

vardaga

Patientsäkerhetsberättelse för Fruängsgårdens vob

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

2014-01-08

Göran Forslund

Verksamhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier 2013	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	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

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 under våren.

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.

Team-möten sker varje vecka på varje våning. Där deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Vi har arbetat med att utveckla team-mötena så att alla yrkeskategorier är aktiva.

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 och har som utvecklingsområde att arbeta aktivt med dokumentation i ParaSol.

Avvikelser dokumenteras i nya Q-maxit och följas upp omgående.

Rutiner och flöde i Q-maxit behöver fortsatt aktiv utveckling.

Sjuksköterskor ska registrera ytterligare mer aktivt i Vodoc.

Kvalitetsindikatorer och infektionsrapportering redovisas till både SDFs 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 rapporters 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 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 vår verksamhet under 2013 har varit att fortsätta utveckla vårt arbete utifrån Vardagas ledningssystem Qualimax, att bibehålla vår certifiering av ISO 9001:2008, att fortsätta vårt arbete med att vidareutveckla vår verksamhet och att se till att vårt koncept ”Den Goda Dagen” och våra värderingar följs.

Konceptet Den Goda Dagen har gått igenom med alla personalgrupper på planeringsdagar under våren. Vi uppdaterar ständigt våra lokala rutiner och följer upp detta på APT och i vårt månatliga 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 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 omriktlinjer 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.

Verksamhetschefen går igenom alla frågor i egenkontrollen och genom god kännedom om verksamheten svarar på de frågor där rutiner fungerar bra. Vid tveksamheter eller brister i rutiner tas frågorna upp tillsammans med sjuksköterskor eller sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna för klarläggande och förtydligande av eller upprättande av nya rutiner.

De legitimerade medarbetarnas ansvar är att följa de rutiner som finns, både lokala och företagsövergripande samt rapportera till verksamhetschef vid brister. Avvikelse rapporteras i Q-maxit.

Omvårdnadsmedarbetarna 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.

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 och vid behov uppdaterat/förnyat rutiner.

Vi har gått igenom resultaten från de inspektioner som gjorts och utarbetat åtgärdsplaner.

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/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.

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.

Två kända fall av MRSA-smitta fanns hösten 2013. Vid provtagning i december visade dessa två negativa svar. En boende flyttade in på våning 7 den 12/12 med en känd MRSA. Efter smittspårning 19/12 hade ytterligare en boende på våning 7 MRSA. Den 21/1 fick vi svar att de båda boende på våning 7 hade samma MRSA-stam. Planering för fortsatt smittspårning planeras.

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.

PPM-mätning av följsamhet av hygien och klädregler gjordes under våren. PPM mätning i Senior Alert gjordes under hösten beträffande trycksår.

Vi registrerar alla dödsfall i palliativa registret, däremot så registrerar vi inte i BPSD-registret.

Apoteket har inte gjort någon granskning under 2013 men kommer att göra det kommande år.

Hygienrond av Vårdhygien har inte gjorts under 2013. En genomgång av tidigare protokoll från 2012 ska göras för att säkerställa att alla påpekanden är åtgärdade innan nästa rond.

Sjuksköterskor registrerar i Palliativa registret.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har deltagit i Äldrecentrums nätverksträffar för paramedicinsk personal.

En sjukgymnast har deltagit i en heldagsutbildning i hygien.

De medarbetare som saknade hygienutbildning har gjort Vardagas webbaserade hygienutbildning.

Arbetsterapeuterna har deltagit i utbildning i sittställning i rullstolar och komfortrullstolar.

Alla medarbetare har deltagit i brandutbildning under året.

Den årliga influensa vaccinationen har givits till 92 boende, övriga har tackat nej.

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.

Förbättringsåtgärder från Egenkontroll och granskning har tagits upp på möten med legitimerad personal för förtydligande av ruiner eller utarbetande av nya rutiner. Dessa protokollförs och följs upp på senare möten. Q-maxindex har ökat jämfört med tidigare år. Resultatet av journalgranskning har visat på en utveckling jämfört med tidigare.

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

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.

MAS har haft möte med Team Äldredoktorn under året. Under första halvåret fanns det brister i läkarkontinuiteten med flera vikarier som tjänstgjorde. Därefter anställdes en geriatriker som betydligt förbättrat

samarbetet med Team Äldredoktorn och därmed medfört en ökad patientsäkerhet.

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. Två möten med uppdragsgivaren Hägersten-Liljeholmen sdf har ägt rum under året. Det första under våren där beslut om avtalsförlängning i två år togs samt att det gjordes en verksamhetsuppföljning. Det andra under hösten då en uppföljning gjordes av vårens möte.

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 tidsbrist på grund av sjukvakanser.

Risicanalys

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.

Medicinskt tekniska 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 till sjuksköterska och avvikelsen har under året skrivits in i Q-maxit av verksamhetschef eller gruppchef. Vid behov har avvikelserna tagits upp i kvalitetsrådet för reflektion och förtydligande av ruiner. Vid mer allvarliga avvikelser hämtas skriftliga berättelser från alla inblandade om vad som hänt innan beslut om hur vi går vidare. Inga avvikelser som lett till anmälan om Lex Sarah har skett under året.

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 gruppcheferna 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 om hand och lyfts också upp i kvalitetsrådet för att delge varandra och diskutera förbättringsförslag. I förekommande fall kontaktas vederbörande som framfört något för återkoppling.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Flertalet av de synpunkter som framförts handlar om utevistelse och aktiviteter vilket också de kvalitetsenkäter som gjorts under året också visat. I de allra flesta fall är vår uppfattning att de boendes behov och önskemål avviker från vad närstående anser att deras anhörig har.

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 där också legitimerat personal är med för att fånga upp synpunkter och önskemål om vården av den boende. Uppföljning av pågående insatser sker två gånger om året och då närstående erbjuds att delta.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2012	2013
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	-----	130	-----	Alla
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	-----		118	120
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade	-----		93	44

nutritionsproblem.				
Antal dokumenterade överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten			122	120
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	-----	53 dödsfall 2013	24	38
Antal registrerade patienter i Senior Alert			122	120
Antal Lex Maria anmälningar under året.	-----		1	0

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

Frågeställning	2012	2013
Läkemedel		48
Utebliven dos	20	
Dubbel dos	2	
Felaktigt iordningsställande		
Förväxling		
Utebliven signering	4	
Fall		
Fall i verksamheten	135	196
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	3	6
Synpunkter och klagomål		
Synpunkter och klagomål	10	15
Trycksår		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	1	

Övergripande mål och strategier för kommande år

Prioriterat för 2014 är:

att slutföra rekrytering av sjuksköterskor så att alla tjänster blir tillsatta

att utveckla samarbetet i sjuksköterskegruppen

att utveckla registrering av avvikelser av sjuksköterskor i Vodoc

att alla sjuksköterskor lär sig dokumentera enligt ICF

att alla sjuksköterskor alltid deltar på team möten
att samarbetet mellan paramedicinska gruppen och sjuksköterskor utvecklas
ytterligare
att fortsätta förbättra samarbetet mellan gruppchef och sjuksköterska