

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE avseende verksamhetsåret 2017

Enhet: Elinsborgs vård- och omsorgsboende

Antal boende: Demensboende 30 platser och korttidsboende 10 platser

Antal anställda: 35 årsarbetare

Verksamhetens mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen har ansvaret för hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor leder och handleder omvårdnadspersonalen med målet att de boende ska erhålla en god hälso- och sjukvård omvårdnad. Verksamhetschef har till sin hjälp en lokal ledningsgrupp bestående av sjuksköterska, administratör och omvårdnadskoordinator. En tydlig rutin och flöde i avvikelshanteringen ger möjlighet till att snabbt åtgärda eventuella brister som uppstår. Verksamheten gör riskbedömningar i Senior Alert, registrerar dödsfall i det Nationella palliativ registret.

Vilka arbetsätt har din verksamhet för att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprätthållas?

Detta sker bland annat genom att:

- Alla boende har under hösten uppdaterade riskbedömningar och riskanalyser för nutrition, fall, trycksår, riskbedömning av kund görs var 6:e månad eller vid förändringar i status. Under året har vi haft en märkbar omsättning av sjuksköterskor, men sedan augusti har vi nått en kontinuitet av denna yrkesgrupp samt anställt en koordinator för sjuksköterskorna. På grund av detta har upprättandet av riskanalyser blivit försenade.
- Kontinuerligt sker teammöten, omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Rehab har inte deltagit vid alla teammöten.
- Rehabteam har ett nära samarbete med sjuksköterska och vårdpersonal. Vårdpersonal skriver kontinuerlig på ärendelapp till rehabteamet med synpunkter och saker som behöver åtgärdas.
- All personal som har delegering har gjort kunskapstest i läkemedelhantering.
- Genom att arbeta aktivt med att fånga upp saker vid t ex läkemedelsgenomgång samverkan med läkare, nära samarbete med verksamhetschef.
- Alla synpunkter och klagomål tas upp på ledningsmöte, samt på arbetsplatsträffar.
- Daglig dokumentation rapportering både muntlig och skriftlig dokumentation.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Planering, Ledning och Egenkontroll

Verksamhetschefen är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschefen planerar arbetet kring patientsäkerhet (egenkontroll, kvalitetsregister, utbildning m.m.). Egenkontroll görs genom slumpmässigt dokumentationskontroll, kontroll att basal hygien rutiner följs.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom avvikelshanteringen.

Genomgång av avvikelser ske 1g/v i ledningsgruppen. Avvikelser av vikt gås i genom på APT till all personal 1g/månad. Redogörelse av alla HSL avvikelser görs till Kavats Vård MAS 1g/månad.

Beslutade åtgärder följs upp på reflektionsmöten med OAS och personalen och ledningsgrupp och APT.

Hur har patientsäkerhetsarbetet bedrivits och vilka åtgärder har genomförts för att öka patientsäkerheten?

Elinsborgs vårdboende registrerar i Palliativ registret och arbetar med checklista och förankrat rutinerna när en boende är i livets slutskede.
Alla tillsvidareanställda har idag formell vårdutbildning.

Utbildning som är genomförda 2017;

- Munhälsovårdsutbildning för omvårdnadspersonal

Hur har din verksamhet arbetat med patientsäkerheten under förra kalenderåret?

Under 2017 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp detta.

Antal skador i samband med fall har inte ökat, insatser som erbjudits de boende med fallrisk är fallskyddsmatta, höftskyddsbyxor och rörelselarm. Läkemedelsgenomgång har genomförts samt översyn av hjälpmedel. .

Riskbedömningar som fall, Norton och MNA har gjorts.

Apoteksgranskning genomfördes i september 2017.

Vilka åtgärder har ni vidtagit för att öka patientsäkerheten?

All personal har gjort Hygien ABC.

Sedan augusti månad är HSL-teamet fulltaligt med en sjuksköterskekoordinator och detta har möjliggjort att rutiner upprättats för det dagliga arbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

På Elinsborg finns läkare på plats för konsultation/rond. Dessutom har sjuksköterska kontinuerlig kontakt vid behov via telefon. När det gäller utbildningsinsatser har det skett efter behov.

Risikanalys

Risikanalys görs när ny boende flyttar in samt vid förändrat vårdbehov. Vid risikanalysarbetet medverkar berörda yrkeskategorier.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare rapporteringsskyldighet utifrån identifierade händelser. Personal rapporterar risker eller händelser som skulle kunna medföra eller medfört en vårdskada. En avvikelserapport skrivs och lämnas direkt ner till sjuksköterska. Avvikelse rapporteras alltid av den som upptäcker avvikelsen. Avvikelsen rapporteras genom blanketten "avvikelserapport" som fylls i (som finns på varje avdelning). Om avvikelsen avser Hälso- och sjukvård ska sjuksköterska informeras omgående. Om avvikelsen gäller att en boende ramlat ska sjuksköterska tillkallas och fallrapport ska fyllas i. Sjuksköterska lämnar sedan fallrapporten till sjukgymnast. Gäller avvikelsen risk för missförhållande skall utredning omedelbart startas av verksamhetschef och omedelbara åtgärder för att förhindra att avvikelsen inte upprepas.

Sjuksköterska gör första åtgärden på avvikelsen och rapporterar vidare till verksamhetschefen.

Avvikelsen utreds och återkopplas snarast till berörda personer. Avvikelserna tas upp på varje möte med ledningsgruppen som sker 1/veckan. Verksamhetschefen sammanställer månadens avvikelser och vidarebefordrar till Kavats vårdskvalitetschef. Avvikelserna återkopplas även på de månatliga APT. Ytterst ansvarig för alla avvikelser är verksamhetschef.

Klagomål och synpunkter

Alla medarbetare har rapporteringsskyldighet utifrån identifierade händelser. Det är varje medarbetares skyldighet att rapportera in synpunkter eller klagomål från kunder eller närstående. Synpunkt eller klagomål skrivs på avsedd blankett och lämnas till verksamhetschef. Synpunkt och klagomålsinformation lämna även ut när ny boende flyttar in. Verksamhetschefen ger en första återkoppling till berörd person snarast. Synpunkten eller klagomålet behandlas sedan som en avvikelserapport eller utredning om "risk för missförhållande". Återkoppling sker till berörda personer.

Sammanställning och analys

Rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och går igenom vid varje ny avvikelse. Detta för att kunna se likheter och mönster från eventuella föregående avvikelser inom liknande område. Åtgärder som skall tas efter eventuella mönster och trender tas upp på ledningsmöten, våningsmöten samt APT.

Samverkan med patienter och närstående

En närståendeträff har anordnats under hösten, där information lämnades om beslutet av stänga verksamheten oktober 2018. Nyhetsbrev har skickas från ut från verksamhetschef 2 ggr under hösten samt ett VD brev skickas ut från VD, Övrigt så initierar omvårdnadsansvarig sjuksköterska vårdplaneringar vid behov.

Antal personal som utbildats inom nedanstående områden

Förflyttningsteknik: 0
Vårdhygien: 0
Inkontinenshjälpmedel: 0

Processmått

Antal boende med riskanalyser avseende:
Fall: 16
Tryckskador: 16
Malnutrition: 16

Antal boende med risk för
Fall:9
Tryckskador: 0
Nutrition: 0

Resultatmått

Antal patienter med vårdskador: 0
Antal patienter med vårdrelaterade infektioner: 0
Antal patienter med trycksår: 0

Antal avvikelser under året avseende

Fall: 12
Läkemedel: 5
Tryckskador: 0
Medicintekniska produkter:0

Antal avvikelser som lett till läkarkontakt avseende

Fall: 3
Läkemedel:0
Tryckskador: 0
Medicintekniska produkter: 0

Siv Hammarström
verksamhetschef