



2015 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2016 för Vårdgivare Kristallgården

Datum och ansvarig för innehållet

Ylva Svesse 2016-01-11

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

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
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) 1/10 2010. Kristallgården består av 53 somatiska platser samt 8 korttidsplatser. Verksamhetschef Ylva Svesse tillträdde november 2015.

Kristallgården haft sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,5 årsarbetare och arbetsterapeut 1 års arbetare..

Vidtagna åtgärder för att öka patientsäkerhet under 2015 Egenkontroll har genomförts två gånger under 2015 i maj och i november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som verksamhetschef besvarat tillsammans med sjuksköterskor och gruppchefer. Frågorna besvarades i Qmaxit, Vardagas it-stöd för ledningssystemet Qualimax. Kristallgården ISO-certifierades för 4:e året i rad 2015. Vi har hygienråd som arbetar kring följsamhet i basala hygienrutiner tillsammans med hygienombud på 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 omvårdnadsplaner och rehabiliteringsplaner som följs upp kontinuerligt, detta dokumenteras i Senior Alert samt i dokumentationssystemet Vodok. Omvårdnadsplaner uppdateras var 6:e månad eller vid förändring av den boendes status.

Läkaren håller läkemedelsgenomgångar som innefattar bland annat årsprov och undersökning av läkare samt vid behov symtomskattning gjord av kontaktmannen och sjuksköterskan. Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom ankomst- samtal, välkomstsamtal och vårdplanering som utförs vid statusförändringar. Verksamhetschefen och gruppchefen utför uppföljningar gällande den dagliga dokumentationen och rapporteringen. Vikten av att ha en aktuell status och levande dokumentation har tagits upp med all personal. All legitimerad personal, omvårdnadspersonal och verksamhetschef dokumenterar alla risker, tillbud, negativa händelser och övriga synpunkter som framkommer i kvalitetssystemet Qualimax, där avvikelser dokumenteras i Q-Maxit. Avvikelser överförs även till Förbättringsloggen i kvalitetssystemet där uppföljning av avvikelser sker kontinuerligt vid Kristallgårdens kvalitetsråd. Vi deltar i PPM angående trycksår och kvalitetsuppföljningar avseende HSL, både internt och externt.

Tillsyn har skett från intern MAS samt apotekets granskning. Båda är en kontroll av efterlevnad av riktlinjer, rutiner och uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Patientsäkerhetsarbetet har varit väl synligt för såväl

personal som närstående genom att olika teman har tagits upp på arbetsplatsträffar, närståenderåd samt kvalitetsråd.

Kristallgården registrerar i Palliativa registret

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 omvårdnadsplan upprättad och den ska följas och 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 registreras i Palliativa registret som avlider på boendet.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas Team möten
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt 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 2015 har varit att ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård samt att kartlägga brister och risker för att förebygga vårdskador. Fokus har varit på fallolyckor, undernäring, vårdhygien, samt läkemedelshantering. Att bibehålla ISO-certifikat enligt ISO 9001:2008 . Samtliga boenden på verksamheten har

registrerats i systemet Senior Alert. Andra kvalitetsregister vi dokumenterat i är palliativa registret och infektionsregistret.

Ett annat mål under 2015 har varit att minska smittspridning och infektioner vilket uppnåtts genom internutbildningar, hygienkontroller och hygienrond. All personal har kunskaper i basala hygienrutiner vilket vi kontinuerligt kontrollerar och uppdaterar.

Granskning av verksamheten har skett genom kontinuerliga egenkontroller under året där vi identifierar våra svagheter och använder dessa till att utveckla nya förbättringsområden. Via avvikelseprocessen har risker för vårdskador identifieras, hanterats och följts upp månadsvis via kvalitetsråd och ledningsmöten därefter återkopplats tillbaks till verksamheten samt berörda parter. Alla synpunkter/klagomål från boende/närstående tas alltid på största allvar.

Antal uppföljningar avseende driften av Kristallgården genomfördes av Älvsjö stadsdelsförvaltning, alla med gott resultat.

Kompetenshöjning av medarbetare genom utbildning som ökar patientsäkerheten t ex basal handhygien, livsmedelsutbildning samt kontaktmanskap.

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 (§29) 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 måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivare (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 samt inneha anmälningsansvar för allvarlig vårdskada.

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

Minska vårdrelaterade vårdskador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

Göra en riskanalys (allvarlighetsgrad 1-4) vid varje enskild avvikelse.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. fås genom att ha tydliga rutiner och policys, mätbara HSL-mål i verksamhetsplanen, följa olika kvalitetsindikatorer och att det finns en väl fungerade ledningsgrupp och strukturerade regelbundna möten med Vardagas Medicinskt Ansvarige Sjuksköterska.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i verksamheten:

☐ Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller dom krav och mål enligt HSL och SoL med målet noll vårdskador.

- ☐ Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patientsäker vård genom tydlig mötesstruktur, utveckling teamarbete, ökad delaktighet samt förbättrad kommunikation och informationsöverföring mellan alla involverade parter.
- ☐ Systematisk hantering samt utvärdering av synpunkter och klagomål.
- ☐ Kontinuerligt genomföra samt utveckla nya HSL egenkontroller för att kvalitetssäkra patientsäkerheten.
- ☐ Förankra arbetet med avvikelshantering hos all personal och kvalitetssäkra avvikelshanteringen.
- ☐ Minskning av infektioner och smittspridning.
- ☐ Förebygga och minska risken för undernäring.
- ☐ Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare samt ta tillvara på den befintliga kompetensen som finns i verksamheten med mål att hela tiden utveckla och förbättra.
- ☐ Målet är en utvecklande organisation.
- ☐ Arbeta med att tydliggöra värderingar och värdegrund så att de genomsyrar verksamheten

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 avvikelser 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 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.

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.

På Kristallgården genomfördes egenkontroll två gånger under 2015, i maj och i november. Kvalitetstillsyn av Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare genomfördes i februari. De förbättringsområden som identifierats vid dessa kontroller och tillsyn dokumenteras i Förbättringslogg och åtgärdas.

Varje månad registreras förekomst av vårdrelaterade infektioner enligt rekommendation från Vårdhygien och rapporteras varje kvartal till Smittskyddsinstitutet enligt överenskommelse.

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

Vi genomför loggkontroll av dokumentationssystemet på vårdtagare och på legitimerad personal.

Vi har haft ISO-revision, verksamhetsuppföljning av Älvsjö Stadsdel och apoteksgranskning av vårt läkemedelsförråd.

Avvikelser/synpunkter/förbättringsförslag från dessa olika revisioner, tillsyner och uppföljningar dokumenteras också i Förbättringsloggen och följs upp vid våra olika mötesforum.

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.

I vissa fall har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Kristallgården är det Team Äldredoktorn som ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt. Det finns en särskilt utsedd läkare som besöker verksamheten 2 gånger/vecka samt vid akuta behov dagtid, övrig tid anlitas Team Äldredoktors jour.

Överenskommelse kommun och landsting

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

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 inkommit.

Kristallgården har en väl fungerande samverkan med Älvsjö Stadsdel, vår uppdragsgivare.

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 teammöten på varje avdelning 2-4 gånger/månad. Vid teammötet deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal, rehabpersonal samt ibland också gruppchef. Mötet följer en särskild agenda så att det säkerställs att omvårdnadsplaner, rehabplaner och genomförandeplaner alltid är aktuella.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att den äldre skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En riskanalys innebär att man identifierar olika sannolikheter till att en negativ händelse inträffar.

För varje kund som flyttar in på Kristallgården utförs en riskanalys, dels utifrån arbetsmiljöperspektiv dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Om risker upptäcks utformas handlingsplaner för enskild kund.

Vi har haft brandskyddsinspektion. Brandkontrollanterna utför en brandrond varje månad. Protokoll sätts in i brandpärmen. Personal har gått brandutbildning under.

Medicintekniska produkter kontrolleras regelbundet enligt gällande rutin.

Exempel på när en riskanalys ska göras?

En riskanalys kan göras på verksamhetsnivå och på organisatorisk nivå. Några exempel är:

- ☐ Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering.
- ☐ Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP.
- ☐ Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal.
- ☐ Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter.
- ☐ Vid en händelseanalys görs en riskbedömning av åtgärdsförslagen i händelseanalysen.

Vi genomför riskanalys i olika steg och uppdraget ska alltid ges skriftligt av Verksamhetschef. Verksamhetschef utser ett analysteam som kan utgöras av ombud från verksamhetens ledningsgrupp, kvalitetschef, Mas eller andra lämpliga personer. Den process som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Alla aktiviteter och risker förs in i ett analyschema där en bedömning görs av konsekvens, allvarlighetsgrad och sannolikhet för att risken ska inträffa eller ska inträffa igen. Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas. Riskens storlek ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande och en riskmatrismall (Socialstyrelsens mall) används för detta. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken och en slutrapport ska lämnas till Verksamhetschef som ansvarar för att ärendet följs upp på utsatt datum. Alla åtgärderna ska rikta sig mot de:

Bakomliggande orsakerna

Vara konkreta och realistiska

Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas. En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med att Verksamhetschef, eventuellt i samråd med vice regionchef, regionschef beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

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.

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.

På Kristallgården har vi som rutin att för varje avvikelse gäller om den inte är allvarlig, att den ska handläggas så fort som möjligt. Vid allvarliga avvikelser meddelas verksamhetschef omedelbart och handläggning/utredning påbörjas direkt. På arbetsplatsträff har vi gått igenom hur man går tillväga för att anmäla missförhållanden eller risk för missförhållande. Avvikelserna har diskuterats vid team möten och på kvalitetsråd.

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

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. På Kristallgården utreds varje klagomål och synpunkt snarast. Varje klagomål, oavsett varifrån det kommer, registreras i vårt avvikelssystem.

Allvarliga klagomål rapporteras omedelbart till uppdragsgivaren

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Kvalitetsrådet går 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

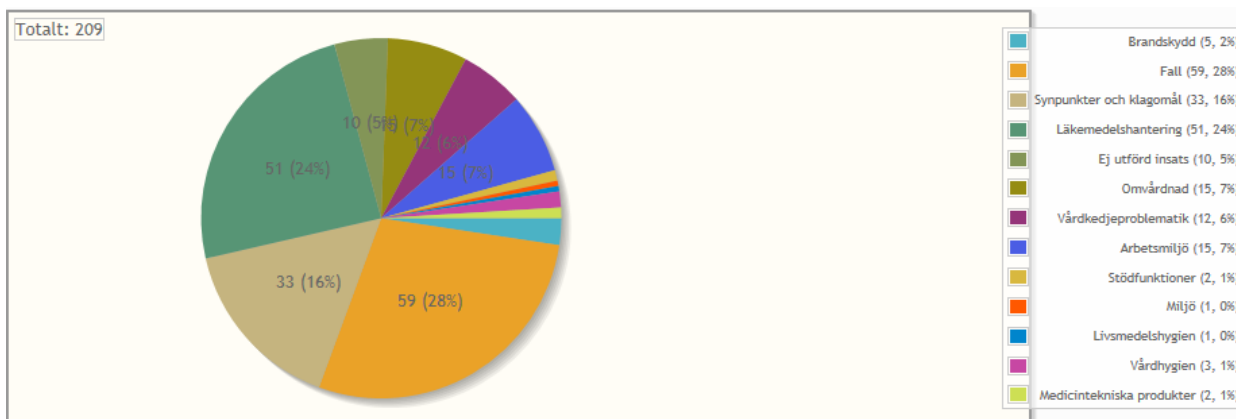
Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

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

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 3

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



Resultat 2015

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.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
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	Installera rörelselarm efter samtycke av boende Sjuksköterskan gör riskbedömning fall direkt vid inskrivning		
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen,	Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg	Internutbildningar, hygienkontroller och hygienrund.	Ingen smitta på grund av bristande hygien i vård- och	

	gällande meddelandeblad och styrdokument	- Kompetens hos all personal - Handledning/utbildning - Självskattning av följsamheten	All personal har kunskaper i basala hygienrutiner vilket vi kontinuerligt kontrollerar och uppdaterar.	omsorg har skett under 2015.	
Rapporteringsskyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer	Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.	Vi följer verksamhetsåret och informerar därmed regelbundet om rapporteringsskyldighet samt Lex Sara och Lex Maria	Alla händelser har rapporterats under året 2015.	
Läkemedels- hantering och delegerings- processen	Att alla medarbetare: - kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt - En säker läkemedelshantering	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör regelbundet uppföljningar på delegeringar hos medarbetarna och säkerställer kompetensen via prov. OAS är delaktig i kvalitetsrådet där vi löpande utvärderar läkemedelshanteringen och delegeringar. Apoteket granskar årligen vår läkemedelshanteringen.	Cirka 24% av händelser som är inrapporterade 2015 handlar om läkemedelshanteringen såsom utebliven dos, utebliven signering etc.	
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	- Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning - Utbildning i	Vi gör årligen punktprevalensmätningar. OAS dokumenterar i Senior Alert. Sjuksköterskan	Inga trycksår har uppkommit på Kristallgården under 2015.	

		sårvård Samverkan vid teammöte	ansvarar för att göra en riskbedömning i samband med inskrivning och sätter därmed omgående in åtgärder där det behövs, t.ex. madrass. Medarbetarna dokumenterar riskerna och följer upp åtgärderna löpande på team möte.		
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Sjuksköterskan/paramedicinaren följer företagets styrdokument och uppdaterar därmed riskanalyserna, status samt vårdplaner 2 gånger/år eller vid förändring.	Under 2015 har vi jobbat mycket med dokumentation/. ICF och vid tillsyn har inga åtgärder efterfrågats gällande dokumentationen.	
Vård i livets slut	- En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. - Dokumentera i en omvårdnadsplan/NVP/LCP	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Sjuksköterskan följer de styrdokument som gäller kring vård i livets slut. Vi registrerar i palliativa registret.		

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 av ny boende görs en kostregistrering i 3 dygn för att få en bild av hur mycket den boende får i sig per dygn. Efter det gör man en riskbedömning kring nutritionen.	Boende äter med god aptit på Kristallgården. Vi har börjat med ”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 gör riskbedömning munhälsa vid inskrivning. Medarbetarna får regelbundet utbildning i munhälsa	Inga avvikelser skrivna under 2015 på munhälsa. Oral Care samt folktandvården kommer regelbundet och gör munhälsobedömningar.	
Inkontinens	Alla boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Vi har regelbundna inkontinensträffar med inkontinensombuden samt förskrivande sjuksköterska för att säkerställa kvaliteten och behoven. Alla boende har sitt inkontinensskydd förskrivet och dokumenterat	Vi arbetar löpande med kvalitetssäkring och har inga avvikelser skrivna kring inkontinens.	

Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Vid in skrivning får boende godkänna samtycke till att vi registrerar i senior alert	Alla boende har delgivit sitt samtycke vid inskrivning	
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 möte . Innan varje pass har vi en läsrappport. Vi har en tydlig rutin vi följer och vi gör regelbundna loggkontroller att det efterlevs.	Har fungerat väl under 2015.	

Rehabiliterade synsätt	Att förbättra boendes egen livskvalitet och funktionsförmåga fysiskt, psykiskt och socialt. Att hjälpa boende nå egen självständighet och delaktighet. Att skapa förutsättningar för egenvård.	Rutiner och riktlinjer Kompetens hos HSL- och övrig personal.	Kristallgården arbetat efter ett salutogent förhållningssätt där vi fokuserar på det friska och vad vi kan bibehålla.	Vi arbetar med boende i centrum och strävar efter att bibehålla det friska friskt!	

Medicinsk Teknisk Produkter	En trygg och säker användning av MTP	Rutiner och riktlinjer för användning av MTP. Anvisningar och manualer ska finnas tillgängligt för personalen. Kompetens hos förskrivare/ordinatörer Handledning/utbildning för all personal.	Handledning av förskrivare/ordinatörer sker kontinuerligt. Besiktning av MTP produkter görs kontinuerligt..	Har fungerat väl under 2015.Inga avvikelser.	
--	--------------------------------------	--	--	--	--

Patientsäkerhetsplan 2016 för verksamheten Kristallgården

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

Vardagas verksamheter ska under 2016 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2016 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid	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. Dessa bedömningar går vi igenom på teammöte, HSL- möte samt kvalitetsråd och via egenkontroller.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	På vår teammöte går vi varje vecka igenom helheten kring våra kunder. Kontaktpersonen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att riskbedömningarna är aktuella.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa de basala hygien i vård och omsorg	Vi kommer att fortsätta att göra punktprevalensmätningar samt självskattningar under 2016. Vidare kommer vi arbeta löpande med våra hygienmöten och vikten av följsamheten till våra basala hygienrutiner.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation	Under 2016 kommer vi att fortsätta arbeta med ICF. Vi har handledare som kommer att utbilda och informera leg. personal.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Under 2016 kommer vi att gå igenom delegeringsprocessen med samtliga medarbetare Alla medarbetare kommer att få göra kunskapstesten inför semestertider för att säkerställa patientsäkerheten.
Minska läkemedelsavvikelser	Under 2016 har vi som mål att minska läkemedels avvikelser via information, handledning samt utbildning.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla medarbetare ska ha kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Detta kommer att tas upp på APT,

	kvalitetsmöte och planeringsdag.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden.	Vi kommer under 2016 aktivt arbeta tillsammans med vår läkarorganisation med vård i livets slut. Alla boende ska ha adekvat lindring vid vård i livets slut enligt socialstyrelsens föreskrifter.