

Patientsäkerhetsberättelse

Version: 3	Gäller för: Attendo Skandinavien Äldreomsorg	Dokumentansvarig: Kvalitetschef ASO	Upprättad: 2016-10-01	Utarbetad av: Maria Ekelund Dannert	Reviderad av: Lena Rosberg
---------------	---	--	--------------------------	---	-------------------------------

Patientsäkerhetsberättelse för

Attendo Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende

År 2018

2019-01-31, Petra Lindhe & Jennifer Johanson

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
Sammanfattning	3
Övergripande mål	3
Ansvarsfördelning	4
Mät- och uppföljningsmetod	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	6
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	7
Granskning av dokumentation	5
Samverkan	9
Riskanalys	9
Rapporteringskyldighet	10
Synpunkter och klagomål	11
Samverkan med brukare och närstående	12
Uppföljning av informationssäkerheten	8
Resultat	12
Övergripande Mål för kommande år	13

Sammanfattning

- Vi har genomfört dokumentationsgranskning samt utbildat sjuksköterskorna i dokumentationssystemet VODOK
- Vi har anställt 6 nya sjuksköterskor, varav 5 har påbörjat sin tjänst.
- Samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning Demens ABC via demenscentrum
- Plan för att infektionsregistrering ska ske varje månad har tagits fram
- Samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.
- Följsamhet av basala hygienrutiner är genomförd 1 gång under året.
- Natt- och dygnsfastemätning har genomförts 2 gånger under året.
- Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kvalitetssamordnare samt kvalitetsombud. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetssätt. Händelser rapporteras i det elektroniska systemet Attendo ADD och hanteras på verksamhetens kvalitetsmöten.
- Medarbetarna rapporterar risker, tillbud och negativa händelser via elektroniskt system för händelser, Attendo ADD. De rapporterar även via teammöten där risker identifieras.
- Patienters och närståendes synpunkter och klagomål som haft betydelse för patientsäkerheten har mottagits och hanterats enligt lokal rutin.
- Patienter och/eller närstående erbjuds vårdplanering inom 14 dagar efter inflytt samt minst 1 gång/år och vid förändrat hälsotillstånd. Närstående bjuds in till närståendemöte 2 gånger/år för att bland annat diskutera hur vi kan arbeta för att öka patientsäkerheten.
- Resultatet har genomgående bringat tydlighet kring vilka delar verksamheten måste arbeta vidare med för att öka patientsäkerheten.

Övergripande mål

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

Verksamheten togs över från annan utförare den 2018-01-16. Detta innebär att verksamheten inte har något föregående år att jämföra med för att sätta upp målen för 2018.

Målet har varit att samtliga patienter ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar utifrån MNA, Norton, Downton och ROAG.

Målet har varit att samtliga patienter med identifierad risk ska ha en hälsoplan.

Målet har varit att samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa Registret.

Målet har varit att samtliga patienter ska ha en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Målet har varit att samtliga patienter ska registreras i Senior Alert.

Målet har varit att samtliga medarbetare ska genomgå webbutbildning Demens ABC via Demenscentrum.

Målet har varit att göra infektionsregistrering varje månad som kvartalsvis skickas till MAS.

Ansvarsfördelning

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

Verksamhetschef

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. Ansvarar även för att rutinerna är väl kända och efterlevs av samtliga medarbetare.

Främja kostnadseffektivitet.

Tillse att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Utreda händelser 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 om Lokal kontroll/verifiering.

Dokumenterar arbetet i en verksamhetsplan, kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Har tillsammans med verksamhetschefen ett ansvar för att brukaren ska få en säker och ändamålsenlig sjukvård. I MAS ansvaret ingår även att tillse att författningsbeskrivningar och andra regler är kända och följs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen (sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbaserat arbete).

Läkarorganisation

Sabbatsbergsgeriatriken har ett patientansvar för varje patient. Arbetet sker i samverkan med respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Händelsehantering

Varje enhet har en kvalitetsgrupp. I gruppen ingår kvalitetssamordnare, verksamhetschef, kvalitetsombud, arbetsterapeut, fysioterapeut samt sjuksköterska. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samla in alla händelser under månaden och sammankalla verksamhetens kvalitetsgrupp en gång varje månad. Gruppen diskuterar övergripande kvalitetsfrågor samt strategier för enhetens löpande kvalitetsarbetet. Kvalitetssamordnaren går igenom föregående månads händelserapporter/avvikelser med analyser, åtgärder och uppföljningsansvar samt riskbedömningar/riskanalyser ur ett kundperspektiv. Övergripande synpunkter och klagomål tas upp i kvalitetsgruppen. Protokoll förs vid varje möte och rapporteras i företagets kvalitetssystem ADD. Förebyggande arbete baserat på information om inträffade händelser pågår ständigt i verksamheten. Arbetet diskuteras och följs upp i kvalitetsgrupp, teammöten, avdelningsmöten, APT, HSL-möten m.m.

På de veckovisa teammötena som består av verksamhetschef, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska hanteras patientärenden utifrån händelser och händelsestatistik.

Synpunkter och klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och teammöten.

Om synpunkten/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden, hänvisas patienten/närstående till företagets kvalitetschef.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet. Verksamhetschefen informerar beställare kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Lex Maria

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

När en patient flyttar in görs riskbedömningar utifrån fall, nutrition och trycksår. Samma riskbedömningar görs sedan minst var 6:e månad och/eller vid förändrat hälsotillstånd.

Vid risk för fall, trycksår eller undernäring upprättas en hälsoplan med problem, mål och åtgärd samt uppföljning.

Avdelningarna har teammöte 1 gång/månad bland annat där följs hälsoplanerna och riskbedömningarna upp. Även vid interna dokumentationsgranskningar granskas om riskbedömningar är gjorda/aktuella samt om hälsoplaner för identifierade risken finns upprättade.

Ett annat forum för identifiering av risker och eventuella vårdskador är det månatliga kvalitetsmötet. På kvalitetsmötet är samtliga avdelningar representerade samt arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och verksamhetschef. Rapportering från kvalitetsmötet är en stående punkt på verksamhetens APT.

När fallrapport inkommer träffas HSL-gruppen för ett "fallmöte" där orsak och åtgärder diskuteras för att sedan tas vidare till omvårdnadspersonalen för vidare diskussion.

Eventuella vårdskador följs framförallt upp genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter.

Kunskap om vidtagna åtgärder återförs, förutom via APT, även på teammöten och avdelningsmöten för att om möjligt motverka att fler patienter drabbas av de eventuella vårdskadorna.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

HSL-dokumentationen under 2018 har varit bristfällig. 6 sjuksköterskor av verksamhetens 9 aktuella sjuksköterskor har aldrig tidigare arbetat i dokumentationssystemet VODOK. Arbetsterapeuten har inte heller gjort det. Däremot är fysioterapeuten dokumentationshandledare och varit det sedan VODOK och ICF förenades. Stort behov av utbildning i dokumentationssystemet har därför funnits under 2018.

Sjuksköterskor dagtid samt arbetsterapeut har genomgått utbildning med dokumentationshandledaren vid 1 tillfälle samt haft regelbundna dokumentationsmöten

för att lyfta de utmaningar som finns kring dokumentationen. Nattsjuksköterskorna har erbjudits att delta i dessa möten samt utbildningen. Dokumentationshandledaren har tillsammans med en av sjuksköterskorna tagit fram en intern lathund i form av en broschyr kring de grundläggande och vanligaste sökorden dokumentation sker inom.

Dokumentationsgranskning i november 2018 visar på att samtliga patienter inte har aktuella riskbedömningar med tillhörande hälsoplaner. De har inte heller aktuellt status.

Resultatet av granskningen har återförts till hela HSL-gruppen på både HSL-möten och sjuksköterskemöten. Plan för åtgärd finns.

Verksamheten har registrerat i Palliativa registret under 2018. 10 av 23 dödsfall är registrerade. Resultatet kommer att återföras till sjuksköterskegruppen för vidare åtgärd. Ansvarig för palliativa registret kommer att utses och ansvarsbeskrivning kommer att upprättas.

Samtliga patienter har stora delar under året inte haft en omvårdnadsansvarig sjuksköterska till följd av att samtliga sjuksköterskor dagtid sa upp sig våren 2018 och därmed försvann från verksamheten under sommaren. Den 2018-12-31 var det 16 patienter som inte hade en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

85% av verksamhetens vårdplatser har inriktning demens. Då verksamheten är ny för Attendo är utföraren osäker på kompetensnivån kring vård och omsorg om demenssjuka. Med anledning av det har medarbetarna, för att öka kompetensen inom demensvård, genomgått webbutbildning Demens ABC via demenscentrums hemsida.

Verksamheten har under 2018 inte registrerat i Senior Alert med anledning av att sjuksköterskegruppen försvann under sommaren och det har tagit tid att rekrytera en ny sjuksköterskegrupp. Registrering i Senior Alert ska ske under 2019 och arbetet har påbörjats med att biträdande verksamhetschef tar kontakt med Senior Alert för registrering av verksamhet.

Infektionsregistrering har inte skett under januari-september, men finns för oktober-december. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har en lista där de direkt fyller i om någon blir insatt på antibiotika för att säkra att registrering sker. Ansvarig för att påminna och samla in statistiskt samt förmedla till MAS finns i sjuksköterskegruppen från och med oktober 2018.

Uppföljning av följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts 1 gång under året där en och samma person har gjort observationer på samtliga avdelningar.

Samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.

Natt- och dygnsfastemätning har genomförts 2 gånger under året.

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

Spindeldiagram har tagits fram i Palliativa registret där det visar att vi framförallt har förbättringspotential kring att registrera dödsfall, smärtskattning sista levnadsveckan samt dokumentation av munhalsbedömning sista levnadsveckan. Jämförelse har gjorts med Attendo Fresta Allé i Upplands Väsby.

Jämförelse med Stockholm har gjorts i brukarundersökningen avseende möjligheten att få träffa sjuksköterska och läkare vid behov samt om vetskapen kring vart man vänder sig med synpunkter och klagomål.

Då verksamheten är övertagen ses det som en uppstart i Attendo, vilket innebär att någon stor egenkontroll inte har genomförts.

Kvalitetsgranskningen avseende läkemedelshantering visar på en del förbättringsområden.

Under året har det funnits synpunkter kring avsaknad av timbalkost vid övertagandet, oro kring personalplanering för patient med multiresistenta bakterier samt läkemedelshantering.

Antalet fall under 2018 har varit 153 st och antalet händelser kring läkemedelshantering har varit 77 st.

Orsaksanalys

Hela sjuksköterskegruppen, dagtid, har bytts ut, vilket har medfört ett stort glapp i omvårdnadsansvar och ansvar inom olika områden i övrigt HSL-arbete pga svårighet att rekrytera samt uppsägningstider för de som rekryterats.

Verksamheten hade fått information från central inköpsavdelning inom företaget att timbalkost via Dafgård skulle ske som tidigare efter flytt av fabrik hösten 2017. Dafgård har inte informerat Attendo, vilket medförde att timbalkost inte levererades.

Oro kring personalplanering bottnade i protest från sjuksköterskegruppen gentemot ny utförare.

Synpunkterna kring läkemedelshantering berodde på avsaknad av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och plan för hur det skulle hanteras när det inte fanns någon omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Delar av bristerna i kvalitetsgranskningen av läkemedel beror på avsaknaden av ordinarie sjuksköterskor, ej förankrade rutiner samt oerfarenhet inom särskilt boende. Dock fanns det inga alarmerande brister utan det var förbättringsförslag på redan befintliga rutiner och arbetssätt.

Avsaknaden av ordinarie sjuksköterskor har påverkat det teamarbete som sker kring varje patient. T ex har det påverkat antalet fall där det inte har varit möjligt att ha fallkonferenser och följa upp kontinuerligt. Läkemedelshantering har påverkats av att det inte har funnits en ordinarie sjuksköterska med en helhetssyn kring läkemedelshantering.

Granskning av dokumentationen

Granskning av dokumentationen är ej gjord förrän Q4. Då visade granskningen ett resultat på 39%. Ny granskning görs i januari 2019.

Orsaksanalys

Orsaken till det låga resultatet är att sjuksköterskorna inte dokumenterat i VODOK tidigare samt att det under juli-oktober inte funnits några omvårdnadsansvariga sjuksköterkor med helhetsbild och helhetsansvar för riskbedömningar och dokumentation.

Dokumentationshandledaren har haft utbildning i grundläggande kunskaper i VODOK för att sedan ha regelbundna dokumentationsmöten där frågor och observationer kring dokumentationen lyfts och diskuterats.

Samverkan

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

Samverkan sker med läkarorganisation – det har inte funnits någon regelbundenet utan samverkansmöte har skett på initiativ från verksamheten. Former för samverkan framledes bestäms under det samverkansmöte som genomfördes under 2018.

Verksamheten har lyft att det inte finns något samverkansavtal.

Samverkan med Folktandvården och Flexident för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med stadens MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Norrmalms stadsdelsförvaltning en gång per år.

Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, avdelningsmöten och HSL-möten.

Vi har avtal med Vårdhygien Stockholms länslandsting. Deras uppgift är att vara en expertfunktion med ett konsultativt arbetssätt. Genom undervisning, rådgivning och kvalitetssäkring hjälper de vårdens chefer och medarbetare att ge patienter/vårdtagare en god och säker vård.

Apoteket AB utför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering så att denna är utförd enligt författningar och övriga riktlinjer.

Samverkan sker med hjälpmedelscentral Sodexo genom konsultation, utbildning och förskrivning.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kvalitetssamordnare samt kvalitetsombud. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra

riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamhetscheferna har gått utbildning i risk- och händelseanalys.

Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetsätt. Vi bedömer riskernas storlek utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande samt bedömer åtgärdsförslagets effekt utifrån en riskmatrismall. Verksamhetschefen granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risker ur ett patientperspektiv och verksamhetsperspektiv. Åtgärder vidtas och följs upp.

Verksamhetschef/regionchef beslutar om åtgärder som ska vidtas mot bakomliggande orsaker och därefter följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten. Alla åtgärder följs upp för att säkerställa att de har avsedd effekt.

Verksamhetschef/regionchef informerar alltid den regionala kvalitetsutvecklaren som arbetar centralt och som i sin tur ansvarar för spridning av kunskaperna i företaget.

Rapporteringskyldighet

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

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska omgående påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Information till patient och/eller närstående

Har det inträffade inneburit risk för patienten att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom ska denne underrättas om att anmälan gjorts till IVO. Om patienten är oförmögen att ta emot eller förstå information ska närstående informeras.

Verksamhetens chefs ansvar

- Rapportera till Attendos MAS
- Skicka kopia på rapport till Attendos MAS, originalet bifogas med journalen
- Påbörja en risk- och händelseanalys

Dokumentation

- Skriv händelserapport i Attendo ADD. Skriv ner det inträffade så fort det är möjligt så att inte viktiga detaljer glöms bort.
- Patienten ska i samband med att en anmälan upprättas ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.
- Dokumentera i HSL-journalen.
- Anteckning ska göras i journalen att anmälan är gjord samt att patient och/eller närstående underrättas samt att regionchef, kvalitetsutvecklare, informationschef och beställare informerats.

Synpunkter och klagomål

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

Ledningen ska alltid vara lyhörd för förslag och synpunkter från patienter, närstående och medarbetare.

När en medarbetare får ta emot synpunkter/klagomål går hen aldrig in i försvarstal eller försvarsställning utan:

- lyssnar utan att avbryta
- tar reda på vad som har hänt. Visar att hen är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som "hur, varför, när, vad?"
- svarar så gott hen kan
- om hen inte kan svara hänvisar hen till sjuksköterska eller verksamhetschef
- rekommenderar att en synpunktsblankett fylls i och erbjuder vid behov sin hjälp med att fylla i blanketten

Synpunktsblankett "Vi vill bli bättre" finns i entrén/hisshallen på varje avdelning.

Om en medarbetare får ta emot en muntlig synpunkt/ klagomål, erbjuder hen alltid den som lämnar synpunkten/klagomålet att skriva ner det på avsedd blankett. Om endast muntlig synpunkt lämnas ansvarar medarbetaren för att skriva ner synpunkten/klagomålet så snart som möjligt och lämna till verksamhetschefen.

Verksamhetschef informerar om hur man lämnar synpunkter och klagomål i samband med inflytt samt två gånger per år via veckobrev.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och teammöten.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet samt som en händelse i Attendo ADD. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar beställaren kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Sammanställning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Samverkan med patient och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Rutin finns för hur patienten görs delaktig i sin planering av vård/behandling och omsorg. Information ska ges på ett sätt så att patient och närstående upplever delaktighet och att de kan medverka i vården/omsorgen.

Vårdplanering ska ske senast 14 dagar efter inflytt och sedan minst 1 gång/år eller oftare vid förändrat hälsotillstånd. Vårdplaneringen är ett utmärkt forum för patienter och eventuella närstående att framföra synpunkter avseende hur vi kan förebygga vårdskador eller på annat sätt förbättra patientsäkerheten.

Då en vårdskada inträffat informerar vi alltid patient och/eller närstående som då får möjlighet att medverka i arbetet kring vårdskadan.

Närstående bjuds in till närståendemöte 2 gånger per år där möjlighet att framföra synpunkter och förslag för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt finns.

Verksamhetschef skickar varje vecka via mail information till närstående om saker som är på gång eller har hänt i verksamheten.

Uppföljning av informationssäkerheten

Det är verksamhetschefens ansvar att göra en behovs- och riskanalys inför behörighetsgivning till respektive medarbetare innan tillgång till systemet delges medarbetaren. Medarbetare ska ha tillgång till de journaler som krävs för att medarbetaren ska kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Behovs- och riskanalys ska dokumenteras i personakten för varje medarbetare. Om medarbetaren senare behöver flera rättigheter ska ny behovs- och riskanalys utföras av verksamhetschefen och dokumenteras.

Varje kvartal och vid misstanke om obehörigs åtkomst till journaler ska loggningskontroll omedelbart ske. Ett protokoll som dokumenterar att granskning har skett ska föras på en särskild blankett och arkiveras på enheten. All loggningskontroll ska dokumenteras.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Avseende riskbedömningar och hälsoplaner är resultatet enligt nedan:

MNA: 60 av 106 har aktuell riskbedömning

Norton: 60 av 106 har aktuell riskbedömning

Downton: 62 av 106 har aktuell riskbedömning

ROAG: 32 av 106 har aktuell riskbedömning

Totalt är 214 av 318 riskbedömningar gjorda, vilket innebär att 67% av alla riskbedömningar är genomförda. Av de genomförda riskbedömningarna genererar 150 bedömningar risk. Av de risker som är identifierade har 92% hälsoplaner.

Målet om att samtliga patienter ska ha aktuella riskbedömningar samt eventuella hälsoplaner är därmed inte uppnått.

I Palliativa registret är 10 av 23 dödsfall registrerade, vilket motsvarar 43%. Målet att samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa registret är därmed inte uppnått.

Då det saknas omvårdnadsansvarig sjuksköterska för 16 patienter har målet kring omvårdnadsansvarig sjuksköterska för samtliga patienter inte uppnåtts då 15% av patienterna är utan omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Verksamheten registrerar inte i Senior Alert och därmed är det målet inte uppnått.

Samtliga medarbetare har genomgått webbutbildningen Demens ABC.

Infektionsregistrering har gjorts för oktober-december, men i övrigt inte. Målet att infektionsregistrera varje månad är därmed inte uppnått.

1 av 7 mål är uppnått, vilket motsvarar 14%.

Övergripande Mål för kommande år

Övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2019 är:

- att minska antalet fall med 10%
- att bli godkänd i HSL-dokumentationen genom utbildningsinsatser, regelbundna granskningar och uppföljningar
- att registrera riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete
- påbörja registrering i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården
- att samtliga patienter ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner
- komplett infektionsregistrering
- att registrera samtliga dödsfall i Palliativa registret