköterskeutbildning. Det finns fem gruppchefer anställda, fyra stycken för omvårdnadspersonalen och en 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/månad. Vid teammöte deltar alla yrkeskategorier som arbetar runt kunden.

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 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.

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 görs och eventuellt nya mål utformas. Om det finns behov görs 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 2012 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 2012 har vi utsett ett hygienombud på varje avdelning och ett hygienråd har bildats. Hygienrådet leds av en sjuksköterska. Dessa träffas en/månad. Hygienombuden ska ansvara för att säkerställa att vi följer de basala hygienrutinerna samt övrig vårdhygien på respektive avdelning.

Under 2012 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 2012 deltagit i PPM-studier gällande trycksår och vårdrelaterade infektioner. Vi avstod medvetet från PPM-studien angående basala hygienrutiner då vi istället har genomfört en intern kontroll, våra hygienombud har genomfört observationer gällande följsamhet av basala hygienrutiner för övriga medarbetare samt haft utbildning på plats av hygiensköterska.

En av våra sjuksköterskor har gått högskoleutbildning i inkontinensvård.

Sjuksköterskorna registrerar i Palliativa registret, men har ännu inte börjat registrera i Senior Alert.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2012, 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.

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 2012 har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

Den 1/11-2012 bytte Kristallgården läkarorganisation, från TryggHälsa till Team Äldredoktorn. Kristallgården har en särskilt utsedd läkare som besöker verksamheten 2 dagar/vecka samt vid akuta behov. Under jourtid används samma läkarorganisation.

Inför övergången till ny läkarorganisation hade vi uppstartsmöte med TeamÄldredoktorn. Verksamhetschef för läkarorganisationen har deltagit vid Närståendeträff.

Samverkan med uppdragsgivare

MAS/kvalitetsutvecklaren har under 2012 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.

Kristallgården har en väl fungerande samverkan med Älvsjö Stadsdel, vår uppdragsgivare. Verksamhetschef på Kristallgården har träffat verksamhetsområdes chef för äldreomsorgen, Älvsjö SD, regelbundet.

Vid allvarliga klagomål har detta kommunicerats med stadsdelen omedelbart och resultatet av utredningar av klagomålet har också delgivits dem.

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 haft teammöte på varje avdelning 2-4 ggr/månad. Vid teammötena träffas alla yrkeskategorier. Varje kund diskuteras utifrån de aktuella bedömningar och vårdplaner som finns.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För varje kund som flyttar in görs en riskanalys dels utifrån patientsäkerhetsperspektiv dels utifrån arbetsmiljöperspektiv.

Om risker har upptäckts har vi utformat handlingsplaner.

Vi har haft brandinspektion.

Hygiensköterska har ”gått” uppföljande hygienrond.

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 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 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 påbörjas 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 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 Kristallgården utreds varje klagomål och synpunkt snarast. Varje klagomål registreras i vårt avvikelssystem.

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

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

Kristallgården har bjudit in till två Närståendeträffar under 2012 och på hösten 2012 har vi bildat ett Närståenderåd som kommer att träffas fyra gånger/år.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2011	2012
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	HSL- och omv.pers onal	60 tillsvidareanställda	40	0
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	HSL-personal	49	42	48
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	HSL-personal	39	-----	32
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten	Omvårdnadspersonal i Genomförandeplan	48	-----	30
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	43 personer	0	30 personer
Antal registrerade patienter i Senior Alert	-----	-----	0	0
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----	-----	1	0

Antal avvikelser tagna från Q-maxit

Frågeställning	2011 1/10-31/12	2012
Läkemedel		
Utebliven dos	2	19
Dubbel dos	0	3
Felaktigt iordningsställande	0	14
Förväxling	3	5
Utebliven signering	0	3
Fall		
Fall i verksamheten	14	77
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	1	2
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	5	56
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	0	1

Som information angående antalet vid ”Synpunkter och Klagomål” så registreras även positiva synpunkter.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi ska påbörja registrering i Senior Alert.

Vi ska arbeta efter de lokala kvalitetsmål som vi upprättat för Kristallgården.