



Patientsäkerhetsberättelse för Tallbohovs äldreboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-22 Elisabet Stark

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| Sammanfattning | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 3 |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 3 |
| Struktur för uppföljning/utvärdering | 3 |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 3 |
| Riskanalys | 3 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 3 |
| Hantering av klagomål och synpunkter | 4 |
| Samverkan med patienter och närstående | 4 |
| Sammanställning och analys | 4 |
| Resultat | 5 |

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 §

Sammanfattning

- De viktigaste åtgärderna som vi gör för att öka patientsäkerheten är att vi utvärderar och granskar avvikelserna.
- Vi betonar vikten av att leta systemfel och inte syndabockar i vårt avvikelsearbete
- Varje avvikelse har dokumenterats i Procapita, avvikelssystemet.
- Vi har en punkt på varje APT är vi tar upp de avvikelser som inkommit under månaden och som är relevanta att diskutera. Detta för att lära oss av tidigare avvikelser.

Övergripande mål och strategier

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

Målet är att alla avvikelser ska dokumenteras och utvärderas. Samt att se över förbättringsförslag för att undvika fler avvikelser.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

SoL personalen skriver avvikelserna på avsedd blankett och vidarebefordrar till HSL personalen. HSL personalen för in avvikelserna i Procapita, avvikelsemodulen. Den vidarebefordras till Verksamhetschefen som avgör om den ska gå vidare till masen eller inte.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser som leder till vårdskador hamnar alltid hos Masen som tar beslut om det ska gå vidare till Lex Maria. Då blir det en utredning vilket verksamheten får ta del av och det är verksamheten som får åtgärda de eventuella bristerna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Fall: 133 stycken

Av dessa fall så är det 36 personer inblandade. Endast ett fall ledde till sjukhusvård, övriga fall hade ingen skada.

Vi arbetar med fallprevention, men det finns fall där boende väljer själva att inte medverka i fallpreventionen.

Fallprevention sätts in i stort sett direkt när vi får en ny boende eller när boendes status ändras.

Läkemedelshantering: 40 st

Gäller framför allt utebliven dos av olika orsaker. Ingen allvarlig avvikelse har inkommit.

Delegering till omvårdnadspersonal görs av Leg. Sjuksköterska efter att deras kompetens har utvärderats. Omvårdnadspersonalen får göra demenscentrums webutbildning ”jobba säkert med läkemedel”. Därefter går själva läkemedelshanteringens igenom. Detta gäller alla delegerade arbetsuppgifter. APO delegeringen gäller generellt för alla boende medan de mer specifika delegeringarna såsom till exempel Insulin gäller för namngiven boende. Vi följer Masens rutiner.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid varje ny boende samt vid ändrad status så görs en riskanalys. Denna ligger som grund för de åtgärder vi vidtar för att t.ex. förhindra fall.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5
Avvikelser

All personal får vid nyanställning samt en gång om året information om Lex Sarah samt om avvikelseblanketten och vad som ska rapporteras vidare till berörd person. Det finns väl utarbetade rutiner hur avvikelshanteringen fungerar. Vi betonar vikten av att vi letar systemfel inte syndabockar.

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

| | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| Kunden anmäler ett klagomål | - Förhållningssätt - Information om blanketten "Hjälp oss att bli bättre" - servicecenter | - Förhållningssätt - Information om blanketten "Hjälp oss att bli bättre" - servicecenter | |
| Klagomålet lämnas till | | - tas emot - bekräftas genom kontakt per telefon eller brev - | Får bekräftelse per post eller tfn |
| Klagomålet registreras och utreds | | - utvecklingsledare | - kontaktas för komplettering etc |
| Klagomålet - underlag för diskussion om arbetssätt | - information på arbetsplatsträff eller avdelningsmöte | - föranleds förändringar i enhetens arbetssätt eller rutiner? | |
| Klagomålet åtgärdat | | Informerar kunden om resultat | Får information om resultat |
| Information till socialnämnden | | Avdelningschef ansvarar | |
| Klagomålet med utredning Lämnas till utvecklingsledare ledning och stöd | | Verksamhetschef ansvarar | |

Under 2019 kommer vi att göra en genomlysning av ett nytt kvalitetsledningssystem och arbete pågår med att uppdatera vårt klagomål/synpunkter/avvikelse system. Detta kommer troligtvis att införas under 2019.

Samverkan med patienter och närstående*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vi för alltid en dialog med anhöriga och företrädare i dessa frågor.

Sammanställning och analys*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Vi sammanställer avvikelser varje år.

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

Under 2018 hade Tallbohovs äldreboende

- 133 stycken fall.
- 1 stycken gällande brist i verksamhet
- 40 avvikelser gällande läkemedel.
- 0 avvikelser gällande trycksår.
- 4 avvikelser gällande MTP
- 6 avvikelser gällande spec. omvårdnad
- 4 avvikelser gällande rutiner i organisation/samverkan
- 0 avvikelser gällande trycksår
- 13 avvikelser gällande hälso- och sjukvårdsuppgift
- 0 avvikelser gällande dokumentation