



## **Patientsäkerhetsberättelse för Ekens äldreboende**

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-01-02 Åsa Hagestål

---

---

## 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
Risikanalys	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.
- Varje avvikelse har dokumenterats i Procapita, avvikelssystemet.
- Vi har en stående punkt på varje APT är vi tar upp alla avvikelser som inkommit under månaden. Detta för att diskutera och 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*

Under föregående år så har vi minskat antalet fall. Vi arbetar med fallprevention, vilket kan vara en del av förklaringen. Fallprevention sätts in i stort sett direkt när vi får en ny boende eller när boendes status ändras. Avvikelserna gällande ordinationer från leg arbetsterapeut och leg fysioterapeut (hälso- och sjukvårdsuppgift) ökar fortfarande och vi kommer att fortsätta vårt arbete med att informera/utbilda medarbetarna i vikten av att följa deras ordinationer.

Vi har kvalitetssäkrat all användning av inkontinenshjälpmedel under 2016.

### **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.

### **Hälso- 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 syndaböcker.

**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”	- Förhållningssätt - Information om blanketten ”Hjälp oss att bli bättre	
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		Verksamhetschef ansvarar	
Klagomålet med utredning Lämnas till utvecklingsledare ledning och stöd		Verksamhetschef ansvarar	

Under 2017 kommer vi att införa ett nytt kvalitetsledningssystem och arbete pågår med att uppdatera vårt klagomål/synpunkter/avvikelse system.

**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 månad.

**Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Under 2016 hade Eken

- 32 stycken fall av vilka 4 stycken ledde till uppsökandet av akutsjukvård.
- 9 avvikelser gällande läkemedel.
- 0 avvikelser gällande trycksår.
- 0 avvikelser gällande MTP
- 1 avvikelser gällande spec. omvårdnad
- 0 avvikelser gällande rutiner i organisation/samverkan
- 0 avvikelser gällande trycksår
- 39 avvikelser gällande hälso- och sjukvårdsuppgift