

Version: 1	Gäller för: Attendo Kista vård och omsorgsboende	Dokumentansvarig: Birgitta Ström Eva Ström	Upprättad: 2016-02-02	Utarbetad av: Birgitta Ström Eva Ström	Reviderad av:
---------------	---	--	--------------------------	--	---------------

Patientsäkerhetsberättelse

Attendo, Kista vård och omsorgsboende

År 2015

2016-02-02. Birgitta Ström och Eva Ström

Innehållsförteckning

MALL FÖR PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Ansvarsfördelning.....	4
Mät- och uppföljningsmetod.....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	8
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	9
Samverkan	9
Riskanalys	9
Rapporteringskyldighet.....	11
Synpunkter och klagomål	11
Sammanställning och analys	12
Samverkan med brukare och närstående	12
Resultat.....	13
Övergripande Mål för kommande år	13

1. Sammanfattning

Kista vård och omsorgsboende arbetar kontinuerligt och aktivt för att ständigt förbättra och utveckla patientsäkerheten. Målet för 2015 har varit att implementera systematisk registrering med olika skalor och metoder som mätinstrument för att få tydliga och rätta kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården,

Riskbedömningar för fall, trycksår och malnutrition har genomförts på samtliga brukare. Adekvata åtgärder har diskuterats under daglig rapportering och följts upp. Särskild vikt har under 2015 lagts på fallprevention, och kvalitetsarbetet kring detta har kontinuerligt följts upp tvärprofessionellt på kvalitetsmöten och teammöten

Ett omfattande arbete har lagts ner på att utveckla dokumentationen inom SoL och HSL. Detta arbete resulterade i 100 % för HSL och 98 % för SoL vid Attendos egenkontroll

Händelseanalys i företagets kvalitetssystem ADD tillämpas vid alla avvikande händelser eller klagomål och riskanalys görs vid alla förändringar i verksamheten.

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna använder Kista vård och omsorgsboende Attendos kvalitetsindex i ADD. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på Attendos enheter. Delarna som mäts är:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Brukarundersökning
- Innovationer och projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index.

Sammanställningen utgörs av månads- och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheterna 12 månader tillbaka. Det är lätt att se hur det utvecklas och man kan snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

Kista vård och omsorgsboende har under hela året haft ett snitt på 83% och har därmed ej kunnat bibehålla målet att varje månad vara godkänd på grund av brukarundersökningen som visade på 77%.

2. Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål och strategier är att tillhandahålla god och säker vård enligt HSL, SOL och Patientsäkerhetslagen. Kista vård och omsorgsboende följer riktlinjer och krav från Attendos kvalitetsavdelning enligt rådande krav på kvalitetsarbete, och arbetet följs upp via Attendos kvalitetsindex.

Målet för 2015 var att brukarna ska ges sakkunnig vård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet vården ska så långt som möjligt genomföras i samråd med brukarna. Den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan svarar dock för att denne har

förutsättningar att fullgöra arbetsuppgiften (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1997:14) om delegering).

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.
- Risk och händelsehantering.
- Uppföljning av mål och resultat.

Målet från föregående år har varit att minska antalet fallskador genom kontinuerliga riskbedömningar vid fall och när brukaren flyttar in. Det vi har sett är att fallen har ökat på de somatiska avdelningarna där vi kan se att en stor del av fallen är sjukdomsrelaterade. Trots åtgärder med höftskyddsbyxor halksockor etc. så ramlar man ändå.

Ansvarsfördelning

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

Verksamhetschef

Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.

Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.

Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.

Utredar avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.

Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.

Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering. Se avsnittet Lokal kontroll/verifiering.

Verksamhetschefen(VC) dokumenterar arbetet i en verksamhetsberättelse/plan, kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

VC kan, och måste i vissa fall, mot bakgrund av sin kompetens, uppdra åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. I de fall VC inte har hälso- och sjukvårdskompetens överlåter hen uppgifter till person med sådan kompetens. Att överlåta enskilda ledningsuppgifter innebär inte att VC avsäger sig ansvaret för Hälso- och sjukvården. VC har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården och kan endast överlåta (inte delegera) vissa uppgifter. Dessa uppgifter ska vara tydligt angivna och det ska också anges om inskränkningar i befogenheterna finns för uppdragstagaren. Den som tilldelas vissa ledningsuppgifter bär själv ansvaret för att syftet med uppgifterna uppnås. VC har även ett ansvar att följa upp att

personen som överlåtit uppgifterna sköter uppdraget. Speciell blankett finns, överlåtande av enskilda ledningsuppgifter enligt 30§ Hälso- och sjukvårdslagen.

Sjuksköterskan

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat
- rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskador
- och bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.
-

Fysioterapeut och Arbetsterapeut

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat
- rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskador
- Och bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- arbetet med att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
- uppföljning, utvärdering och förbättring av verksamheten.

Omsorgspersonal

systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det verksamhetens rutiner
- risk- och avvikelshantering vilket innebär att medarbetarna ska rapportera avvikelser och missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta.
- framtagandet av verksamhetens mål och arbeta för att dessa uppnås samt uppföljning av mål och resultat
- rapportering av risker för vårdskador samt händelser som medför eller kunnat medföra vårdskador.

Dokumentation vid händelse

När en händelse eller risk för händelse upptäcks ska händelsen dokumenteras. En ***händelserapport*** ska alltid skrivas och händelsen ska dokumenteras i brukarens journal. I händelserapporten ska man ange om någon medarbetare skadats vid händelsen. Det är den person som uppmärksammar händelsen som är ansvarig för att en händelserapport skrivs och dokumentation sker i journalen.

Gäller händelsen utebliven omsorgsinsats, fysiska ingripanden eller hot och våld och fallrapport ska även en speciell blankett för detta fyllas i och bifogas med händelseblanketten.

Gör så här:

1. När en händelse inträffat informera tjänstgörande sjuksköterska omedelbart. Om händelsen bedöms som en särskild händelse ska alltid verksamhetschefen informeras och eventuellt blankett för Lex Sarah eller Lex Maria fyllas i (se lokal rutin Särskild händelse).
2. I en akut situation vidtas omedelbara åtgärder för att minska skada eller risk för skada.
3. All personal som upptäcker en händelse skriver snarast ner händelsen på en särskild blankett för ***händelserapporter***. Blanketter för händelserapporter förvaras i pärm märkt händelserapporter i respektive vånings dokumentationsrum.
Gäller händelsen utebliven omsorgsinsats, fysiska ingripanden eller hot och våld och fallrapport ska även en speciell blankett för detta fyllas i och bifogas med händelseblanketten. Fyll i alla frågor på blanketten.
Lämna den ifyllda händelserapporten till tjänstgörande sjuksköterska.
4. Kvalitetsgruppen sammanträder en gång varje månad och tidigare händelserna följs upp och utvärderas. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att inhämta information om hur tidigare månads förbättringsåtgärder har fungerat. Förbättringsåtgärder och nya rutiner arbetas fram för aktuella händelser. I kvalitetsgruppen ingår: verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, kvalitetssamordnare och kvalitetsombud från varje våningsplan. Silviasystrar ingår vid behov. Eftermötet skriver kvalitetssamordnaren protokoll.
5. Statistik och minnesanteckningar mailas av kvalitetssamordnaren till kvalitetsutvecklaren i regionen senast den 10:e varje månad tillsammans med protokoll från kvalitetsmötet. Infaller den 10:e under en helg skickas statistik och protokoll in närmaste vardag innan. Om ordinarie kvalitetssamordnare är ledig eller sjuk ansvarar verksamhetschef för att ersättare utses och att uppgifterna skickas in i tid.
6. På arbetsplatsträffen varje månad ansvarar kvalitetssamordnaren för att gå igenom händelser som inträffat och nya rutiner som eventuellt tagits fram. Kvalitetssamordnaren går även igenom uppföljning och utvärdering av tidigare månaders händelser. Protokollet från kvalitetsmötet är anslaget utanför personalrummet så alla kan ta del av det. Avslutade rapporter placeras i pärm märkt "Arkiverade händelserapporter" som förvaras hos VC.Protokoll från kvalitetsmöten finns i Add.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdskador mäts och åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp på följande sätt:

Kvalitetsgruppen samlas månadsvis och mötet protokollförs. Besluten, åtgärderna och utvärderingarna följs upp månadsvis eller omgående om fallen föranleder detta.

Alla fall samt avvikelser i nutrition eller hudkostym hos brukare dokumenteras i HSL-journal.

Hudrelaterade skador rapporteras vidare dagligen och åtgärdas omgående/löpande samt dokumenteras i HSL- och SOL- dokumentation.

Sårvårdsjournal upprättas. Statistiken sammanställs en gång per år eller vid behov om detta begärs från kvalitetsavdelningen. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna påtalar en negativ eller positiv förändring. Kista vård och omsorgsboende använder egna antidecubitus madrasser i första hand i förebyggande syfte, behandlande madrasser hyrs.

Dokumentationsstödjarna träffas regelbundet och följer upp hur dokumentationen sett ut bla. för olika vårdskador.

Här redovisas statistik för olika händelser i verksamheten.

Sammanställning av händelserapporter Demens för 2015

Fall	153st.
Hot o våld	20st.
Information.	4 st.
Läkemedel	1st.
Medicintekniska prod.	4st.
Omvårdnad	5st.
Utmanande beteende	4st.

Sammanställning av händelserapporter Somatisk inriktning 2015

Fall	119st.
Information	2st.

Larm	1st.
Läkemedel	76st.
Medicintekniska prod.	1st
Omvårdnad	5st.
Rutiner	9st.

Vi redovisar alla händelser på Arbetsplatsträffar och uppföljning sker på kvalitetsmöten. Ofta uppdateras genomförandeplanen då behoven ändrats. Riskbedömning gällande brukaren uppdateras och dokumenteras i ParaSol.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2015 har vi implementerat ICF ett dokumentationssystem i Vodok.

Decentraliserat beslutsfattande och ökad kommunikation, på Kista vård och omsorgsboende sätter vi vår tilltro till personalens kompetens och inneboende resurser. Inom ramen för sin legitimation och utbildning har alla olika ansvarsområden. Inom sitt ansvarsområde har man stor möjlighet att påverka rutiner och arbetssätt. Detta skapar ett engagemang utöver det vanliga hos personalen, som är engagerad och arbetar ständigt med ett ständigt brukarfocus.

Vi har ett öppet diskussions klimat med tre fasta rapporteringstider varje dygn oavsett veckodag för att minimera risken för att viktig information inte går förlorad. Vi arbetar också mycket aktivt meddokumentation av HSL insatser. Verksamhetschefen har möjlighet att återkoppla och ta hjälp av Regional verksamhetschef i sin region som agerar enligt ”farfarsmetoden”. Arbetsmiljö ansvaret är delegerat från Rc till Vc.

Läkemedelshantering. Vi har arbetat aktivt med att ständigt uppdatera vår läkemedelsrutin och vara vaksamma på att gällande rutiner följs. På HSL-möten diskuteras alltid våra möjligheter till förbättringar, omvårdnads personal undervisas i läkemedelshantering och signeringslistor granskas och följs upp. Stränga krav ställs också på dem som har delegering. En nyanställd måste alltid ha arbetat in sig på Kista vård och omsorgsboende innan delegering blir aktuell. Om en person med delegering begått fel sker individuellt samtal och analys med sjuksköterska om hur liknande fel kan förebyggas i framtiden. Även de månatliga kvalitetsmöten behandlar frågan. Enligt MAS riktlinje är en sjuksköterska ansvarig för läkemedelsförrådet. Ansvarig sjuksköterska ska ha en helhetbild över all läkemedelshantering och med sin speciella kompetens inom området hjälpa och inspirera sina sjuksköterskekollegor till säkrare och effektivare läkemedelshantering.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Under 2015 har Rinkeby-Kista Sdf. Genomfört avtalsuppföljning med godkänt resultat. Se bilaga.

Apoteksgranskning har ej genomförts under 2015

Läkemedelsgenomgångar sker tillsammans med läkare på Kista vårdcentral vi använder ett bedömningsinstrument som heter PHASE-20 .som är en skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom.

Under året har 46 brukare avlidit av 93 brukare.

HSL granskning av företagets kvalitetsavd under 2015 var godkänt med 98% .

Beskriv vilken lokal kontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts och i vilken omfattning och frekvens. Det kan vara exempelvis:

- .

Samverkan

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

Överenskommelse finns med Kista Vårdcentral, samverkansmöten sker två gånger per år.

Överenskommelse finns med Attendo, mobila team med sjuksköterskeinsatser nattetid.

Överenskommelse finns gällande hjälpmedel med Sodexo och Liko.

Överenskommelse finns med Apoteket gällande läkemedel Apodos

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska utforma sina insatser utifrån den enskildes individuella behov och förutsättningar.

När anpassning av omgivningen måste vidtas för att skydda brukaren för

skada så skall ett möte med planering hållas med brukare /anhöriga och riskbedömningar skall göras. Dokumentation skall innehålla resultatet av planeringsmötet, vilket samtycke som givits och resultat av riskbedömningen. Individuell uppföljning och utvärdering av omgivningsanpassningar skall göras kontinuerligt och dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Riskbedömningar utförs i ett team bestående av sjuksköterska, kontaktperson, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Verksamhetschefen ansvar för att

- Det finns lokal rutiner för utförandet av planeringsmötet, riskbedömningen och inhämtning av samtycke
- Vid nyinflyttning ska alltid riskbedömning göras för ev. omgivningsanpassning
- Planering och riskbedömningar utförs på brukare som idag har någon skyddsåtgärd.
- Riskbedömningarna dokumenteras i omvårdnadsjournalen samt datum för uppföljning.
- Vilket samtycke som givits ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att

- Planeringsmöte hålls med boende/ närstående
- Planera att riskbedömning görs tillsammans med teamet
- Identifiera riskfaktorer och vidta ev. åtgärder samt att bestämma datum för uppföljning av åtgärder.
- Inhämta samtycke från den enskilde till omgivningsanpassning som t.ex. sänggrind, bälte, brickbord, låsanordningar och larmmatta/golvmatta.
- Dokumentera vilken typ av samtycke som givits.
- Resultat av riskbedömningarna dokumenteras i omvårdnadsjournalen
- Dokumentera vilka som har varit delaktiga vid riskbedömningen.

Fysioterapeut har samma ansvar som tidigare när det gäller medicintekniska-

hjälpmedel och ansvar för att:

- Medverka vid riskbedömningar och uppföljning av ev. insatta åtgärder och dokumentera i omvårdnadsjournalen.
- Medverka vid analys av riskbedömningarna och vidtagna åtgärder i samråd med teamet och den boende/anhöriga

Arbetsterapeut har samma ansvar som tidigare när det gäller medicintekniska

hjälpmedel och ansvara för att

- Medverka vid riskbedömningar och uppföljning av ev. insatta åtgärder och dokumentera i omvårdnadsjournalen.
- Medverka vid analys av riskbedömningarna och vidtagna åtgärder i samråd med teamet och den boende/anhörige

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

Medarbetarna rapporterar avvikelser i Add, åtgärd vidtas omedelbart efter en avvikelse. En gång i månaden träffas chef, kvalitetssamordare, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och kvalitetsombud för varje avdelning. Syftet är att sammanställa alla avvikelser och diskutera hur vi kan förhindra att det händer igen.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

På varje våningsplan finns en blankett för synpunkter som lämnas till chef.

Synpunkter och klagomål

Det är viktigt att alla uppträder och uppfattas som professionella.

Målsättningen är att alla frågor som berör Attendos ansvar ska lösas inom verksamheten.

Det är viktigt att regelbundet informera medarbetare och närstående om vilka möjligheter som finns att framföra synpunkter eller klagomål.

Synpunkter och klagomål från brukare i verksamheten och närstående ska betraktas som en förutsättning till förändring och utveckling. För att synpunkter och klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje medarbetare vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Verksamhetschefen ger stöd och hjälp i dessa situationer.

När du får ta emot synpunkter/klagomål:

- Om frågor eller synpunkter inte går att besvara eller hantera på ett tillräckligt bra sätt, hänvisa till din verksamhetschef eller ansvarig arbetsledare. Lyssna utan att avbryta. Om du inte kan svara, tala om det. Be att få återkomma när du tagit reda på fakta.
- Visa att du är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som ”hur, varför, när, vad”, så att du får reda på fakta.
- Svara på det du kan
- Erkänn eventuella fel. Det är bättre att förekomma än förekommas
- Låt dig inte provoceras och undvik att gå i försvar. Uppträd lugnt och balanserat
- Alla medarbetare har rätt att informera och en skyldighet att svara på frågor som rör personerna när det ligger inom det egna kompetensområdet.

Vi vill bli bättre

Blanketten ”Vi vill bli bättre” finns tillgänglig i hisshallen på samtliga våningsplan.. Brukare och närstående informeras om att blanketten finns och dess syfte. Informationen om blanketten lämnas när en ny brukare hälsas välkommen i verksamheten. På blanketten kan berörd person skriva ner sina synpunkter, positiva och negativa. Blanketten lämnas i första hand till berörd verksamhetschef men kan även skickas till företagets kvalitetschef.

Muntliga synpunkter/klagomål

Lämna alltid blanketten ”synpunkter och klagomål” när någon vill lämna sina synpunkter och klagomål. Erbjud hjälp att fylla i blanketten om det finns ett motstånd till att lämna in ett skriftligt klagomål eller om den som lämnar synpunkter och klagomål inte kan fylla i blanketten själv. Om klagomålet eller synpunkten endast kommer in muntligt ansvarar den som tog emot det för att det dokumenteras. Blanketten lämnas till verksamhetschefen och hanteras i verksamhetens händelsehantering. Det är viktigt att frågor besvaras av rätt person med rätt kompetens. Frågor som rör bistånd/insatser hänvisas till myndighetens tjänstemän. Frågor som rör ordination och behandling hänvisas till patientansvarig läkare eller sjuksköterska. Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska hänvisning ske till regionledningen. Detta kan ske t.ex. om någon önskar kontakt med företagets ledning.

Dokumentation

Alla synpunkter/klagomål ska dokumenteras skriftligt:

- på blankett för klagomålshantering
- i brukarens journal om det berör brukaren

Uppföljning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för att synpunkter/klagomål följs upp genom att:

- Vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling
- Följa upp resultatet av åtgärderna
- Dokumentera
- Återkoppla till den som har lämnat synpunkt/klagomål. Återkoppling ska ske inom 48 timmar.
- Om synpunkt/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden hänvisa till företagets kvalitetschef.

Sammanställning av synpunkter/klagomål

Det ska göras en årlig sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål. Det ska även finnas en skriftlig analys. Analysen bör dokumenteras i en verksamhetsberättelse eller separat kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten.

Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Under 2015 har Kista vård och omsorgsboende fått ett muntligt klagomål och två skriftliga klagomål.

Återkoppling på klagomål sker alltid samma dag, är klagomålet allvarligt bokar verksamhetschefen alltid ett möte med anhöriga.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Arbetet med händelsehantering sker i Add, där tar vi ut statistik på de olika händelserna och sammanställer varje år. Varje månad samlas kvalitetsgruppen för att kunna se mönster och sammanställa åtgärder för kvalitetsarbetet.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi bjuder alltid in anhöriga för att diskutera en allvarlig händelse, och vi gör alltid en utredning för att det inte ska kunna hända igen.

Brukare och anhöriga inbjuds alltid till att medverka i vården .

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Övergripande Mål för kommande år

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att förhindra antalet fall på både demensavdelningarna och på de somatiska avdelningarna. Vi kan se ett mönster att man ramlar på kvällar och nätter. Viktigt med ökad tillsyn och att om man är fallbenägen använda halksockor och höftskyddsbyxor. Det är även viktigt med en bra belysning.

Våra paramedicinare har två gånger i veckan fått låna rehab-lokalen i servicehuset för att träna ballansen på våra brukare vi hoppas att detta ska få effekt.

Ett annat mål är att fortlöpande arbeta med risk –och händelsehantering tillsammans med kontaktpersonerna och hälso-och sjukvårdspersonalen..