



Patientsäkerhetsberättelse för Färingsöhemmets och Ekgårdens särskilda boenden

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet
2015-01-26 Pirjo Ridemalm sektionschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	14
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

Sammanfattning

Ett systematiskt arbete för att identifiera riskområden för att förebygga ohälsa och undvika vårdskador har fortgått under 2014. Riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa har genomförts, vårdplaner upprättats och uppföljningar av dessa har skett. Det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och Svenska Palliativregistret används och arbete med BPSD register har påbörjats. Hälso- och sjukvårdspersonal använder säker inloggning med SITHS kort vid registreringar via IT.

Patientsäkerhetsarbete sker även genom egenkontroller och punktprevalensmätningar (hygien, fall och trycksår). Checklistor och instrument enligt vårdhygien, Senior alert, Svenska palliativregistret, Svensk demenscentrum och BPSD register används för egenkontroller.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker, tillbud och negativa händelser.

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom vårdplaneringar, läkemedelgenomgångar och samtal med vård-, rehab-och omsorgspersonalen. Läkaren, tandvårdspersonal och foterapeuter är delaktiga i arbetet.

Patientsäkerhetsarbete inom demensvård utgår ifrån nationella riktlinjer. Förberedande arbete inför registreringen i BPSD kvalitetsregistret (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom) är genomförd under året 2014. Detta innebär utbildningar till personalen och information till den enskilde och anhöriga.

Patientsäkerhetsarbete innebär en ständigt pågående dialog mellan olika professioner och med den enskilde.

Som resultat bedöms medvetandegörande om systematiskt arbetsätt med egenkontroller och händelseanalyser det viktigaste, även olika delar i arbetet är redan kända i verksamheten.



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheten är att säkerställa att den enskilde får en god och säker vård och omsorg.

Målet för vårt patientsäkerhetsarbete är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård och följa Produktion omsorgs ledningssystem samt riktlinjer från kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Målet är även att identifiera risker och därmed förebygga vårdskador.

Som strategi för att identifiera brister och utveckla verksamheten används rapporter om avvikelser, synpunkter och klagomål. Händelseanalyser, återkopplingar och uppföljningar påbörjas omgående efter incidenten.

Även riskbedömningar gällande fall, malnutrition, munhälsa och trycksår i enlighet med nationella rekommendationer är en strategi i patientsäkerhetsarbete.

Samtliga boende erbjuds riskbedömningarna. Riskerna, åtgärderna och uppföljningarna dokumenteras i journalen och efter samtycke från den enskilde registreras i Senior Alert.

Mål för den palliativa omvårdnaden är att alla boende och deras närstående ska känna trygghet. Verksamheten följer de nationella riktlinjer för palliativ vård. Samtliga dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.

SITHS kort används för att följa patientdatalagens krav för IT användning.

Målet inom området läkemedel är att den enskilde får adekvat läkemedelsbehandling, är delaktig i det och att verksamheten har säker läkemedelshantering.

Systematiska läkemedelsgenomgångar ordnas enligt etablerad rutin. Läkemedelsgenomgången sker vid inflyttning till säbo och därefter minst en gång per år samt vid förändringar.

För läkemedelshantering finns lokala rutiner för att skapa en gemensam strategi vad det gäller praktiskt arbete runt läkemedel, rutiner innefattar även delegering av hälso-och sjukvårdsarbetsuppgifter.

Målet med patientsäkerhetsarbetet inom vårdhygien är att förhindra smitta, vårdrelaterade infektioner och vårdskador som är relaterade till hygien.

För att nå målet finns det krav för utbildningar för all personal samt en teamgrupp som arbetar med hygienfrågor inom enheterna.

Utbildningar och vägledning från hygiensjuksköterska från SLL används. Hygiensjuksköterska gör hygienrond på enheterna.

All personal genomför utbildning i basala hygienrutiner genom vårdhygiens E-utbildning en gång per år. Verksamheten deltar i den nationella punktprevalensmätningen inom hygien och gör egen kontroll ronder.

Målet med patientsäkerhetsarbetet inom demensvård är god vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Nationella riktlinjer är vägledande för att säkerställa kvalitén inom demensvård. Utbildningar till personalen samt verksamhetsnära handledning och reflektion är strategier för att nå målet.

Verksamhetens eget nätverk (demensteam) arbetar för att metoder inom demensvård är kända och handleder och utbildar övrig personal.

All personal ska genomgå webbutbildningar: Demens ABC och Demens ABC plus. Verksamheten arbetar med reflekterande arbetsätt med hjälp av utbildade reflektionsledare.

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete inom den egna verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer upp och utvärderar målen.

Produktion omsorg ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vården ska bedrivas med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Sektionschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner som är fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). I ansvaret ingår adekvat

resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

MAS har ansvar att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet. MAS upprättar rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård i Ekerö Kommun och genomför årliga kvalitetsuppföljningar.

Hälso- och sjukvårdspersonal, d.v.s. sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. HSL personal har ansvar att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

Omsorgspersonal som efter delegering utför hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

Verksamhetens egna kompetensgrupper/ team inom hygien, palliativ vård, nutrition, psykisk ohälsa och demens arbetar för att stärka patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Verksamhetens ledningssystem beskriver övergripande processer som är viktiga för att uppfylla kvalitet.

Uppföljning och utvärdering sker på olika nivåer: uppföljning och uppdatering av lokala rutiner samt systematisk avvikelshantering och händelseanalyser. Genomgång av avvikelser sker på sjuksköterskemöten tillsammans med sektionschefen. Ansvarig sjuksköterska återkopplar och följer upp händelserna i möten med omsorgspersonal.

Vårdplaneringsmöte med den enskilde sker minst var 6:e månad och vid förändring. Uppföljning av riskanalyser (fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG - skala) sker i samband med vårdplanering. Vårdplan enligt HSL upprättas och uppdateras vid risk. Även ADL bedömningar uppdateras i samband med uppföljning.

Journalgranskning görs av sektionschef tillsammans en sjuksköterska.

Kvalitetsregistren (Senior Alert och Svenska Palliativregistret) används för att följa upp statistik och utveckla ett förebyggande arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan planerar registrering inom ramen av sitt boendeansvar.

Inloggningar till Pascal (läkemedelshantering), Senior Alert och Svenska Palliativregistret, BPSD, Tandvårdsenheten(Symfoni) samt HSL journaler sker med SITHS kort.

Struktur för läkemedelsgenomgångar bygger på ett arbetsätt som har utvecklats i samråd med MAS, läkarorganisation och sjuksköterskegruppen. Verksamheten har rutiner för att säkerställa att varje boende har läkemedelsgenomgång minst en gång per år. För de flesta boende genomförs flera läkemedelsgenomgångar under året.

Avtal för kvalitetsuppföljning för läkemedelshantering är upprättat med Apotek AB. Läkemedelshantering följs upp årligen av MAS och apotekaren.

Uppföljning och utvärdering för demensvård sker på tre olika nivåer (personal, individ och verksamhet). Sammanfattning av utbildning och handledningsinsatser görs årligen. Följsamheten i nationella riktlinjer sker via Demens Checklista. Den enskildes välbefinnande skattas med ett särskilt instrument.

För Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom(BPSD) finns ingen generell behandlingsmetod. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

Hygiensjuksköterskan följer årligen upp att en god hygienisk standard uppfylls. Verksamheten upprättar ett infektionsregister månadsvis för att rapportera vidare uppföljningen av infektioner. Egenkontroller inom verksamheten görs regelbundet inom vårdhygien.

Enheten deltar i punktprevalensmätningar inom hygien, trycksår och fall.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Avvikelser

Avvikelse rapporter leder till händelseanalyser som ska upplysa eventuella brister, risker och fel. Utifrån analysen upprättas handlingsplan för att negativa händelser inte upprepas. Under året har avvikelser lett till förändringar i signeringslistor, egenkontroller för vissa arbetsuppgifter och utbildningar för sjuksköterskor.

Vårdhygien

Verksamhetens hygien team har haft regelbundna lokala möten för att följa upp följsamhet i basala hygienrutiner. Hygienfrågor återkopplas vid arbetsplatsmöten till alla medarbetare. Den nationella punktprevalensmätningen genomfördes våren 2014. Infektionsregistrering sker var tredje månad till MAS.

Verksamheten har fått handledning av hygiensköterskan på plats gällande att hindra smittspridning vid MRSA.

Vid samband av calici virus utbrott på en avdelning i november kunde den drabbade enheten begränsa/stoppa smittspridningen.

Läkemedel

Läkemedelsanvändning hos de boende har följts upp minst en gång per år enligt överenskommelse med primärvård, MAS och särskilt boende. Alla boende har haft läkemedelsgenomgång under år 2014.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs årligen enligt författningar och övriga riktlinjer av apotekare från Apoteket AB och MAS från Ekerö kommun.

Nutrition

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för riskbedömning enligt MNA skalan vid inflyttning och kontinuerlig uppföljning därefter. Nattfasta beaktas i riskbedömningen. Vårdplan upprättas vid risk för malnutrition. Senior Alert används för riskbedömning och registrering.

Dietisten från primärvården har konsulterats gällande boende med sond-mat och sväljningssvårigheter.

Munhälsa

Vid inflyttning till boendet erbjuds den enskilde en munhälsobedömning av ansvarig sjuksköterska. Folk tandvården erbjuder årligen munhälsobedömning av en tandhygienist för alla boende enligt överenskommelsen mellan kommunen och folk tandvården.

Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Utbildning i munhälsa och munvård sker en gång per år av folktandvården.

Fall och fallolyckor

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal är involverade i det förebyggande arbetet. Senior Alert används för att registrera fallrisk och åtgärdsplan upprättas.

Riskbedömning för den enskilde har genomförts i samband med inflyttning. Vid fallincident har personal från olika professioner deltagit i arbetet med analyser och vårdplaner.

Förebygga trycksår

Sjuksköterskan ansvarar och leder arbetet i att förebygga trycksår. Senior Alerts riskbedömningsskala Norton används för att registrera risk och åtgärd. Dokumentation och vårdplan görs i journalen. Inga trycksår har uppstått på Färingsöhemmet eller Ekgården under 2014. Personer som har fått trycksår i en annan vårdform har vårdats på Ekgården.

Palliativ vård i livets slut

Verksamheten har bearbetat lokala rutiner för palliativ vård utifrån nationella riktlinjer. Enheternas team för palliativ vård utbildar och handleder övrig personal. Svenska Palliativregistret används som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden. Under året har läkaren genomfört brytpunktsamtal med den enskilde och närstående när bedömning av insatser för palliativ vård har gjorts. Även klinisk bedömning av smärta med hjälp av skattningsskalor har systematiserats under 2014.

För att säkerställa värdighet vid transport för den avlidne används ett uppföljningsformulär som skickas till MAS.

God vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna används som kriterier för egen granskning.

Interna utbildningar sker genom kompetensgruppen demensteamet. Bland annat har utbildning i demenssjukdomar och bemötande enligt Durewall – metoden ordnats.

E-utbildning Demens ABC samt ABC plus genomförs av all nyanställd personal.

Instrument för att bedöma välbefinnande hos den demenssjuka används och uppföljning sker vid upprättande av vårdplaner.

Checklista för kvalitetsutveckling inom demens används som egenkontroll för att stärka teamarbetet och följsamhet av

Nationella riktlinjer.

BPSD kvalitetsregister ger möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsarbete har genomförts inom följande områden:

Vårdhygien

Personal har deltagit i utbildningen i basala hygienrutiner via avtalet med Stockholms läns landsting (SLL). Under det senaste året har all personal genomfört webbutbildningen i basala hygienrutiner.

Både Ekgården och Färingsöhemmet har ett hygien-team per enhet. I hygien-teamet ingår sjuksköterska och omsorgspersonal (hygienombud). Teamet har en speciell kompetens inom hygienområdet och arbetar med hygienfrågor och har gjort bland annat egna kontroller och interna hygienronder samt ger stöd till övrig personal i hygienfrågor. För övrigt har hygien-teamet arbetat med lokala rutiner utifrån riktlinjer och rekommendationer samt med praktiska tillämpningar. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler är genomförd våren 2014.

Läkemedel

Regelbundna läkemedelsgenomgångar är genomförda under år 2014. Apoteket AB har granskat läkemedelshanteringen. Lokal läkemedelsrutin är reviderad i enlighet med förslag från apotekaren.

Verksamheten har arbetat vidare med delegeringsutbildningen och kunskapstesten för att säkerställa personalens kompetens inför delegering. Antal delgeringar har begränsats på grund av upprepande avvikelser i läkemedelshanteringen i vissa fall.

Avvikelse rapporter avseende läkemedel innebär utredning och händelseanalys. Handlingsplaner har upprättas för att undvika återkommande fel. Genomgång av avvikelser har skett på sjuksköterskemöten och återkopplats till personalen därefter.

Nutrition

Ett arbete för att förhindra malnutrition hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras i Senior Alert. Vårdplan har upprättats vid risk för malnutrition. Näringsdryck och berikad kost ordinerar av sjuksköterskan. Detta dokumenteras även på genomförandeplanen. Ofrivillig nattfasta har följts upp av ansvarig sjuksköterska i samband med vårdplaneringar och gruppmöten. Nattpersonalen har gjort uppföljningar/kontroller för att minimera nattfastan och hitta lämpligt tillfälle för nattmåltid hos personer med risk.

För undvika vätskebrist på grund av värmeböljan behövdes omfattande insatser (riskanalyser och uppföljningar) av HSL- och omsorgspersonalen.

Munhälsa

Munhälsobedömningar är erbjudna för alla boende och vårdplanen upprättas i journalen vid behov. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert.

Fall och falloolyckor

Vid fallincident görs en händelseanalys och åtgärdsplan tillsammans med sjuksköterska, rehab och kontaktman. Bedömningsskalan DRFI används och registreras i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk för fall.

Förebygga trycksår

Förebyggande arbete är gjort för att förhindra uppkomst av trycksår. Bedömningsskalan Norton används och registreras i Senior Alert. Färingsöhemmet deltar i den nationella punktprevalensmätningen angående trycksår. Vårdplan har upprättas vid risk för trycksår. Nya tryckavlastande madrasser samt sittunderlag är inköpta för att kunna användas vid behov.

God palliativ vård i livets slut

Verksamheten har arbetat med att upprätthålla kompetensen och kunskapen gällande vård i livets slut. Vård och omsorgsinsatserna registreras i det nationella palliativa registret. Vid väntat dödsfall har alla boende eller närstående fått brytpunktsamtal med läkaren. Efterlevnadsamtal erbjuds till

närstående. Symptomskalorna enligt rekommendation från palliativa registret används.

God vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Rekommendationer i nationella riktlinjer används som stöd för personalen i sitt arbete och för att stärka den demenssjukes möjlighet att få god vård och omsorg. Metoder (taktil stimulans, musik, vårdhund, reminiscens, validation, Durewall) inom demensvården har använts. Interna utbildningar har anordnats till vikarier. Särskilda handledningstillfällen till en personalgrupp är genomförda inom vård och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom med BPSD symptom.

Utbildning för administratörer för att arbeta med BPSD register är genomförd för personalen på Färingsöhemmet och Ekgården och information till den enskilde och anhöriga har getts inför registreringen.

All personal som arbetar med personer med demenssjukdom har genomgått webbutbildningen Demens ABC samt Demens ABC Plus.

All personal på Ekgården och delar av personal från Färingsöhemmet har fått utbildning via Silviahemmet enligt palliativ vårdfilosofi inom demensvård. Ekgården har blivit certifierat inom demensvård. Detta innebär att arbetsledarna även har fått utbildning i sin arbetsledarroll och att en grupp undersköterskor har utbildats till reflektion- och handledningsledare.

IT användning

SITHS-kort används till säker inloggning i olika IT-system.

Samtycke före registrering i Senior Alert dokumenteras på särskild blankett och i journalen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ekerö Vårdcentral utför läkarinsatser på verksamheten. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Verksamheten samverkar inom hälso- och sjukvård med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.

-
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folktandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
 - Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
 - Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
 - Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutna vård.
 - Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Färingsöhemmet, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I verksamhetens ledningssystem för kvalitet beskrivs systematik för att ta emot och utreda avvikelser och risker.

Medarbetaren rapporterar risker i verksamheten. Risker rapporteras och redogörs på anvisad blankett och lämnas till ansvarig chef som gör händelseanalyser och upprättar åtgärdsplaner tillsammans med berörd personal.

Risikanalys är genomförda i Senior alert. Inom vårdhygien har hygien teamet identifierat möjliga risker.

Risikanalys föregick innan övergången till HSL journaler i Pulsen Combine.

Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i MAS rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuell skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Händelseanalys genomförs tillsammans med sektionschef och HSL personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställningen.

Återkopplingen sker via sektionschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål dokumenteras på en särskilt blankett, som finns tillgänglig även på kommunens hemsida. Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas löpande till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av sektionschef och vissa fall tillsammans med MAS. Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av gruppmöten och vissa fall individuellt i samtal med sektionschef/ansvarig sjuksköterska.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sektionschefen ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter. De klagomål som inkommit inom patientsäkerhetsarbete gäller bristande kommunikation mellan sjuksköterska och den enskilde eller närstående. Bristande kommunikation mellan olika aktörer (sjukhuset, sjuksköterska på säbo och läkare på vårdcentralen) har lett till enstaka klagomål.

Alla avvikelser inom HSL har granskats och sammanställts av sektionschef. Granskningen/sammanställningen tas upp på sjuksköterskemöten och vid arbetsplatsträffarna.

Verksamheten har identifierat en viss ojämnhet i rapporteringen av läkemedelsavvikelser.

De flesta avvikelser handlar om försenad/utebliven läkemedelsutdelning då ingen skada för den enskilde har sett men hade kunnat ske om inte felet hade upptäckts.

Speciellt uppmärksammas avvikande doseringstillfällen eller flera olika doseringsformer genom tydliga instruktioner till personalen med delegering.

Färingsöhemmet har under 2014 haft 27 fall som har lett till någon form av skada (smärta, blåmärke eller sår) och ett fall som ledde till skelettskada. (totalt antal registrerade fall incidenter var 94)

Ekgården har under 2014 haft 34 fall som ledde till skada för den enskilde. (smärta, blåmärke, sår). Därtill fanns det 5 fallincidenter som ledde till skelettskada. (totalt antal registrerade fall incidenter var 146)

Under 2014 har vi haft 40 läkemedelsavvikelser på Ekgården och 39 läkemedelsavvikelser på Färingsöhemmet.

Ingen av avikelser har lett till skada för patienten. Avvikelser med allvarlig karaktär har utretts tillsammans med MAS.

Avvikelser gällande kliniska bedömningar och medicinska ställningstagande har utretts tillsammans med MAS.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och i förekommande fall närstående medverkar vid upprättande av vård- och omsorgsplaner samt läkemedelsgenomgångar. Vid vårdplaneringen tas även risker upp och förebyggande arbete. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Information om Svenska Palliativregistret och BPSD lämnas.

Det finns information på anslagstavlan, boendepärm och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Det finns även skriftlig information tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Anhörigträffar ordnas regelbundet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Alla boende har fått riskbedömning(fall, trycksår, malnutrition och munhälsa). Teamarbete har varit viktigt del i processen.

Registrering (riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning) har dokumenterats i Senior Alert och i journalen.

Boende som har avlidit på särskilda boenden Ekgården och Färingsöhemmet har fått vården enligt nationella riktlinjer för palliativ vård. Omvårdnaden och omsorgen har följts upp individuellt och samtliga som avlidit har registrerats i Svenska Palliativregistret. Systematiskt användandet av skattningsskalor att bedöma smärta enligt registret har ökat under året.

Utbildningar som är genomförda bedöms ha effekter i patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar har genomförts i munhälsa, hjärtsvikt, diabetes, klinisk bedömning för

sjuksköterskor, hygien, patientsäkra förflyttningar och vårdrelaterade infektioner samt inom inkontinensvård.

Utbildningar i vårdhygien och Demens ABC och Demens ABC plus har gett verksamheten jämn bas för fortsatt kvalitetsarbete.

Silviahemmets utbildning inom demensvård har stärkt arbetsgrupperna ytterligare med verktyg att systematiskt identifiera och reflektera egna förbättringsområden.

Det påbörjade arbetet med BPSD har skjutits på framtiden då oklarheter rådde angående frågan om samtycke och information. Däremot har arbets sättet enligt registrets modell haft effekter i att tydliggöra sambanden mellan symptom och planerade åtgärder.

Samtliga boende på Ekgården och Färingsöhemmet har haft läkemedelsgenomgång under 2014.

Avvikelsehantering med händelseanalyser har lett till ett förtydligande av ansvarsroller med informationsöverföring och uppmärksammat sårbarhetsfaktorer inom den egna verksamheten. Vissa delegeringar av medicinska arbetsuppgifter har omvärderats.

Sjuksköterskans roll i medicinska bedömningar och informationsöverföringar har belysts vid flera händelseanalyser efter avvikelser eller klagomål.

Egenkontroller och PPM visar god hygienisk standard inom enheterna. Följsamheten i basala hygienrutiner är synlig i det dagliga arbetet.

Arbetet med att förebygga trycksår har kunnat hindra uppkomsten av sårskador även riskanalyserna visar stort antal boende med riskfaktorer.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi kommer att fortsätta kvalitetssäkra vården i livets slutskede genom att använda den Svenska Palliativregistrets rekommendationer.

Fortsatt arbete kommer även att ske i Senior Alert med fokus på riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar. Att påbörja registreringen av inkontinens samt psykisk ohälsa i Senior Alert kommer vi att använda som stöd i framtiden.

Vårdhygien E-utbildning i basala hygienrutiner är krav för all nyanställd personal.

Demenscentrums E-utbildning Demens ABC och ABC+ kommer vi också att fortsätta med för all nyanställd personal. Checklista Demens kommer att användas för att utvärdera och stärka teamarbetet runt individen med demenssjukdom.

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i BPSD registret kommer vara viktig del av arbetet under 2015. Ytterligare administratörer kommer att utbildas.

Fortsatt arbete inom nutrition, de individuella nutritionsbehandlingar och matglädje kommer att ske.

Systematiskt arbete för att förbättra avvikelserapporteringen och analyser av händelser kommer att ske.

Vi kommer aktivt att följa utvecklingen av kunskapsbaserade metoder inom området patientsäkerhetsarbete.

Intern uppföljning av HSL dokumentationen i Pulsen Combine kommer att ske under 2015.