

**Patientsäkerhetsberättelse för Vårdgivare  
Kristallgården 2019-01-01 till 2019-10-31**

**Datum och ansvarig för innehållet**

2019-12-05 Carina Gerhardsson

Reviderad 2019-01-10

## 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.

Verksamhetens mål har varit att bedriva vård och omsorg så att den uppfyller alla krav på patientsäker vård. Kristallgården har haft palliativvård som ett fokusområde under våren 2019 och ViSam beslutsstöd har implementerats i verksamheten under året. Ett nytt larmsystem installerades i slutet av 2018 och sattes i drift under januari 2019. Även låsen till de boendes rum byttes till en säkrare variant under våren. Stort fokus har under hösten 2019 legat på en smidig och patientsäker överlämning av verksamheten till Älvsjö stadsdelsförvaltning.

Alla kunder har genom ankomstsamtal vid inflytt samt löpande under vistelsen haft möjlighet att påverka sin vardag. Alla patienter har haft en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har det yttersta ansvaret för kunden. Närstående har om kunden samtycker kontinuerligt fått information om händelser och förändringar i den boendes hälsa och vård. En sjuksköterska gör riskbedömningar kring varje patient i samband med in flytt. Läkaren gör läkemedelsgenomgångar och årskontroller en gång per år samt vid behov.

Enheten registrerar i Senior Alert samt i Palliativa registret. Varje år genomförs två stycken omfattande egenkontroller där alla medarbetare är involverade. Utöver detta har journalgranskning och loggkontroller liksom självskattning och observationer av följsamheten till Basal hygienrutiner genomförts.

Vårt kvalitetssystem är väl känt av alla medarbetare. Avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit under året har hanterats i vårt kvalitetssystem. Resultatet från kvalitetstillsyner, egenkontroller och socialstyrelsen brukarundersökning har legat till grunden för våra handlingsplaner och arbetet med patientsäkerheten. Anhörigträffar och boenderåd har hållits under året för att samla in synpunkter, förbättringsförslag och sprida information kring förbättringsarbetet på Kristallgården.

Personal, boende och anhöriga har fått regelbunden information och möjlighet att ställa frågor och samtala om övergången av verksamheten. Ett nära samarbete med Älvsjö stadsdelsförvaltning har gjort överlämningen av Kristallgården patientsäker och utan större oro vare sig hos boende, anhöriga eller personal.

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 patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter 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 Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter 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 2019 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 och mål. Vi upprättar årligen en patientsäkerhetsplan och som ISO certifierad verksamhet följer vi noggrant upp våra olika handlingsplaner och mål. Lika så är vi noga med årliga tillsyner så som tillexempel livsmedel och brandtillsyn liksom kontroll av liftar, sängar mm.

Kristallgården har under våren haft ökat fokus på palliativ vård. Läkaren har alltid brytpunktsamtal med anhöriga och sjuksköterskorna registrerar i Palliativa registret. Efterlevnadsamtal erbjuds alltid och vi har tio utbildade palliativa ombud i verksamheten.

ViSam beslutsstöd har implementerats i verksamheten. ViSam är en checklista som används av sjuksköterskor när den boendes allmäntillstånd försämras. Checklistan är ett stöd och ett sätt att

säkerställa bedömningen av om slutenvård behövs eller inte. ViSam öka också professionalismen i informationsöverföring mellan vårdgivare.

## **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 måluppfyllelse 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

På Kristallgården har all personal möjlighet att skriva avvikelser och avvikelsen graderas på en skala mellan 1-4, där 3-4 är av allvarlig art. Avvikelserna följs regelbundet upp av gruppchef samt verksamhetschef på enheten. Det är verksamhetschefen som avslutar alla avvikelser.

Uppföljningen av avvikelserna dokumenteras i Qualimax – alla avvikelser har en egen logg som all personal kan läsa och skriva i. Avvikelser som är av en allvarligare karaktär eller sådant som man kan se ha förekommit vid flera tillfällen, tas upp på kvalitetsrådet. Kvalitetsråd hålls tio gånger per år. Deltar gör representanter från samtliga yrkeskategorier och avdelningar. I kvalitetsrådet görs uppföljningar och bearbetning av den senaste månadens inträffade avvikelser. De avvikelser som är av extra allvarlig karaktär eller viktiga att belysa tas upp med hela personalgruppen på kommande APT. Under hösten 2019 har färre avvikelser skrivits än normalt normalt på Kristallgården.

## **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 Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

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

Kristallgården registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns. Samtliga patienter är riskbedömda för fall, risk för trycksår, risk för undernäring samt munhälsobedömda.

## **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.

En omfattande egenkontroll har genomförts två gånger under det gångna året, i maj och november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier. Frågorna besvaras i Q-maxit, IT-stödet för

ledningssystemet Qualimax. Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete. Utifrån egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i förbättringsloggen i Qmaxit. Egenkontrollen utgör även 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.

Kristallgården har utöver egenkontrollerna haft kontroll från Miljö och hälsa, Avtal och verksamhetsuppföljning med Älvsjö stadsdelsförvaltning och Äldreförvaltningen har utfört kvalitetsobservationer.

Journalgranskning har gjorts under 2019 enligt gällande rutin. Vardagas checklistor för dokumentationsgranskning har använts för att granska HSL respektive SOL dokumentationen.

Måltidsobservationer har utförts två gånger under 2019 och dessa har tillsammans med brukarundersökningen legat till grunden för våra handlingsplaner inom området mat och måltider. Självskattning och observationerna av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts flera gånger under 2019.

Resultatet från olika kontroller/ tillsyner och brukarundersökningen har redovisas på APT, boenderåd och närståendeträff.

Resultat egenkontroll (max 2,0):

Maj 2019 1,90

November 2018 1,85

Kvalitetstillsyn Vardagas (MAS) december 2018 1,86

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

En överenskommelse om läkarsamverkan finns upprättad mellan Vardaga och läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB. Vi har en namngiven ansvarig läkare som kommer för rond en gång per vecka. Övrig tid finns läkare tillgänglig per telefon 24 timmar/dygn. Läkemedelsgenomgång och års prover utförs årligen av ansvarig läkare i samråd med ansvarig sjuksköterska.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Kristallgården samverkar med Älvsjö Stadsdelsförvaltning som är vår uppdragsgivare och löpande följer upp kvaliteten i verksamheten.

Varje placerande kommun och stadsdelsförvaltning ansvarar för att följa upp de personer som de placerat på Kristallgården. För detta sker individuella uppföljningar samt gemensamma vårdplaneringar vid statusförändringar.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Alla avdelning har team-möte varje måndag. Alla yrkeskategorier och gruppchefen deltar för att forma vården utifrån varje patients individuella behov och önskemål. Även verksamhetschefen deltar på korttidsavdelningens team-möten. Sjuksköterskan leder dessa möte. Vid

statusförändringar görs också uppföljningar och vårdplaneringar där alla berörda yrkesgrupper deltar tillsammans med kunden och som oftast även närstående.

## Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För varje kund som flyttar in på Kristallgården utförs en riskanalys både utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och arbetsmiljöperspektiv. 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 hälsoplaner med åtgärder för kontinuerlig uppföljning och 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 generell riskanalys görs också på verksamhetsnivå utifrån ISO 9001:2015.

## 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 Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, 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.

## 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 fram över rapporterade avvikelser och går igenom på kvalitetsrådet. Allvarligare eller återkommande avvikelser behandlas och om analysen visar behov så upprättas en handlingsplan i förbättringsloggan. På APT och avdelningsmöten diskuteras och informeras om nya handlingsplaner/arbetsätt.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut samt går årligen igenom APT. 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.

Samtliga medarbetare har kunskap om Vardagas rutiner för hantering av synpunkter och klagomål och sin egen skyldighet att rapportera och bidra till att åtgärda de klagomål som inkommer. Alla inkomna synpunkter och klagomål rapporteras i Q-maxit. Vid inflyttning informeras boende och närstående om verksamhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål och de får också information om Vardagas Kundombudsman till vilken man kan vända sig om man vill ha stöd i att få gehör för sina synpunkter på verksamheten. Skriftlig information lämnas i en välkomstmapp och är därtill anslagen i entrén samt i verksamhetens Närståendepärm. Utanför sjuksköterskeexpeditionen finns en brevlåda för möjlighet till inlämnande av synpunkter. I månadsbrevet som skickas ut till boende och anhöriga finns information om hantering av synpunkter och klagomål med som en stående punkt.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras omgående om inkomna synpunkter/klagomål. Återkoppling om vidtagen åtgärd sker skyndsamt till patient, närstående eller annan ev. berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/Kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§*

På Kristallgården arbetar vi fortlöpande med förbättringsarbete. Vi använder vårt kvalitetssystem för att sammanställa och utvärdera de avvikelser som inkommer, samt för att dokumentera vårt förbättringsarbete. Varje månad sammanställs statistik över antalet avvikelser. Detta ger en bra översikt över vad som måste förbättras och utvecklas på enheten. Inför varje arbetsplatsträff granskas statistiken på kvalitetsråd och problemområden diskuteras och lyfts på arbetsplatsträffen.

Under 2019 har det största antalet avvikelser varit inom områdena läkemedelshantering och fall. Se ytterligare information i cirkeldiagrammet på sid 11.

Under 2019 har ett ärende inkommit från IVO och två utredningar om risk för vårdskada har gjorts.

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

### Samverkan med patient och närstående

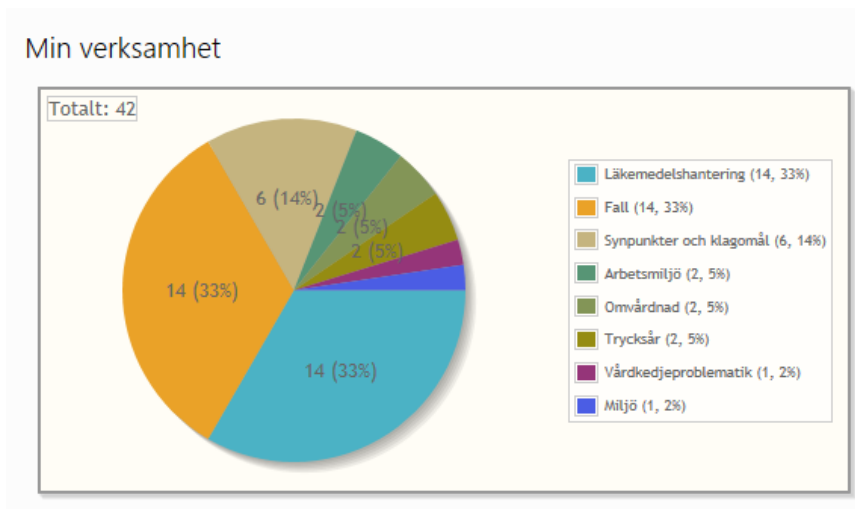
Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar. Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

På Kristallgården möjliggör vi för närstående och anhöriga att medverka i patientarbetet genom en kontinuerlig dialog. Närståenderådet och boenderådet leds av verksamhetschefen. Närståendeträffar har ordnats två gånger under 2019 och boenderåd hålls cirka var tredje månad. Under det gångna året har närstående bjudits på middag, midsommarfirande och avslutningsfest tillsammans med de boende. Månadsbrev skrivs av verksamhetschefen med aktuell information om verksamheten. Anhöriga välkomnas också att delta i större aktiviteter såsom tex musikunderhållning men också i de dagliga aktiviteterna som vår aktivitetsansvarig ordnar.

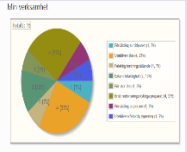
## Resultat

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 t.ex. fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
<b>Fall</b>	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	<p>Rutiner och styrdokument för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>Riskbedömning fall görs av sjuksköterska redan första dygnet.</p> <p>Vid behov installeras rörelselarm efter samtycke från kunden.</p> <p>Fallen går igenom på kvalitetsrådet, teammöten och vid behov på rondan.</p>	33 % av alla avvikelser under 2019 utgjordes av fall. Totalt registrerades 14 fall, inget av dessa ledde till fraktur.	<p>Få antal personer har fallit på Kristallgården under 2019. Målet uppnått</p>
<b>Basal hygien i vård och omsorg</b>	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	<p>Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetens hos all personal</li> <li>Handledning/utbildning</li> <li>Självskattning av följsamheten</li> </ul>	<p>Alla personal gör hygienutbildning 1 gång/år.</p> <p>Självskattning görs två gånger/år</p> <p>Observationer har gjorts 3 gånger 2019.</p>	Ingen smitta på grund av bristande vårdhygien under 2019.	<p>Utbildningsmålet Uppnått 100% av medarbetarna har genomfört Vårdhygiens webbutbildning.</p>
<b>Rapporterings-skyldighet</b>	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	<p>Information i samband med anställning.</p> <p>Vi följer verksamhetsåret och informerar därmed årligen på APT om rapporteringsskyldighet. Skriftlig information finns på varje avdelning.</p>	Två avvikelser har utretts som risk för vårdskada och ett ärende har inkommit från IVO under 2019.	<p>Målet delvis uppnått. Generellt så behövs avvikelser följas upp/utföras snabbare.</p>

<b>Läkemedels- hantering och delegerings- processen</b>	<p>Att medarbetare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt</li> <li>En säker läkemedelshandling</li> </ul>	<p>Korrekt delegeringsförfarande av leg personal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshandlingen</p>	<p>Genomgång med OAS och webbaserat kunskapsprov genomförs alltid, även vid förlängning av delegering. Sjuksköterska är delaktig i kvalitetsrådet där vi löpande utvärderar läkemedelshandlingen och delegeringar.</p>	<p>33 % av händelser som är inrapporterade 2019 handlar om läkemedelshandling såsom utebliven dos, utebliven signering etc.</p>	<p>En minskning från föregående år. Målet uppfyllt</p> 
<b>Trycksår</b>	<p>Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</li> <li>Utbildning i sårvård</li> <li>Samverkan vid teammöte</li> </ul>	<p>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.</p> <p>Uppföljning löpande på team-möten.</p>	<p>Två trycksår har uppkommit på Kristallgården under 2019.</p>	<p>Målet ej uppfyllt</p>
<b>Dokumentation</b>	<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>Dokumentationen har vid egenkontroll holt en god kvalitet.</p>	<p>Målet uppfyllt</p>
<b>Vård i livets slut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid.</li> <li>Dokumentera i en hälsoplan/NVP</li> </ul>	<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. Brytpunktssamtal, upprättande av palliativ vårdplan. Efterlevnadssamtal erbjuds. Vi registrerar i palliativa registret.</p>	<p>Ombud på varje avdelning har stöttat vid palliativ vård. Brytpunktssamtal och palliativa vårdplaner har upprättats och alla har erbjudits efterlevnadssamtal.</p>	<p>Målet uppfyllt</p>

<b>MNA (kost/nutrition/vikt)</b>	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning  Nyinflyttade patienter ska 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 bedömning av MNA initialt. Vid lågt utfall <10 utförs MNA slutbedömning, hälsoplan skrivs och förebyggande åtgärder sätts in 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.	Styrdokumenterna följs och få kunder med undervikt. Målet uppfyllt.
<b>Munhälsa</b>	Alla patienter 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 2019 på munhälsa.	Målet uppnått.
<b>Inkontinens</b>	Alla 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 ett inkontinens råd.	Alla kunder har ett individuellt ordinerat inkontinensskydd. Under en period dock stora problem med leveranser från OneMed.	Målet delvis uppfyllt.
<b>Samtycke till att registreras i kvalitetsregister</b>	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Vid inskrivning får boende godkänna samtycke om kvalitetsregister och detta dokumenteras i SafDoc.	Alla boende har tillfrågats vid in flytt.	Målet uppfyllt
<b>Samarbete och intern kommunikation</b>	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	Team-möten hålls på alla avdelningar varje måndag. Alla yrkesgrupper är representerade. Sjuksköterska leder dessa möten. VC deltar på avdelningen med korttidskunder.	Teammöten fungerar bra. Fortsatt arbete med dokumentationen efter mötet behövs dock.	Målet uppfyllt.