

**Kavat Vård**

# Patientsäkerhetsberättelse för Elinsborgs äldreboende

År. 2015

Datum och ansvarig för innehållet

22/1-16

Barbro Friberg  
Verksamhetschef på Elinsborg

---

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

Målsättningen för Elinsborgs patientsäkerhetsarbete

- Alla arbetar förebyggande så att vård skada eller risk för vård skada inte uppstår
- Alla känner sig trygga med att rapportera avvikelser och är införstådda med att avvikelser i de flesta fall orsakas av brister i rutiner och organisation
- Avvikelser ses som en möjlighet till förbättring

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Vårdgivare

Mätning av antalet registrerade dödsfall genomförs en gång per månad i Palliativa registret.

När en ny boende flyttar in begärs tillstånd av den boende alternativt av närstående att få registrera i Senior Alert. Registrering och riskbedömning sker inom 14 dagar efter inflyttning sedan var 6:e mån samt vid statusförändring. Om risk föreligger skrivs en åtgärdsplan. Undernäring registreras en gång per månad eller vid behov (=vikt). Trycksår och fall registreras vid uppkomst. Första uppföljningen sker 2 veckor efter första registreringen och löpande uppföljningar sker var 6:e månad eller vid statusförändring. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för vikt och trycksåruppföljningar och sjukgymnasten för falluppföljningar.

Elinsborg arbetar målmedvetet för att förebygga vårdskador genom fel eller övermedicinering. När någon flyttar in gör patientansvarig läkare en genomgång av ordinerade läkemedel. En gång per år sker en genomgång av den boendes samtliga läkemedel och revidering sker. Dessutom sker löpande bedömningar av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare. Vid alla tillfällen när förändringar sker i läkemedelslistan, sker en genomgång av den personens samtliga läkemedel och eventuell revidering genomförs.

Väl genomarbetade rutiner finns för delegering och för läkemedelsutdelning och få avvikelser förekommer. Om en avvikelse gällande läkemedel skulle uppstå, så finns rutiner för riskanalys och åtgärder. Huvudansvarig för detta är omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

En särskild rutin följs gällande vård i livets slut, för att säkerställa effektiv smärtlindring och ångestdämpning. Registrering av alla avlidna sker i Palliativa Registret. Vårdplanering med närvaro av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, boende och närstående sker minst en gång per år samt vid förändrat hälsotillstånd.

Kavat Vård genomför årligen en egen enkätundersökning utförs årligen en riktad till boende och anhöriga. Där finns ett särskilt avsnitt som avser HSL-området. Resultatet bearbetas i HSL-personalgruppen och eventuella förändringar genomförs.

Rutinen för avvikelshantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. I direkt anslutning till att avvikelse skett, fastställs åtgärdsplan. Ansvarig är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid fall sker samråd med sjukgymnast.

Samtliga avvikelser kontrolleras i direkt anslutning till att avvikelsen uppstått av verksamhetschef. Bedömning görs om insatta åtgärder är tillräckliga och om avvikelsen skall leda till Lex Maria. Uppföljningar av samtliga avvikelser sker regelbundet på kvalitetsrådet. Om avvikelserna beror på brister i rutiner sker revideringar av dessa. Rutin för klagomålshantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. Alla nya boende och anhöriga informeras vid inflyttning. Eventuella klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan fastställs inom 7 dygn.

## Uppföljning genom egenkontroll

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

### Extern granskning

- Spånga-Tensta stadsdel utför årligen en granskning av verksamheten .
- Elinsborg har avtal med Vårdhygien i Stockholms län som gör en genomgång av verksamheten vart annat år.
- Kavats Vård genomför årliga kontroller av liftar och sängar.
- Apoteket AB genomför årlig granskning av läkemedelshanteringen.
- Elinsborg har deltagit i Socialstyrelsens öppna jämförelser av verksamheter.
- Boende och närstående har i enkätform tillfrågats om vad man tycker om verksamheten via både Socialstyrelsens enkät och Kavats vårds egen enkät.

### Intern granskning

Varje år gör verksamhetschefen genomgång av samtliga rutiner, dokument och checklistor. Dessa uppdateras och vid behov kompletteras.

### Avvikelsehantering

Varje avvikelse granskas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Avvikelsen diskuteras på den lokala ledningsgruppen och kan eventuellt resultera i en ny rutin eller omarbetning av tidigare rutin.

När en läkemedelsavvikelse hänt, gör omvårdnadsansvarig alternativt tjänstgörande sjuksköterska en omedelbar bedömning. Vid felaktig dos eller givande av fel läkemedel till fel person, kontaktas läkare för bedömning. Eventuell anmälning enligt Lex Maria beslutas. Ingen sådan anmälan har gjorts under 2014.

### Klagomålshantering.

Inkomna klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan skrivs inom 7 dagar. Klagomålen dokumenteras, redovisas och behandlas i den lokala ledningsgruppen samt i Kavats Vårds centrala ledningsgrupp.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### Fall

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Downton Fall Risk Index, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat har en åtgärdsplan skrivits. Sjukgymnast och Arbetsterapeut utför fallpreventionsronder hos samtliga boende var 5:e vecka. Har man upptäckt något som ökar fallrisken, t.ex. mattkanter, sladdar eller dålig belysning, så har detta åtgärdats. När en ny boende har flyttat in, så har sjukgymnasten gjort en bedömning för att säkerställa att personen har haft rätt hjälpmedel. För att utföra säkra förflyttningar. Nya hjälpmedel har ordinerats och ibland har rörelselarm alternativt larmmatta installerats efter godkännande av personen. Under året har all personal fått påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik. Med god utbildning känner sig personalen trygg vid förflyttning och det gör momentet säkrare för individen. All personal är utbildad i att använda lyftarna på ett sätt som gör att den boende känner sig trygg. Samtliga lägenheter är utrustade så att det finns möjlighet att använda taklyft om behov föreligger.

## **Trycksår**

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Modifierad Nortonskala, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat eller trycksår uppstått har åtgärdsplan skrivits och åtgärder satts in och omvårdnadsansvarigsjuksköterska har ansvarat för skötseln av trycksåret samt handlett och undervisat personalen.

## **Undernäring**

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Short Form Mini Nutritional Assessment (SF MNA). Om risk förelegat eller person bedöms som undernärd har åtgärdsplan skrivits. Åtgärder som undervisning, omgivningsanpassning, översyn av läkemedel, övervakning av näringsintag och anpassning av måltidssituationen med rätt hjälpmedel, Sittställning mm. har satts in i förebyggande syfte. Vid undernäring har följande åtgärder vidtagits; mellanmål, berikning av maten, energirik och proteinrik kost, parenteral näringstillförsel, små och täta måltider, önskekost. Vid konstaterad undernäring har personen vägts var 14:e dag eller oftare. Personalgruppen har Informerats kontinuerligt gällande viktcurvan och resultat av insatta åtgärder.

## **Munhälsobedömning**

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har gjort en munhälso-bedömning dels vid varje nyinflyttning och dels i samband med nutritionsproblematik. Tandhygienist har besökt samtliga boende en gång per kvartal. Vid några tillfällen har tandhygienisten kontaktats för bedömning vid misstanke om munhälso-problematik. Tandläkaren har utfört behandling när behov har funnits och den boende inte kunnat uppsöka tandklinik.

## **Läkemedel**

Vid inflyttningen har Elinsborgs läkare gjort en bedömning av personens läkemedel. I ett flertal fall har läkemedel kunnat reduceras med följd att den boende fått ett ökat välmående. Läkemedelsgenomgång för samtliga boende har skett vid minst ett tillfälle under året. I samband med vård i livets slutskede, har bedömning skett och läkemedel satts ut och ordination getts gällande smärtstillande och ångestdämpande läkemedel. Elinsborg använder APO- dossystem. När Apo-doserna anländer kontrolleras de av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som sedan placerar påsarna i de boendes läkemedelsskåp. Undersköterskorna har efter noggrann undervisning mottagit delgering för överlämnande av läkemedel.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

## **Avvikelser**

Om avvikelse inträffat, skrivs en rapport som sedan går till omvårdnadsansvarig sjuksköterska som om och verkställer akuta åtgärder. Avvikelsen och beslutet dokumenteras i den boendes journal. Avvikelserna sammanställs varje månad av verksamhetschef som också tar beslut om eventuella ändrade rutiner. Avvikelserna läggs efter behandling i den boendes journal. Om avvikelsen faller inom ramen för Lex Maria gör Kavats Vårds medicinskt ansvariga sjuksköterska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

## **Klagomål och synpunkter**

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

## Klagomålsprocessen

På Kavat vård vill vi aldrig läsa om brister och synpunkter i media som uppstått i vår verksamhet utan att vi haft en chans att utreda och åtgärda. Alla som arbetar hos oss som vårdgivare är skyldiga att ta emot och utreda synpunkter, idéer och klagomål. Alla klagomål, synpunkter och förbättringsförslag ska dokumenteras, utredas och analyseras så att vi utvecklas och blir en ännu bättre vårdgivare.

Klagomålet dokumenteras och lämnas till verksamhetschef. Ansvarig: verksamhetschef.

Återkoppling sker inom 24 timmar. Ansvarig: verksamhetschef.

Åtgärd genomförs/påbörjas inom 5 arbetsdagar. Fel/brist rättas till. Kontroller av att åtgärden fungerar. Ansvarig: verksamhetschef.

Uppföljning på APT och lokal ledningsgrupp för att säkerställa att fel/brist inte upprepas. Ansvarig: kvalitetschef.

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vårdplanering och uppföljning av vården sker minst en gång per år eller oftare när det utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är påkallat. Boende/närstående erbjuds alltid att delta.

Vid vårdplaneringen görs en överenskommelse om hur samverkan skall ske med närstående. Överenskommelsen dokumenteras alltid i journalen.

Boende och närstående informeras alltid om risker och händelser som lett till avvikelser.

## Resultat SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Utbildning	Antal medarbetare
Nutrition	
Förflyttningsteknik	21
Sår och sårvård	7
Munvårdsutbildning	12
ICF utbildning	4
Usk och specialist utbildning	5
Kurs i behandlande och förebyggande madrasser	1
Värdegrundsutbildning	41
Silviasjuksköterskeutbildning	1
Inkontinens och UVI	15
Kvalité och kvalitetsutveckling	1

Antal boende med riskanalyser avseende	Antal	Antal boende med risk
Fall		Fall

Tryckskador		Tryckskador
Malnutrition		Malnutrition

**Resultatmått:**

Avvikelser under året	Antal	Avvikelser som lett till läkarkontakt	Antal
Fall		Fall	
Läkemedel		Läkemedel	
Tryckskador		Tryckskador	
Medicintekniska produkter		Medicintekniska produkter	