

2016 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2017 för Vårdgivare Kristallgården

Datum och ansvarig för innehållet

2017-03-02 Ylva Svesse Verksamhetschef

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

Risikanalys

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 av 48 somatiska platser samt 5 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 2016 Egenkontroll har genomförts två gånger under 2016 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 5:e året i rad 2016. 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 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 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. 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.

Avvikelse 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. Tillsynen 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 teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- 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 2016 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. Kvalitetsregister vi dokumenterat i är palliativa registret, SeniorAlert infektionsregistret och HSL indikatorer.

Ett annat mål under 2016 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 vårdskada 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. Uppföljningar avseende driften av Kristallgården genomfördes av Älvsjö stadsdelsförvaltning.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

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, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall.

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.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering.

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

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

För att minska vårdrelaterade vårdskador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid överväga risker 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 kvalitetsrådsmöten en gång i månaden.

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.

Kristallgården registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativa registret. Verksamheten deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner, trycksår och munhälsa i Senior Alert.

Verksamhetens patientsäkerhetsarbete har utgått ifrån;

- Ge en säker och högkvalitativ sjukvård som uppfyller dom krav och mål enligt HSL och SoL med målet noll vård skador.

- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patient säker 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

- Förankra arbetet med avvikelshantering hos all personal och kvalitetssäkra avvikelse hanteringen

- 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

-Arbeta att tydliggöra värderingar och värdegrund så att det genomsyrar verksamheten.

Målet är en utvecklande organisation.

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 2016, i maj och i november. Kvalitetstillsyn av Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare genomfördes i maj. 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. Avvikelser/synpunkter/förbättringsförslag från dessa olika revisioner, tillsyner och uppföljningar dokumenteras också i förbättringsloggen och följs upp i 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 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 (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 vår uppdragsgivare Älvsjö Stadsdel.

.

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 varannan vecka. Vid teammöten deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal och paramedicinare. Mötet följer en särskild agenda där det säkerställs att omvårdnadsplaner, rehabiliteringsplaner och genomförandeplaner alltid är aktuella.

Vid behov följer sjuksköterskan upp teammöten med ansvarig läkare.

Riskanalys

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 både utifrån arbetsmiljöperspektiv och ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Om risker upptäcks utformas handlingsplaner för enskild kund.

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.
- 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

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med att Verksamhetschef i samråd med vice regionchef, regionchef beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete utifrån en handlingsplan.

.. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef, regionchef MAS/kvalitets utvecklare och uppdragsgivare.

På Kristallgården följer vi Vardagas styrdokument som säger att händelsen ska utredas skyndsamt. Vid allvarliga avvikelser meddelas verksamhetschef omedelbart och handläggning/utredning påbörjas direkt.

Man analyserar vad som hänt och gör en sammanställning detta återkopplas till alla berörda parter. Avvikelsen och utredningen tas upp i kvalitetsråd och arbetsplatsträffar.

Hantering av 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.

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

informerar 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 §

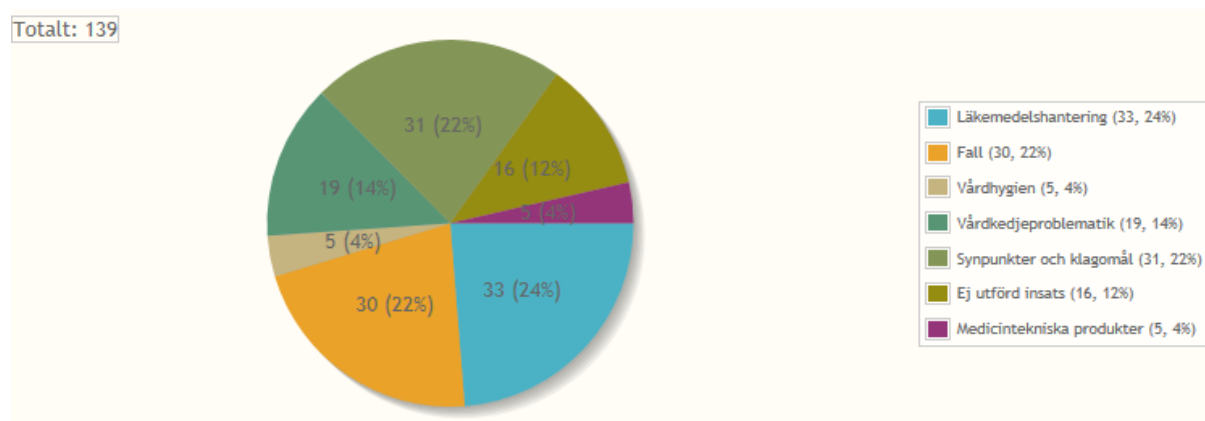
På Kristallgården möjliggör vi för närstående och anhöriga att medverka i patientarbetet genom en kontinuerlig dialog.

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Aktivitetsansvarig håller i boenderåd därvar tredje månad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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



Resultat 2016

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.	36 % av fallen resulterade i frakturer.	
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 - Kompetens hos all personal - Handledning/utbildning - Självskattning av följsamheten	Internutbildningar, hygienkontroller och hygienrond. All personal har kunskaper i basala hygienrutiner vilket vi kontinuerligt kontrollerar och uppdaterar.	Ingen smitta på grund av bristande hygien i vård- och omsorg har skett under 2016.	
Rapporterings-skyldighet	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 2016	

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 kunskapstest. Sjuksköterska är delaktig i kvalitetsrådet där vi löpande utvärderar läkemedelshanteringen och delegeringar.		
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	• Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning • Utbildning i sårvård • Samverkan vid teammöte	Vi gör årliga punktprevalentmätningar OAS dokumenterar i Vodok. Sjuksköterskan ansvarar för att göra riskbedömning i samband med inskrivning och sätter därmed in åtgärder där det behövs tex antidecubitusmadrass. Medarbetarna dokumenterar riskerna och följer upp det löpande på teammöten.		
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller 1ggr/mån	Leg. Personal följer företagets och stadsdelens riktlinjer gällande dokumentation. Utför riskbedömningar och upprättar hälsoplaner. Under 2016 har vi arbetat med KVÅ –koder.		
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 styrdokument som gäller vid livets slutskede. Som bygger på nationellt vårdprogram för palliativ vård. Brytpunktssamtal, upprättande av palliativ vårdplan. Efterlevnadssamtal erbjuds.		

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 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.		
Munhälsa	Alla boende ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Handledning och utbildning i munvård	Vi utfärdar tandvårdsintyg och gör munhälsobedömning. Oral Care/folktandvården kommer regelbundet och gör munhälsobedömning och utfärdar munvårdskort.		
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 inkontinens råd var tredje månad.		
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.		
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 teammöten var fjortonde dag. Detta dokumenteras i respektive journal. Överrapportering sker mellan arbetsgruppen.		

Patientsäkerhetsplan 2017 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 2017 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Värgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2017 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 (minst var 6e månad)	Vårt mål är att behålla de arbetsmetoder och rutiner vi har vid inskrivning av ny boende som kontinuerligt uppdateras. De riskbedömningar som idag görs är fall/trycksår/nutrition/munhälsa/inkontinens/ADL/funktionsbedömning. Dessa bedömningar följs upp på teammöte /kvalitetsråd/HSL möte och egenkontroll.
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.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Alla medarbetare ska under 2017 genomgå databaserad web utbildning i basala hygienrutiner. Kontinuerliga hygienråd var tredje månad. Självskattning och hygienrond ska ske fortlöpande under 2017.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Alla boende ska alltid ha en korrekt omvårdnadsdokumentation utifrån ICF och KVÅ-koder.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Under 2017 kommer vi att fortsätta jobba aktivt med läkemedels- och delegeringsprocessen. Genom att klargöra till medarbetaren med teoretiska och praktiska kunskaper för att fullfölja delegerad uppgift. Medarbetare avlägger kunskapsprov enligt Vardagas styrdokument.
Minska läkemedelsavvikelser	Alla läkemedelsavvikelser tas upp på kvalitetsråd/Hsl möte samt med ansvarig läkare.
Rapportering av händelser – Vårdskada	All Hsl personal har kunskap om Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser gällande vårdskada och risk för vårdskada . All HSL personal är medvetna om rapporteringsskyldighet .
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden.	Under 2017 fortsätter vi att aktivt arbeta i team kring den boende tillsammans med ansvarig läkare. Där målet är att alla ska ha den optimala sista tiden i samråd med boende och anhöriga. I form av brytpunktssamtal, palliativ vård och efterlevnadssamtal.