



2017 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2018 för Vårdgivare Kristallgården

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-26 Carina Gerhardsson

Reviderad 2017-12-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

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 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

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.

Vardaga tog över Kristallgården (f.d. Älvsjö Sjukhem) 2010-10-01. Kristallgården består sedan sommaren 2017 av 40 somatiska platser samt 5 korttidsplatser.

Kristallgården har sjuksköterskebemanning dygnet runt och under vardagarna finns både Sjukgymnast och arbetsterapeut på plats.

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2017 i maj och i november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som verksamhetschef besvarat tillsammans med sjuksköterskor, medarbetare och gruppchefer. Frågorna besvarades i Qmaxit, Vardagas IT-stöd för ledningssystemet Qualimax. Kristallgården ISO-certifierades för 6:e året i rad 2017. Vi har hygienråd som arbetar kring följsamhet i basala hygienrutiner som en av Kristallgårdens sjuksköterskor är ansvarig för. Sjuksköterskan sammankallar till hygienmöten med hygienombuden för varje avdelning.

Teammöten hålls kontinuerligt där omvårdnadspersonal, sjuksköterska och paramedicin 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 omvårdningsplaner och rehabiliteringsplaner som följs upp kontinuerligt, detta dokumenteras i Senior Alert samt i dokumentationssystemet Vodok. Omvårdningsplaner uppdateras var 6:e månad eller vid förändring av den boendes status.

Läkaren gör läkemedelsgenomgångar och årskontroller en gång per år samt vid behov.

Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom ankomstsamtal, välkomstsamtal och vårdplanering som utförs fortlöpande samt vid statusförändringar.

Verksamhetschefen och gruppchefen utför uppföljningar gällande den dagliga dokumentationen och rapporteringen.

Vårt kvalitetssystem är väl känt av alla medarbetare. Avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit under året har hanterats i vårt kvalitetssystem. Detta bidrar till att upprätthålla hög kvalitet på patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt pågående arbete som kommer fortsätta utvecklas under 2018 för att våra patienter ska få en god och säker vård.

Resultatet från kvalitetstillsyner, egenkontroller och socialstyrelsen brukarundersökning ligger till grunden för våra handlingsplaner och arbetet med patientsäkerheten på Kristallgården.

Sammanfattningen bör även innehålla hur informationssäkerheten har säkerställs i verksamheten utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

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.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6e månad.
- Alla boende där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativa registret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Kristallgårdens övergripande mål under 2017 har varit att ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård. För att nå detta försöker vi kartlägga brister och risker och vi arbetar utifrån Vardagas övergripande strategier för patientsäkerhetsarbetet. Vi upprättar årligen en patientsäkerhetsplan och som ISO certifierad verksamhet följer vi noggrant upp våra olika handlingsplaner och mål. Lika så är vi är noga med årliga till syner så som tillexempel apoteks, livsmedels och brandtillsyn liksom kontroll av liftar, spoldesinfektorer mm.

Enheten har under året haft ökat fokus på registrering i Palliativa registret för att utveckla arbetet med den palliativa vården på enheten. Läkaren har alltid brytpunktsamtal med anhöriga. Under 2018 kommer arbetet med den palliativa vården att fortsätta med utbildning av palliativa ombud på avdelningarna. Hygienrond som genomfördes av Vårdhygien i november visar att arbetet med vårdhygien har gett resultat och följsamheten till de Basala Hygienrutinerna förbättrats på Kristallgården.

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.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån 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 målpuppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

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. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

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.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalite och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering

Avvikelse skrivs av all personal och graderas 1-4. Avvikelse följs upp skyndsamt av gruppchefer och verksamhetschefen. Avvikelse av en allvarigare karaktär eller sådant som man kan se ha förekommit vid flera tillfällen tas upp på kvalitetsrådet. Uppföljningen av avvikelse dokumenteras i Qualimax – alla avvikelse har en egen logg. På Kristallgården har vi kvalitetsråd en gång i månaden, där representanter för samtliga yrkeskategorier och avdelningar deltar. Kvalitetsrådet leds av gruppchefen för HSL eller verksamhetschefen. Representanterna på kvalitetsrådet återkopplar sedan till personalen på den egna avdelningen. Större förändringar/händelser återkopplas även på APT. All personal har möjlighet att läsa uppföljning av de avvikelse som de själva har skrivit.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelse genomförts och återkopplats till ansvariga 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.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativa registret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Alla patienter har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har det yttersta ansvaret för patienten och dess säkerhet. Sjuksköterskan gör riskbedömningar så som fallrisk, nutrition, trycksår och munhälsa i samband med in flytt. Riskbedömningar görs därefter var 6 månad eller oftare vid behov. Vid identifierade risker öppnas omvårdnadsplaner med åtgärder och kontinuerlig utvärdering.

Kristallgården registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och har under året haft ökat fokus på Palliativa registret och palliativ vård, något vi kommer fortsätta arbeta med även nästa år.

Verksamheten deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner, trycksår och munhälsa i Senior Alert.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

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 2017, i maj och i november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av ledningsgruppen i samverkan med medarbetarna för att uppnå en så stor delaktighet som möjligt. Kvalitetstillsyn av Vardagas MAS/kvalitets utvecklare genomfördes i december. De förbättringsområden som identifierats vid egenkontrollerna och interntillsyn överförs automatiskt som ärenden i förbättringsloggan för vidare åtgärdas och dokumentation av dessa.

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

Vi har under 2017 även haft ISO-revision, verksamhetsuppföljning av Älvsjö Stadsdel, apotekstillsyn, hygienrond och kontroll utförd av brandmyndigheten.

Resultaten från enkäter, till syner och granskningar kommuniceras till alla medarbetare på arbetsplatsträffar och i de olika råden. Utifrån resultaten öppnas förbättringsområden som läggs in i förbättringsloggen i Qmaxit där förbättringsarbetet sedan dokumenteras löpande. Uppföljning sker på de olika råden, ledningsgruppens möten och 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.

MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation. På Kristallgården är det Familjeläkarna som ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt sedan juni 2016. Det finns en särskilt utsedd läkare som besöker verksamheten 1 gång/vecka samt vid akuta behov under dagtid, övrig tid anlitas Familjeläkarnas jour.

Kristallgården har, via Älvsjö SDF, en skriftlig överenskommelse mellan kommun och landsting "Samverkan vid in-och utskrivning i sluten och öppenvården". I överenskommelsen framgår det tydligt vem som ansvarar för vad i frågor som t.ex. läkemedel, remisser, informationsöverföring, m.m.

Verksamhetschefen, MAS och vice regionchef har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser, förändringar och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående inkommit.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Varje avdelning har team-möten varannan vecka där alla yrkeskategorier deltar för att forma vården utifrån varje boendes individuellt behov och önskemål. Sjuksköterskan leder dessa möte. Vid statusförändringar görs också uppföljningar och vårdplaneringar där alla berörda yrkesgrupper deltar tillsammans med kunden och som oftast även närstående.

Vid behov följer sjuksköterskan upp team-mötet med ansvarig läkare.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För varje kund som flyttar in på Kristallgården utförs en riskanalys både utifrån arbetsmiljöperspektiv och ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är sjuksköterskan som gör riskbedömningar så som fallrisk, nutrition, trycksår och munhälsa i samband med in flytt. Riskbedömningarna görs därefter var 6 månad eller oftare vid behov. Vid identifierade risker öppnas omvårdnadsplaner med åtgärder och kontinuerlig utvärdering. Även riskbedömningar för den boende så som risk för självskada och för personalens arbetsmiljö i arbete hos den boende, görs inom 14 dagar och uppdateras var 6 månad eller oftare vid behov, handlingsplaner upprättas om risker har identifierats.

En riskanalys görs dock också på verksamhetsnivå/organisatorisk nivå.

Några exempel är:

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering.
- Medarbetare upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld.

- Organisations förändringar, exempelvis omstrukturering av personal eller omprioritering av arbetsuppgifter.
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Enfo, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen. Beskriv hur ni på verksamheten arbetar med informationssäkerheten dvs.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

All personal har tillgång till rapportering av avvikelser och händelser i Q-maxit. Inrapporterade avvikelser följs upp av gruppchef och verksamhetschef, det är alltid verksamhetschef som avslutar en avvikelse.

Alla allvarliga avvikelser går automatiskt direkt till Verksamhets-, region- och affärsområdeschefen via mail för att påskynda handläggningen. Utredning avseende allvarliga händelser/brister görs av Verksamhetschef som rapporterar till uppdragsgivaren, regionchef och MAS.

Varje månad tas statistik ut över rapporterade avvikelser och går igenom på kvalitetsrådet. Alvarligare eller återkommande avvikelser tas också upp i kvalitetsrådet och HSL-möten om analysen visar behov så upprättas en handlingsplan i förbättringsloggan. På APT och ibland avdelningsmöten diskuteras och informeras om nya handlingsplaner/arbetssätt.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut samt går igenom vid ett APT/år. Skriftlig information finns i en säkerhetspärm på varje avdelning.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Vid inflyttning informeras de boende och deras närstående om var man kan vända sig med synpunkter och klagomål samt att Vardaga även har en kundombudsman som man kan vända sig till. Skriftlig information lämnas i välkomstmappen och finns anslagen på anslagstavlor. I entrén finns en brevlåda för inlämnande av synpunkter. I månadsbrevet som verksamhetschef skriver upprepas informationen om synpunktshantering.

Alla medarbetare har kunskap om hanteringen 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 informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren. På Kristallgården utreds varje klagomål och synpunkt snarast. Varje klagomål, oavsett varifrån det kommer, registreras i vårt avvikelssystem.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

På Kristallgården arbetar vi fortlöpande med förbättringsarbetet. Vi använder vårt kvalitetssystem för att sammanställa och utvärdera de avvikelser som inkommer. Avvikelsena analyseras i kvalitetsrådet och på HSL-möten och resultatet diskuteras sedan på APT.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

På Kristallgården möjliggör vi för närstående och anhöriga att medverka i patientarbetet genom en kontinuerlig dialog.

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Både Närståenderådet och boenderådet leds av verksamhetschefen. Närståendeträffar ordnas minst två gånger per år och boenderåd hålls var tredje månad. Under det gångna året har närstående bjudits på både middag och fika tillsammans med de boende.

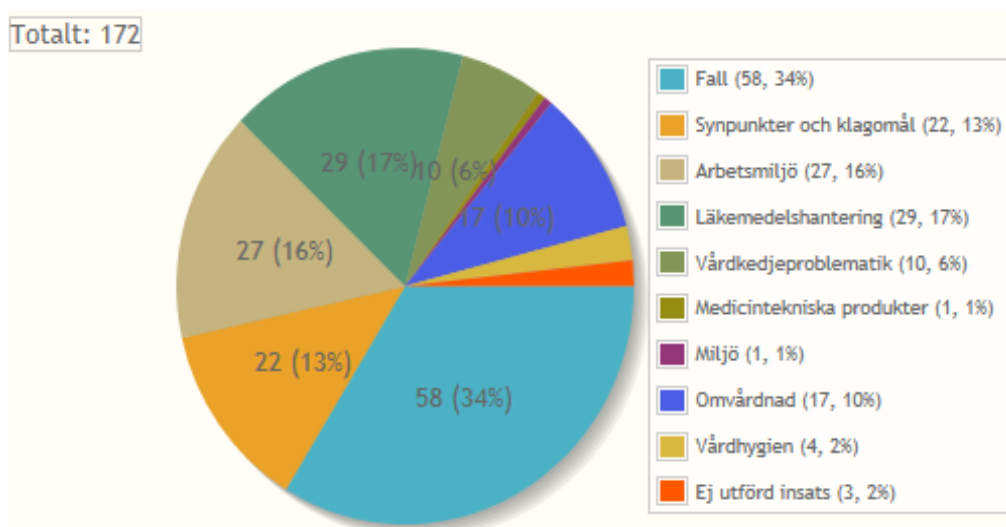
Månadsbrev skrivs av Verksamhetschef med aktuell information om verksamheten.

Anhöriga välkomnas också att delta i aktiviteter såsom tex musikunderhållning, sommarfest och julfirande men också i de dagliga aktiviteterna som vår aktivitetsansvarig håller i.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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



Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	Rutiner och riktlinjer för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	Riskbedömning fall görs av sjuksköterska redan första dygnet. Vid behov installeras rörelselarm efter samtycke från kunden. Fallen gås igenom på kvalitetsrådet och tas upp på team-möten. Ökad uppföljning av mediciner planeras som projekt under 2018.	34% av alla avvikelser under 2017 utgjordes av fall. Totalt registrerades 58 fall, ingen av dessa ledde till fraktur.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	Alla personal gör hygienutbildning 1 gång/år. Självskattning görs två gånger/år Observationer har gjort varje månad sista kvartalet 2017. Hygienrund har genomförts av vårdhygien	Ingen smitta på grund av bristande vårdhygien under 2017. Vårdhygien bedömer att arbetet och följsamheten till de Basala hygienrutinerna gått framåt på Kristallgården. Inga anmärkningar efter hygienronden 2017.
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer	Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.	Information i samband med anställning. Vi följer verksamhetsåret och informerar därmed regelbundet om rapporteringsskyldighet på APT.	Alla händelser har rapporterats under 2017. Ingen händelse har behövts anmäls till IVO under 2017.

Läkemedels- hantering och delegerings- processen	<p>Att alla medarbetare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt • En säker läkemedelshantering 	<p>Korrekt delegeringsförfarande av leg personal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering</p>	<p>Genomgång med OAS och skriftligt kunskapsprov genomförs alltid, även vid förlängning av delegering.</p> <p>Sjuksköterska är delaktig i kvalitetsrådet där vi löpande utvärderar läkemedelshantering och delegeringar.</p> <p>Apoteket granskar varje år vår läkemedelshantering.</p>	<p>17 % av händelser som är inrapporterade 2017 handlar om läkemedelshantering såsom utebliven dos, utebliven signering etc.</p>
Trycksår	<p>Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning • Utbildning i sårvård • Samverkan vid teammöte 	<p>Vi deltar i de årliga punktprevalens-mätningarna.</p> <p>OAS dokumenterar i Vodok. Sjuksköterskan ansvarar för att göra riskbedömning i samband med inskrivning och sätter in åtgärder där det behövs tex antidecubitusmadrass. Riskbedömningarna görs sedan var 6 månad eller oftare vid behov. Medarbetarna dokumenterar riskerna och följer upp det löpande på team-möten.</p>	<p>Inga trycksår har uppkommit på Kristallgården under 2017.</p>
Dokumentation	<p>En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Leg. Personal följer företagets och stadsdelens riktlinjer gällande dokumentation. Utför riskbedömningar och upprättar hälsoplaner.</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>
Vård i livets slut	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. • Dokumentera i en omvårdnadsplan/NVP /LCP 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Sjuksköterskan följer styrdokument som gäller vid livets slutskede som bygger på nationellt vårdprogram för palliativ vård.</p> <p>Brytpunktssamtal, upprättande av palliativ vårdplan. Efterlevnadssamtal erbjuds.</p> <p>Vi registrerar i palliativa registret.</p>	<p>Statistik visar att Kristallgården varit noggranna med att registrera i palliativa registret under 2017. Ombud från varje avdelning har gått utbildning i palliativ vård. Mer omfattande utbildning planeras under 2018.</p>

MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning Nyinflyttade patienter skall bedömas inom tre dygn	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	Vid inflyttning görs kostregistrering i tre dygn samt tas vikt och längd för initiering av MNA initialt. Vid lågt utfall <10 utförs MNA slutbedömning och därmed även hälsoplan och sätter in förebyggande åtgärder tex näringsdryck. Vi har alltid tillgång till konsistensanpassad kost som sjuksköterska kan ordinera.	Boende äter med god aptit på kristallgården. Vi följer konceptet "mat som hemma" som innebär att vi lagar stor del av maten i våra egna kök.
Munhälsa	Alla boende ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Dokumentera i Senior Alert ROAG Handledning och utbildning i munvård	Vi utfärdar tandvårdsintyg och gör munhälsobedömning. Vi dokumenterar i Senior Alert ROAG Oral Care/ folktandvården kommer regelbundet och gör munhälso-bedömning och utfärdar munvårdskort.	Inga avvikelser skrivna under 2017 på munhälsa.
Inkontinens	Alla boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Alla boende får en kartläggning av sina behov av inkontinenshjälpmedel. Vi har inkontinens råd var tredje månad.	Under hösten har ett omtag gjorts kring inkontinens och noggrann uppmärkning har gjorts på alla rum för att säkerställa att rätt skydd används. Lika så har rutiner kring beställning uppdaterats.
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Vid inskrivning får boende godkänna samtycke om kvalitetsregister detta dokumenteras i Vodok.	Alla boende har tillfrågats vid in flytt.
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Vi har team-möten på alla avdelningar varannan vecka, alla yrkesgrupper är representerade. Sjuksköterska leder dessa möten.	Team-mötena har fungerat bra under störstadelen av 2017. Fortsatt arbetet behövs dock med dokumentationen efter mötena.

Patientsäkerhetsplan 2018 för Kristallgården

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2018 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2018 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflyt och över tid (minst var 6e månad)	Vårt mål är att bibehålla de arbetsmetoder och rutiner vi har vid inskrivning av ny boende. Alla ska ha en uppdaterad riskbedömning samt aktuella nutritions, fall, trycksårs och munhälsobedömningar.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Sjuksköterskan upprättar hälsoplan utifrån de risker som identifieras. OAS går igenom varje boende på teammöten för att systematiskt arbeta utifrån de hälsoplaner för att kunna uppnå det avsedda målet.
Fallförebyggande arbete	Samverkan mellan olika yrkeskategorier. Snabb uppföljning vid fall.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Alla sjuksköterskor som arbetar dagtid kommer att gå vårdhygiens utbildning i Basala hygienrutiner under våren 2018. Självskattning och observationer av följsamheten kommer att göras regelbundet. Regelbundna hygienrådsmöten är inplanerade.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Återuppta dokumentations stödjare på varje avdelning.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Kunskapstest ska alltid göras även vid förlängning. Extra utbildning i samband med APT planeras.
Minska läkemedelsavvikelser	Vi kommer att skaffa medicinskåp till alla rum för en säkrare läkemedelshantering och i samband med detta uppdatera våra rutiner kring läkemedelsadministrering.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Information vid nyanställning, APT 1 gång/år och i säkerhetspärm på varje avdelning.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Ett arbetssätt med palliativa ombud på varje avdelning påbörjat. En mer omfattande utbildning planeras under hösten 2018.