

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Serafens vård och omsorgsboende



Ansvarig för innehållet

Tf. Verksamhetschef för 29§ HSL Anette Tingström – Egen regi
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Ulrika Dahnell och
Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) Linnea Svanström Leistedt

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	23
Risikanalys.....	23
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet	24
Hantering av klagomål och synpunkter.....	25
Sammanställning av analys.....	25
Samverkan med patienter och anhöriga.....	26
Resultat.....	26

Sammanfattning

En uppföljning enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA har gjorts och 2016 års uppställda krav på god kvalitet har nått 91 % vilket visar något sämre resultat än 2015.

Centrala rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser finns för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, enligt MAS/MAR:s styrdokument. Rutinerna uppdateras och finns tillgängliga för berörda i en gemensam katalog på intranätet. Arbete med lokala rutiner på boendeavdelningsnivå pågår, och även dessa finns tillgängliga i katalogen.

Dokumentationen är enligt granskningen godkänd, men fortsatt behov av utveckling finns för att bättre kunna följa vårdens processer. Verksamheten behöver främst arbeta med att kartlägga hälso-tillståndet, hälsoplaner där åtgärder och ordinationer kopplas. Även uppföljning av hälsoplaner och åtgärder/ordinationer behöver förbättras.

Apoteksgranskning av läkemedelshantering har utförts av apoteket. De förslag till förbättringar som gavs vid föregående granskning har till största delen genomförts.

Samtliga avvikelser, klagomål och synpunkter tas tillvara i verksamheten och förbättrar rutiner och annat på ett mer strukturerat sätt. Avvikelsemöten genomförs på varje våningsplan en gång i månaden. När alla sex våningsplan är genomgångna träffas Kvalitetsrådet (enhetschef, biträdande enhetschefer, MAS, kvalitetsansvarig, samt personal som ansvarar för omvårdnadspersonalens rutiner) för att gå igenom hela husets avvikelser. Nya rutiner, arbetssätt utbildningar och dylikt kan förändras.

Egenkontroll av varje boendeenhet har genomförts vid fyra tillfällen under året. Vid besöken kontrolleras hygien, förråd, tvättstugor samt livsmedelshantering.

Övergripande mål och strategier

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

Nämndens mål:

1. Brukare får god personlig vård och omsorg
2. Brukare har inflytande över sin tillvaro
3. Brukare har bra mathållning och bra måltider i en trevlig miljö
4. Brukare är trygga

Åtaganden för verksamheten på Serafens vård och omsorgsboende

1. Boendes hälsa är under kontroll
2. Boende blir bekräftad
3. Boende har en god måltidssituation
4. Boende är säkra och trygga

Strategier för patientsäkerhetsarbetet.

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

Målet för patientsäkerheten är ett hälsobefrämjande arbetssätt som syftar till att patienterna inte blir undernärda, inte faller eller får trycksår.

1. Att regelbundet följa upp hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna genom anmälda som oanmälda besök. Ansvariga för uppföljningarna är Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)
2. MAS och MAR genomför verksamhetsuppföljningar och använder då kvalitetsinstrumentet QUSTA. Instrumentet omfattar frågor som rör vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Vid besöken inspekteras bland annat verksamhetens lokaler, fråga om hygien, personalens arbetssätt och bemötande samt medicintekniska produkter och förrådshantering.
3. Att följa och analysera inkomna avvikelser rörande fallolyckor, läkemedelshantering och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Avvikelserna tas upp enskilt eller på team möten där alla yrkeskategorier ingår.

4. Att redovisa i tertial 1, tertial 2 och verksamhetsberättelsen i vilken utsträckning vårdtagare som bor på enheten minst en gång om året eller efter behov får en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition och trycksår samt urininkontinensutredning och läkemedelsgenomgångar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare (nämnden) har det yttersta ansvaret i att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vård-skador. Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vård-skada.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd.

Verksamhetschef enligt HSL 29§ ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§.

MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef/MAS/MAR i egen regi har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS/MAR ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

I patientsäkerhetsarbetet finns MAS/MAR regler och lokala skriftliga rutiner för att förebygga vårdskador.

Årligen följs verksamhetens rutiner genom QUSTA kvalitetsuppföljning.

Målet med QUSTA är att säkerställa en minimigräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Om verksamheten beskriver en kvalitet över denna nivå skall det lyftas fram i rapporten, och om det finns brister anges dessa på en separat åtgärdsplan.

Verksamhetschefen får en återkoppling av MAS/MAR och resultatet från genomgången av QUSTA återförs i en skriftlig rapport som resultera i en handlingsplan som verksamheten upprättar.

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser följs upp på team möten där alla yrkeskategorier deltar.

Sjuksköterskorna registrerar infektioner (antibiotika behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamhetsuppföljning

Verksamheten har under året följts upp av MAS/MAR. Resultatet av uppföljningen resulterade i en rapport och utifrån den har verksamheten tagit fram en handlingsplan som sedan följs upp av MAS/MAR .

Egenkontroller

Verksamheten har genomfört egenkontroller var tredjemånad då verksamhetschef och bitr. enhetschefer går till samtliga avdelningar. Egenkontrollen omfattar följsamhet till basala hygienrutiner, klädpolicy, sjuksköterskeexpeditioner, avdelningsförråd, tvättstugor/sköljrum, boenderum och tvätt-hantering. Vid egenkontrollen följer en omvårdnadspersonal med från boende enheten för att ta del av synpunkter. Protokoll förs vid varje besök. Egenkontroll genomförs även av enhetschef en gång per månad gällande behörighetsinloggningar i Vodok. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster genomför årligen en inventering för att se att boendes hjälpmedel är säkra.

Infektionsregistrering

Sjuksköterskorna har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) till MAS en gång i månaden.

Svenska Palliativ registret

Serafen registrerar i Svenska palliativ registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet.

Senior alert

Sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnaster registrerar i nationellt kvalitetsregister Senior alert riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Apoteksgranskning

Apoteket har under året granskat läkemedelshantering. Apotekaren granskar förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och Enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska.

Uppföljning genom egenkontroll

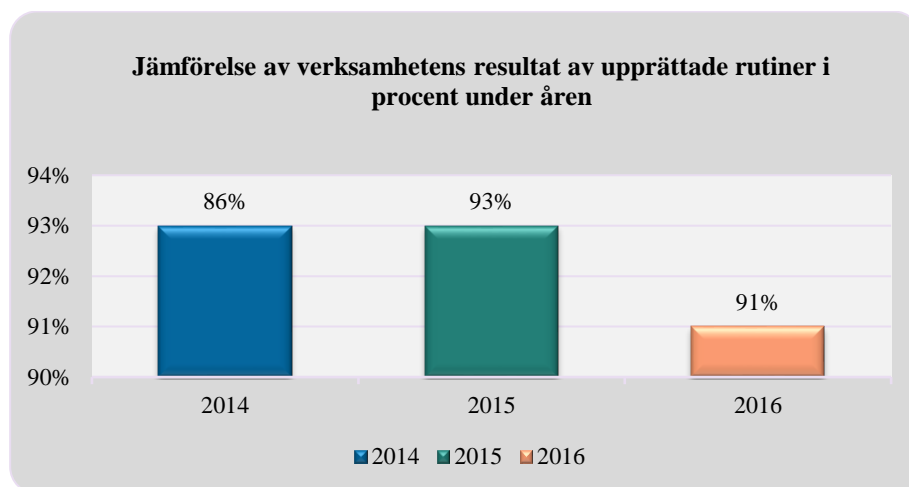
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

QUSTA uppföljning

1. Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA som rör utvalda områden i den kommunala hälso- och sjukvårdslagen har utförts av MAS/MAR.

Sammanfattande resultat

Serafens vård- och omsorgsboende har ett något lägre resultat jämfört med föregående års uppföljning. En mycket trolig orsak till resultatet är en ökad omsättning av hälso- och sjukvårdspersonal och den omorganisation som genomförts under året.



Dokumentation

Journaler har granskats av MAS och MAR.

Ett resultat utifrån en bedömningskala har gjorts, utifrån valda kriterier. Resultatet för Serafen är 25 poäng av 33 möjliga vilket är godkänt.

För att kunna kvalitetssäkra vården krävs att den boendes hälso- och sjukvårdsjournal innehåller komplett information under allmänna uppgifter, anamnes samt ankomststatus för bedömning av patientens behov av insatser. Genomförda riskbedömningar och ADL bedömning enligt Sunnås ska genomföras inom 14 dagar. Detta ska ligga till grund för den fortsatta vården och vara ett stöd för att bedöma förändringar i hälsotillstånd och funktion. Det har skett en utveckling i att hantera den nya journalstrukturen genom att använda ICF och en del KVÅ-koder.

Förbättringsåtgärder

Fortsatt behov av utveckling finns för att bättre kunna följa vårdens processer. Verksamheten behöver främst arbeta med att kartlägga hälso-tillståndet, hälsoplaner där åtgärder och ordinationer kopplas. Även uppföljning av hälsoplaner och åtgärder/ordinationer behöver förbättras.

Kunskaper om vårdprocessens delar och användning av journalsystemets frastexter och hjälpfrastexter tillsammans med en ständig kollegial dialog kan vara bidragande till att utveckla dokumentationen.

För att säkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen behöver verksamheten se över handledarorganisationen. Tid för att dokumentera behöver planeras och avsättas i det dagliga arbetet. Dokumentation behöver få utrymme för att diskuteras på gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten för att stötta och lära av varandra.

Handlingsplan

5 handledare inom dokumentation bland legitimerad personal har utsetts under 2016. All ny personal får grundutbildning i hantering av journalsystemet och ICF/KVÅ. Regelbunden genomgång och vidareutbildning inom dokumentation sker på gemensamma möten. Målbild är att all legitimerad personal har en samsyn gällande dokumentationen och ser det som ett naturligt arbetsmoment i sitt vårdarbete.

Rutiner

Serafen har gemensamma hälso- och sjukvårdsrutiner som bygger på MAS/MAR regler och verksamhetens ledningssystem. Målet är att rutinerna ska vara så tydliga, lättillgängliga och uppdaterade att ordinarie legitimerad personal likväl som tillfälligt anställd leg. personal ska kunna ta del av dem. Övrig personal ska ha kännedom om dessa, vilket säkerställs på teammöten.

Förbättringsåtgärder

Att fortsätta att skapa verksamhetsvänliga rutiner enligt HSL.

Handlingsplan

Uppdatera och säkerställa både centrala och lokala HSL-rutiner på Serafen under samverkan av MAS/MAR, bitr. Enhetschef leg. personal, Enhetschef och leg. personal. Nya och reviderade rutiner tas upp på SSK-möten, HSL-APT, grupp- och teammöten.

1. Läkarkontakt.

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen tar kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare finns på Legevisittens portal, där även gemensamma rutiner och samarbetsavtal finns och kontinuerligt uppdateras.

Förbättringsåtgärder

Säkerställa att all legitimerad personal tar del av överenskommelsen med läkarorganisationen och aktivt tar del av portalen.

Handlingsplan

Fortsatt kontinuerlig samverkan med läkarorganisationen Legevisitten och att kontinuerligt diskutera denna på regelbundna möten med legitimerad personal.

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS regler och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärder

- Verka för att det alltid signeras på signeringslistan när läkemedel överlämnats till en boende.
- Verka för att MAS regler om läkemedelshantering är kända för berörd personal.
- Verka för att lokala rutiner för läkemedelshantering är kända hos berörd personal.

Handlingsplan

Sjuksköterskorna fortsätter med egenkontroll tre gånger/år då räknas alla missade signeringstillfällen, dessa månader är januari, maj och september.

Avvikelse följs upp varje månad på Serafens kvalitetsråd.

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärder

- Säkra att alla delegeringar följs upp och är aktuella, och att verksamheten uppfyller kraven i QUSTA.

Handlingsplan

Under 2015 påbörjades en utbildning gällande läkemedel, delegering och signeringslistor för all omvårdnadspersonal. Fortsatt arbete under 2016 att säkerställa implementering av detta delegeringsförfarande, och att tydliggöra vilka hälso- och sjukvårdsområden som är aktuella för delegering.

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata åtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Åtgärder återkopplas till personalen.

Egenkontroll: Bitr. Enhetschef för legitimerad personal går regelbundet igenom avvikelsemodulen och tar del av aktuella avvikelser. Denne beslutar om åtgärd som sedan följs upp 1 ggr/månad på ett gemensamt kvalitetsråd där kvalitetsansvarig, chefer och MAS medverkar.

Förbättringsåtgärd

Fortsatt arbete med att alla hälso- och sjukvårdsavvikelser skrivs in korrekt i avvikelsemodulen samt att åtgärder dokumenteras i modulen.

Handlingsplan

Fortsatt arbete med att kontinuerligt säkerställa att leg. personal har kunskap om och rapporterar i avvikelsemodulen.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Övrig personal ska undervisas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användare och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Service och besiktning ska genomföras av person med formell kompetens enligt regelverket. En inventarieförteckning ska finnas, där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Förbättringsåtgärd

- Ansvarsfördelning avseende MTP behöver ses över.
- Verksamheten ser behov av att utveckla utbildning för legitimerad personal för fler hjälpmedel.

Handlingsplan

Identifiera kompetensutvecklingsområden.
Säkerställa ansvarsfördelning MTP.

6. Hygien

Verksamheten följer Vårdhygiens rutiner för basal hygien. Många av de boende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det finns möjlighet att tvätta händerna och tillgång till handsprit finns. Det finns tillgång till skyddsutrustning och handskar. Vid arbete i köket med mat/matlagning används köksförkläden av personalen.

Förbättringsåtgärder

- Fortsatt arbete med att säkerställa att personalen följer basala hygienrutiner. Fortsatt arbete med egenkontroller och självskattning för att bibehålla följsamhet.

Handlingsplan

Fortsatt arbete med internkontroller och stick-prover kommer att ske under året. Bitr. Enhetschefer går en oanmäld hygienrond var tredje månad och för ett hygienprotokoll. Här kontrolleras hår, naglar och smycken. I förråden kontrolleras öppna förpackningar. Webbaserad hygienutbildning ska genomföras av all personal 1 ggr/år. Detta ska ske i januari/februari månad varje år.

Påminnelse och länk skickas med i nyhetsbrevet.

Fortsatt arbeta att alltid ha förkläde på vid tillredning av mat tas regelbundet upp vid kostombudsträffar, gruppmöte samt på APT.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas. Registrering sker i palliativa registret. Skattningsskalor är inköpta till alla, VAS¹ till somatiska och ansikts-skala² till demens. Enheten arbetar med Liverpool Care Pathway (LCP). LCP kan beskrivas som en standardvårdplan för patienter under livets allra sista tid.

¹ **VAS-skalan** (Visuell Analog Skala) är ett slags linjal där patienten med hjälp av en markör kan ange på en 10 cm lång slät linje hur ont det gör. 0 till vänster betyder ingen smärta och 10 i motsatt ände är värsta tänkbara smärta. På baksidan är linjalen graderad i centimeter och där finns även en verbal skala.

Förbättringsåtgärder

- Verksamheten behöver säkerställa att en vårdplan upprättas efter brytpunktssamtal om vård i livet slutskede.
- Användning av evidensbaserad skattningsskala vid bedömning av symptom kan förbättras.

Handlingsplan

Fortsatt arbete med att samverka med läkare för en samsyn gällande tydlighet i brytpunktssamtal för att säkerställa en vårdplan. Att öka kunskapen inom palliativ vård genom att de palliativa ombuden som utbildats under 2016 utbildar övrig personal i palliativ vård.

Alla sjuksköterskor har en egen skattningsskala för smärta samt en i varje läkemedelsrum. Sjuksköterskor ska utbilda omvårdnadspersonal i användandet av smärtskalor.

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan gör en individuell utredning gällande inkontinens, förskriver rätt hjälpmedel via systemet Guide. Samarbetar med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa omvårdnaden till den boende. Dokumentation sker i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Förbättringsåtgärder

- Säkra att fler sjuksköterskor får utbildning i förskrivningsrätt så att patienter med symptom på inkontinens får utredning och rätt hjälpmedel förskrivet.
- Upprätta en hälsoplan då behov finns för personer med inkontinens och urinkateter.
- Säkerställa att inkontinensprodukter dokumenteras i den boendes hälso- och sjukvårdsjournal.

Handlingsplan

Alla leg. sjuksköterskor får under 2016 utbildning i systemet Guide för att säkerställa en individuell bedömning och förskrivning av rätt inkontinenshjälpmedel. Kontinuerlig utbildning i dokumentation enligt ICF gällande hälsoplaner.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen, och utifrån vad bedömningen visar vidtas preventiva åtgärder. Det tvärprofessionella teamet av leg. personal och omvårdnadspersonal ska vara involverade i det förebyggande arbetet.

Förbättringsåtgärder

- Verksamheten behöver säkerställa att kompetensen inom sårvårdsområdet upprätthålls.
- Upprättandet av hälsoplaner vid risk för trycksår eller vid trycksår, kan utvecklas.
- Användning av evidensbaserad skattningsskala vid bedömning av symptom kan förbättras.

Handlingsplan

Kompetensinventering bland leg. personal inom sårvårdsområdet kommer att göras under 2016/2017 och därmed ge ett bra underlag för adekvat kompetensförhöjning inom området. Utbildning inom förebyggande/behandlande madrasser ges till alla leg. sjuksköterskor.

Fortsätta arbete med att kontinuerligt göra riskbedömningar och skriva vårdplaner vid risk för trycksår och använda smärtskala.

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit regler för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan utför en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) vid inflyttning och som sedan följs regelbundet. Det tvärprofessionella teamet av leg. personal och omvårdnadspersonal ska vara involverade i det förebyggande arbetet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i den boendes hälso- och sjukvårdsjournal. Under hösten 2016 anställs en dietist som är kopplad till verksamheten. Det är endast leg.

sjuksköterska i samråd med läkare och dietist som ordinerar näringsdryck.

Förbättringsåtgärder

- Upprättandet av planer vid risk för malnutrition eller vid bedömd undernäring kan utvecklas.
- Konsultera arbetsterapeut och/eller sjukgymnast redan vid utredningen för att förebygga malnutrition.

Handlingsplan

Göra riskbedömningar vid inflyttningar och skriva vårdplaner vid risk för malnutrition. Dietist kommer inte bara att involveras vid individuella nutritionsbehandlingar utan även att kompetensutveckla leg. personal.

11. Fall och fallskador

Fallolyckor förekommer bland boende inom äldreomsorgen. För att förebygga fall och fallskador bör all personal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Verksamheten ska ha skriftliga lokala rutiner som säkerställer arbetssättet. För att identifiera personer med risk ska en riskbedömning enligt Downton fallrisk index göras, vid inflyttningen, Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ska undervisa omsorgspersonalen om fallförebyggande åtgärder. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas. Om en boende med nedsatt kognition/demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallolyckor ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder rapporteras i verksamhetens system för avvikelshantering.

Förbättringsåtgärder

- Komplettera lokala rutiner för fallpreventivt arbetssätt kring de boende med hög frekvens av fallolyckor.

Handlingsplan

Rutiner har utvecklats i processbeskrivning. Avvikelsemöten och kvalitetsråd genomförs varje månad.

12. Demens

Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas lokala rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder,

uppföljning och resultat dokumenteras i den boendes hälso- och sjukvårdjournal.

Vid nyrekrytering ska man tänka på att anställa sjuksköterska med demensutbildning.

Förbättringsåtgärder

- Säkerställa att personalen får kontinuerlig kompetensutveckling inom vård av personer med demenssjukdom.
- Säkerställa att personalen får handledning inom området demens.

Handlingsplan

Vid rekrytering av legitimerad personal ska det vara starkt meriterande med tidigare arbete med demensproblematik.

Under 2016 utbildas BPSD administratörer. Samtliga omvårdnadspersonal som arbetar på demensheterna ska göra en webbaserad utbildning i BPSD. Registreringar påbörjas i augusti 2016. Utbildningar kommer att fortgå under 2017 efter behov.

13. Rehabilitering

ADL-bedömning och funktionsbedömning ska erbjudas vid inflyttning och vid behov samt minst årligen. Boende som har behov av åtgärder av fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut och användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även fysioterapeut/sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både generellt och från ett individuellt bedömt behov hos den boende.

Förbättringsåtgärder

- Årliga uppföljningar av ADL sker inte alltid, men bedömningar säkerställs vid uppmärksammat behov/förändrat hälsotillstånd.

Handlingsplan

Rekrytering av arbetsterapeuter har skett, så under 2017 har den arbetsgruppen full arbetskapacitet.

Egenkontroll -Journalgranskning var tredje månad.

Fortsatta genomgångar av hälsoplaner med processledare.

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är en munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärder

- Viktigt att sjuksköterskan upprättar munstatus och gör riskbedömning vid inflyttning.

Handlingsplan

Vid inflyttning ska en bedömning av munstatus göras. Säkerställande av kompetens genom kontinuerlig utbildning i ROAG under 2017.

Kvalitetsindikatorer

Palliativa registret

Samtliga avdelningar registrerar i Svenska palliativa registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna ska registrera alla dödsfall vid boendet.

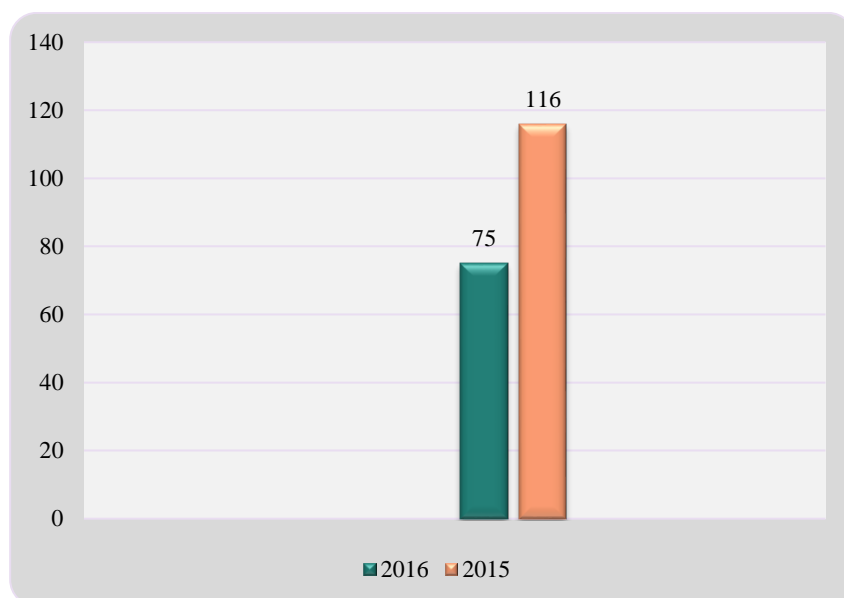
Serafen har förbättrat resultatet när det gäller att erbjuda eftersamtal till anhöriga. Ett utvecklingsområde för 2017 är att förbättra validerad smärtskattning. I övrigt är resultaten ungefär detsamma.

Vårdrelaterade infektioner

Under året 2016 hade 1 patient vårdrelaterade infektioner såsom MRSA/VRE/ESBL/hepatit. Detta är en minskning i jämförelse med år 2015.

Senior alert sammanställning

Registreringar av genomförda riskbedömningar/Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index) i senior alert. 75 registreringar har genomförts under perioden 2016, vilka är färre än 2015.



Handlingsplan

En plan har tagits fram för att öka registreringar i Senior Alert, och den tillsammans med en ökad kontinuitet bland leg. sjuksköterskor så är målet år 2017 att 60 % av de boende på Serafen ska registreras i Senior Alert, mot dagens 43%.

Pascal

Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera dosdispenserade läkemedel. Pascal har ersatt Apotekets e-dos.

Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshandling

Apoteket har den 4 april 2016 granskat läkemedelshandling. Kommunalt akutläkemedelsförråd är ett litet förråd med läkemedel där landstinget står för kostnaden och som enbart ska användas vid akuta situationer. Stadsdelsnämnden har tecknat ett avtal med apoteket gällande granskningen. Granskande apotekare går igenom förråden, rutiner mm och hon följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive enhetschef samt

förrådsansvarig sjuksköterska. Nedan följer en sammanfattning av granskningen.

Sammanfattning

Kvalitetsgranskning genomfördes i samtal med biträdande verksamhetschef och Kungsholmens MAS. Den praktiska hanteringen av läkemedel diskuterades. Kommunalt akutläkemedelsförråd och läkemedelsförråd med personbundna läkemedel granskades. På varje plan besöktes en lägenhet och läkemedelsskåpet kontrollerades. Stickprov på förråds- och boendes narkotika utfördes, utan anmärkning. Kontrollerna har gjorts regelbundet enligt den lokala rutinen. Den praktiska läkemedelshanteringen förefaller fungera bra. Några åtgärder kan vidtas för att den ska kunna bli ännu bättre. Dessa sammanfattas i åtgärdsplanen nedan.

Förbättringsåtgärder utifrån granskningen

- Se över ansvarsfördelningen för sjuksköterska som beställer läkemedel till kommunalt läkemedelsförråd.
- Ta bort benämningen E-dos på förekommande ställen i dokumentet läkemedelshanteringen.
- Ta fram en signeringslista för dokumentation av utlämnande av läkemedel till boendes skåp.
- Komplettera lokala rutiner med information om hur leverans av läkemedel sker.
- Ordinationshandlingen i boendes läkemedelspärm ska vara giltig. Sortera bort ogiltiga versioner för arkivering.
- Se över rutinen för telefonordinationer.
Sjuksköterska ska kunna få en skriftlig bekräftelse vid behov alternativt ska läkaren lägga in ordinationen i Pascal snarast.
Uppdatera lokal rutin.
- Se till att alla plan har den giltiga versionen av ordinationer enligt generella direktiv.
- Dokumentera generiska utbyten på signeringslistan enligt lokal rutin.
- Se till att alla plan använder samma version av signeringslistan.
- Signeringslistorna bör vara baserade på klockslag för att vara mer överskådliga och lättlästa.
- I de fall då sjuksköterskan hanterar all administrering av boendes läkemedel (ex. vid PEG) bör boendes läkemedel förvaras på sjuksköterskeexpeditionen.
- På vissa sjuksköterskeexpeditioner förvarades inte läkemedlen på ett överskådligt sätt. Se över förvaringen i personliga backar.

- Se över förvaring av ögondroppar. De flesta kräver inte kylförvaring. Information om eventuell kylförvaring finns på förpackningen.

Avlidna

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede.

Under 2016 avled 79 patienter, varav ett flertal avled på en annan plats.

Trycksår

Antalet trycksår har minskat jämfört med föregående år.

Sårets svårighetsgrad kategori indelning³ visar att flesta trycksåren finns under kategori 1, 2 och 3.

Förskrivna inkontinenshjälpmedel

Antal patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har minskat jämfört med föregående år. Användandet av urinkateter har även minskat marginellt med föregående år.

Ordinerade läkemedel

Positiv trend är att antal personer med stående ordination på 5 eller fler läkemedel visar på marginal förändring jämförelse med tidigare år. Antal läkemedel vid behov har minskat. Antal personer med insulinbehandlad diabetes har ökat marginellt medan antal personer med 3 eller fler psykofarmaka har minskat.

Specifik omvårdnad

Flera av de äldre som flyttar in i ett särskilt boende har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov medan vissa har ett hälso- och sjukvårdsbehov som de kan klara av själva eller endast behöver lite hjälp med. Specifik omvårdnad ges till vårdtagare som exempelvis har behov av respirator, tracheostomi, syrgaskoncentrator, peg sond, injektioner, blodtransfusioner,

³ Kategori 1. Kvarstående rodnad mer än 24 timmar med intakt överhud.

Kategori 2. Ytligt sår som inte når fettväv. Epitelskada med svullnad, spricka eller blåsa.

Kategori 3. Fullhudsskada. Sår genom hela huden och ned i fettväv men som inte når underliggande muskler.

Såret är ofta nekrotiskt.

Kategori 4. Djupt sår med sårhåla. Sår genom alla hudlager och fettväv samt underliggande muskler, senor/ben. Fistlar exempelvis till tarm kan förekomma. Större risk för sårinfektion föreligger

sårömläggningar. Det har varit marginella förändringar gällande specifik omvårdnad jämfört med 2015.

Specifik Rehabilitering

Inom området rehabilitering redovisas fyra indikatorer i enlighet med stadens gemensamma statistikunderlag. Två av dessa avser antal bedömningar av ADL respektive funktionsförmåga som utförs av arbetsterapeut och sjukgymnast. De övriga två är en redovisning av antal personer som har individuellt utprovad/förskrivna rullstol respektive lyftsele till personlyft.

Skyddsåtgärder

Användning av åtgärder som begränsar rörelsefriheten som att t.ex. inte kunna resa sig upp eller att larm utlöses vid förflyttning ur t.ex. säng, får inte användas utan ett samtycke från vårdtagaren. Åtgärden kräver förutom samtycke att en utredning av risker görs och att tidigare prövade insatser inte räckt för att uppfylla säkerheten för vårdtagaren.

Vid en jämförelse med 2015 och 2016 kan en minskning av beslut om att använda skyddsåtgärder ses. Minskningen avser alla skyddsåtgärder förutom dörrlarm som ökat något.

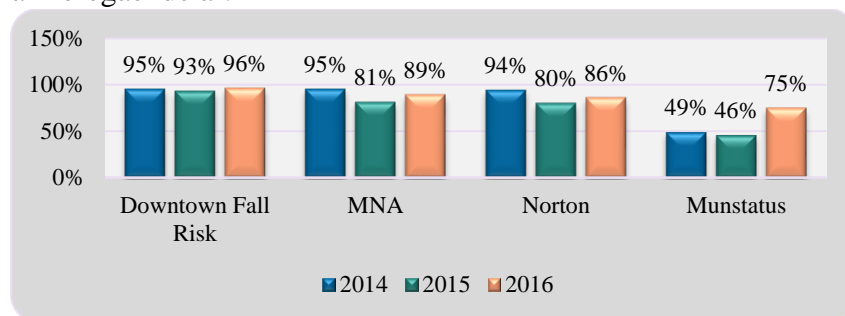
Riskbedömningar

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde inte tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst en gång om året eller efter behov. Målet är att uppnå 100 procent innan årets slut, se tabell nedan.

Instrument som ska användas är:

- Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus
- Norton för att mäta risk för trycksår
- NIKOLA Kvalitetssäkringsprogram inkontinens
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) –munstatus.

I så gott som samtliga riskområden har Serafen ett bättre resultat än föregående år.

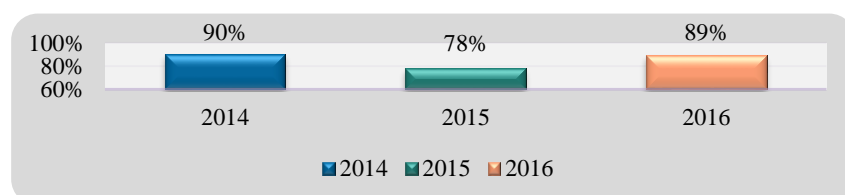


Läkemedelsgenomgångar och urininkontinensutredningar har ökat jämfört med tidigare år.

Övriga indikatorer

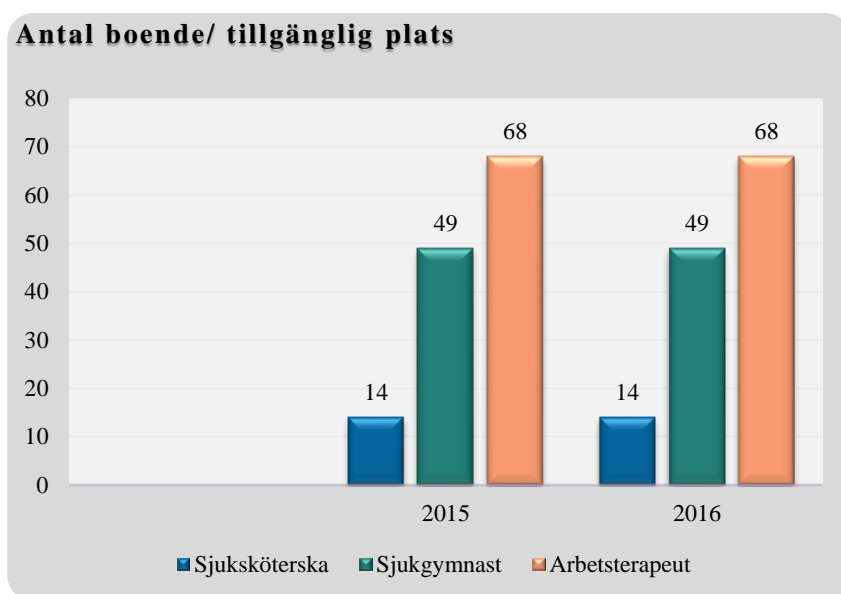
ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd har ökat jämfört med tidigare år. Detta beror på att personalsituationen förbättrades under 2016 och arbetsterapeutjänster tillsattes.



Hälso- och sjukvårdspersonal

Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårds personal omräknat till heltid. En jämförelse mellan år 2015 och 2016 visar ett oförändrat resultat.



Samverkan för att förebygga vård-skador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten Läkare SÄBO och Kungsholmens stadsdelsförvaltning avseende Serafens vård- och omsorgsboende finns. Samverkansmöten sker regelbundet under året, minst fyra gånger per år.

Lokal överenskommelse om samverkan inom rehabiliteringsområdet med Primärvårdsrehab. Innerstaden, Capio St: Göran och Stockholmsgeriatriken.

Överenskommelsen avser att skapa förutsättningar för ändamålsenlig samordning av olika insatser inom rehabiliteringsområdet genom att klargöra respektive parts ansvarsområden och att tydliggöra en samordnad vårdkedja för personer i äldreomsorgens korttidsvård.

Ett avtal finns med Vårdhygien vilket innebär att Vårdhygien kan kontaktas för råd och rekommendationer samt genomföra hygienronder inom verksamheten. Vårdhygien tillhandahåller även utbildning för samtliga som arbetar inom Serafens vård och omsorgsboende.

Kungsholmens stadsdelsförvaltning har ett avtal med Apoteket där Apoteket ska utföra årliga granskningar hur Serafens vård- och omsorgsboende utför läkemedelshanteringen.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1

Under 2016 förstärktes arbetssättet vid bemanning gällande kontinuitet av leg. sjuksköterskor vilket kommer att fortgå under 2017. Semesterplaneringen sker i god tid för att kunna bemanna sommarvikariat under kontrollerade former.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings- skyldighet

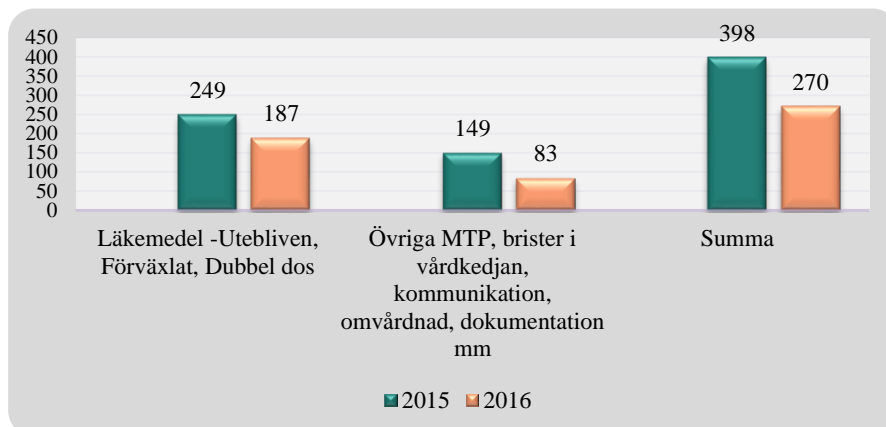
SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

Avvikelser

När en avvikelse upptäcks ska den dokumenteras i journalsystemet och rapporteras till närmaste chef samt MAS/MAR. Det är viktigt att se på inträffade avvikelser som möjligheter till förbättring. Inställningen till avvikelshanteringssystemet måste präglas av öppenhet så att arbetet med att kontinuerligt förbättra de äldres säkerhet och trygghet utgör fokus. Avvikelser tas upp på team-möten och enskilt samt på avvikelsemöten. Avvikelser tas även upp på Kvalitetsrådet för att ändra rutiner som kan förbättra verksamheten.

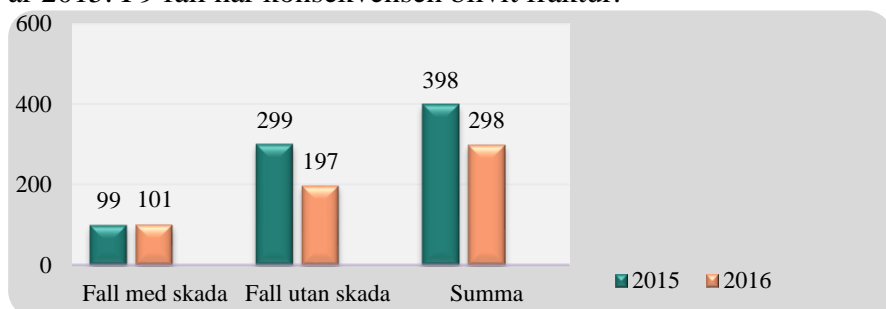
Inkomna avvikelser

Inkomna avvikelser för perioden 2016 har minskat jämfört med föregående år. Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelshantering. Målet för 2016 var att fler avvikelser skulle uppmärksammas och rapporteras. Under perioden har 2 st. avvikelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.



Fall avvikelser och Fallincidenter

Sammantaget har registrerade fallincidenter minskat jämfört med år 2015. I 9 fall har konsekvensen blivit fraktur.



Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Samtliga klagomål och synpunkter förs upp i ett register där även åtgärden skrivs in. 60 klagomål och synpunkter har inkommit till verksamheten under året, varav 8 av dessa är positiva synpunkter från boende och anhöriga. Det handlar främst om god omvårdnad, trevlig personal, fint bemötande, att boende känner sig trygga, god mat och fin stämning. De klagomål som inkommit handlar om brister i städning, bemötande och information. Verksamheten har tagit upp synpunkter och klagomål enskilt och på avvikelsemöten. Avvikelser som har varit av betydande vikt eller som skett vid upprepade tillfällen har även tagits upp som fallbeskrivningar på alla våningars APT.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Klagomål som inkommer har analyserats och åtgärdats i verksamheten. Serafens avvikelseprocess gör det möjligt att följa avvikelser HSL och SOL, klagomål och synpunkter. Dessa avidentifieras och sammanställs i en åtgärdsplan som tas upp på APT och återkopplas till rapportör.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inskrivning informeras patienten och deras närstående om att de har möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Om något hänt patienten och hur åtgärden sker återkopplas snarast till närstående.

Resultat

Verksamheten bedriver patientsäkerhetsarbete enligt, SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3. Skriftliga rutiner revideras regelbundet och följs upp genom kvalitetsinstrumentet QUSTA.

Processmått

Egen kontroll i verksamheten av hygien, förråd, tvättstugor och livsmedel.

Egenkontroll 4 gånger per år av ADL, DFRI, MNA, Norton samt inkontinensutredning.

Uppföljning av avvikelser regelbundet.

Kontroll av signeringslistor tre gånger per år.

Resultatmått

Återges i kapitlet ”Uppföljning genom egenkontroll”.

Måluppfyllelse

QUSTA

I år har de uppställda kraven på god kvalitet nått 91 % vilket visar ett något lägre resultat än 2015.

Strategi för 2017

1. Utveckla dokumentationen.
2. Utveckla samverkan i det tvärprofessionella teamet kring de boende enligt HSL och SOL
3. Utveckla en mer personcentrerad vård enligt HSL och SOL.
4. Stärka Serafens VoO som en attraktiv arbetsgivare.
5. Öka registreringar i samtliga kvalitetsregister.
6. Öka omvårdnadspersonalens kunskap gällande läkemedelshantering.
7. Under 2016 utbildandets 6 palliativa ombud som under 2017 kommer att få föra vidare sina kunskaper till övrig personal och i samråd med sjuksköterskan utveckla och förbättra den palliativa vården