

## Björkens Äldreboende

### PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR ÅR 2016

#### Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits på följande sätt:

##### Undernäring:

Vikt tas på alla boenden vid inflyttning och sedan var 3:e månad eller vid behov.

*Mätmetod:* **MNA** – riskbedömningar registreras i Senior alert och Procapita.

För att öka patientsäkerheten gör vi åtgärdsplaner vid behov, ger näringsdryck m.m.,  
Konsulterar tjänstgörande läkare om andra åtgärder måste vidtas.

**Trycksår:** riskbedömning av trycksår görs vid inflyttning och förebyggande av trycksår görs var 6:e månad eller oftare vid förändring.

*Mätmetod:* **NORTON** – riskbedömningar registreras i Senior alert och Procapita

För att öka och förebygga patientsäkerheten sätter vi in vändschema, använder Antidecubitusmadrass m.m.

**Fallrisk:** riskbedömning görs vid inflyttning och förebyggande av fall görs var 6:e månad eller oftare vid förändring.

*Mätmetod:* **Downton** - görs i samarbete med sjukgymnast

Riskbedömningar registreras i Senior alert, Procapita. Vi arbetar alltid förebyggande, vi gör riskanalyser.

Fallavvikelse registreras på papper samt i Procapita och utvärderas av SSK, paramed. och Vc samt tas upp på avdelningsmöten (2 ggr/månad) för att kunna arbeta förebyggande.

**Avvikelse rapporter:** anmäls av personal till SSK och på papper vid inträffade händelser som t.ex. fall, avvikelse av dokumentation, felaktig medicin givning. Lokal rutin finns.

**Signeringslistor:** fylls i efter varje form av läkemedelshantering, t.ex. ordinarie medicindelning, vid behovsmedicin, påfyllning av dosett, utdelning av APO-dos.

Medicinavvikelse fylls i pappersform och dessa utvärderas av SSK och av Vc samt på avdelningsmötena.

**Delegeringsrutiner:** SSK har en noggrann genomgång och kontroll vid delegeringstillfället.

Detta görs 1 ggr/år då all personal får ett frågeformulär som skall fyllas i för att säkerställa delegeringar. Vi följer riktlinjerna från MAS. Man använder två olika frågeformulär vid delegeringstillfället, 1 frågeformulär för medicin och 1 för insulin.

Nyanställd personal får arbeta ett tag på Björken innan det är aktuellt för delegering och detta är för att kunna säkerställa det medicinska ansvaret man får med delegering

**Dokumentation:** sker enligt HSL och SoL

All personal skall läsa och använda Procapita, SoL dokumentation.

**Avdelningsrapportering:** mellan sjuksköterska/undersköterska och mellan sjuksköterska/sjuksköterska sker dagligen. SSK deltar vid varje avdelningsmöte som de har ansvar för. Dessa avdelningsmöten sker 2ggr/månad, 1 ½ timme/gång.

**Kontakt med läkare/nattsköterska:** lokal rutiner finns för när och hur man kontaktar jourläkare eller nattsköterska. Plastfickor med färdiga identitetsband och vårdmeddelande finns i den boendes pärm på rummet ifall man behöver åka in akut. Det finns även rutin för att aktuell läkemedelslista ska bli medtagen om man behöver åka in till sjukhus.

**Hygienrutiner:** följs noggrant och skrivs under av all personal vid anställningstillfället. Hygiengenomgång med all personal sker minst 1 ggr/år men även vid APT och avdelningsmöten. De basala hygienrutinerna och riktlinjerna följs som att använda förkläden, handsprit, handskar m.m.

**Läkemedelshantering:** lokal rutin finns och man följer MAS riktlinjer vid kontroll av narkotika klassade läkemedel i akut- och buffertförråden samt de boendes läkemedel. Genomgång av läkemedel från Apoteksinspektionen sker 1 gång/år. Läkemedelsgenomgång med läkaren sker 1 gång/år. Medicin förrådet gås igenom 1 gång/vecka. Ansvarsområden finns för SSK.

**Vård i livets slut:** huset har 6 palliativa ombud. Rutiner för omvårdnaden i livets slutskede finns och man använder en checklista samt att det finns informations pärm för de anhöriga och personalen.

Rutiner finns för insättning av smärtstillande läkemedel vid vård i livets slut.

Nationella kvalitetsregistret, registrering sker alltid i det Palliativa registret av SSK.

**Munhälsovård:** De boendena har tandvårdsstödsintyg och de har fått munhälsobedömning. Munvårdskortet förvaras i den individuella pärmen samt i HSL dokumentationen.

**Medicintekniska produkter:** det finns lokala rutiner för användandet av MTP samt avtal för service och besiktning.

**Tillsyn av hälso- och sjukvården:** Extern tillsyn har skett under -14 med påtalanden om vissa förbättringsområden.

**Nationella punktprevalensmätningar under år 2016:** antal trycksador – inga trycksador  
Personalens följsamhet till basala hygienrutiner har varit bra.

Sammanställning på avvikelser som skett under januari till december år 2016.

Antal fall: 41st

Antal medicinska avvikelser: 14st

Verksamhetschef

Ursula Tampio