



Patientsäkerhetsberättelse för Serafens vård och omsorgsboende. 2017

Ansvarig för innehållet:

Tf. Verksamhetschef för 29§ HSL Anette Tingström – Egen regi

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	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	8
Informationssäkerhet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Samverkan med patienter och närstående	
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

Sammanfattning

Efter 2017 års kvalitetsuppföljning (QUSTA) som visade ett något sämre resultat än tidigare år, så har förbättringsåtgärder enligt handlingsplan utförts. Främst finns det behov av att stärka och utveckla vissa rutiner och arbets sätt. Resultatet visar dock att Serafen har förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion och skyddsåtgärder där förbättringsområden har identifierats gällande att ordinera hjälp med toalettassistans och kopplandet av skyddsåtgärder till hälsoplaner för att kontinuerligt säkerställa användandet och behovet.

Egenkontroller av indikatorer för hälso- och sjukvård har registrerats vid 2 punktprevalensmätningar (PPM) under året. Resultatet ger verksamheten möjlighet att över tid jämföra verksamhetens resultat. Riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens är ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Tre gånger per år erhålles aktuell status av MAS och MAR. Varje månad registrerar varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska aktuella infektionsparametrar på varje enhet. Dessa sammanställs och rapporteras till MAS, för analys. Egenkontroll med analys av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har under året utförts två gånger i verksamheten.

Verksamheten hanterar avvikelser och utreder händelser som har medfört eller riskerar medföra vårdskada, enligt en lokal process. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada så kontaktas MAS för utökad utredning och ställningstagande om ev anmälan enligt Lex Maria. Under verksamhetsåret har en avvikelse föranlett bedömning av allvarlig vårdskada och anmälts till IVO enligt Lex Maria.

För att säkerställa att legitimerad personal använder sin tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk, genomförs loggkontroller i patienternas hälso- och sjukvårdsjournaler. Ev. avvikelser rapporteras till MAS för utredning. Inga sådana avvikelser har rapporterats under året.

Verksamheten har ett ledningssystem som ger struktur och goda förutsättningar för att bedriva en god hälso- och sjukvård. Förbättringsåtgärder som har bedrivits under året har resulterat i säkerställande av läkemedelshantering, delegeringsförfarande och utveckla och upprätta planer vid malnutrition. Behov av att fortsätta utvecklingen av ett personcentrerat arbets sätt finns och då genom att stärka det tvärprofessionella teamarbetet, vilket är ett tydligt uppdrag som fortsätter under 2018.

Övergripande mål och strategier

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom Serafens vård- och omsorgsboende.

Nämndens mål:

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

Åtaganden för verksamheten på Serafens vård och omsorgsboende

1. Boendes hälsa är under kontroll
2. Boende har inflytande över sin tillvaro
3. Boende har en god måltidssituation
4. Boende känner sig 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. Verksamheten har ett kontinuerligt samarbete med Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet.
2. Verksamheten kontrolleras årligen via verksamhetsuppföljningar, då bl. a kvalitetsinstrumentet QUSTA används. Resultatet används för att säkerställa och utveckla verksamhetens rutiner och arbetssätt.
3. Genomföra egenkontroller dokumentation 2 ggr/år, genomföra punkt-prevalensmätning över indikatorer 2 ggr/år.
4. Att följa och analysera inkomna avvikelser rörande fall-olyckor, läkemedelshantering och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Avvikelserna tas upp individuellt eller på team möten där alla yrkeskategorier ingår.
5. 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.
6. Att säkerställa och utveckla det personcentrerade arbetssättet genom att bl. a tydliggöra det tvärprofessionella teamarbetet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret i att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att verksamheten aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada, enligt Socialstyrelsens författning och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40). Vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälan enligt HSLF-FS 2017:40 (lex Maria) göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) enligt 11 kap. 4§ Hälso- och sjukvårdslagen ansvarar enligt 4 kap. 6§ Hälso- och sjukvårdsförordningen för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår ansvaret för att anmäla risk för allvarlig och allvarlig vårdskada till IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift är skyldiga att följa lagar och regler samt gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelsehantering

Verksamheten har ett välutvecklat och fungerande arbetsätt gällande hantering av avvikelser. Strukturerade kvalitetsrådsmöten tillsammans med MAS och MAR genomförs varje månad för analys och uppföljning av månadens avvikelser.

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

QUSTA

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.

Dokumentation

Två gånger per år utförs en egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen inkluderat analys av resultatet.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsuppföljning enligt QUSTA

Verksamheten har under året följts upp avseende hälso- och sjukvårdens kvalitet. För att långsiktigt säkra och utveckla kvalitén krävdes det en handlingsplan för Serafen i år då resultatet försämrats i jämförelse med tidigare år.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Verksamheten har 5 st. dokumentationshandledare som med stöd av processledare och MAS/MAR samverkar runt frågor som rör dokumentation.

Strategiska möten internt och externt

Varje månad hålls enhetsmöten per enhet, där legitimerad personal medverkar tillsammans med biträdande enhetschef för enheten och även biträdande enhetschef för legitimerad personal.

Syftet med mötena är att de tillsammans bl.a ska säkerställa läkemedelshantering och delegeringsförfarande, säkerställa ansvarsfördelning gällande hantering av hjälpmedel och identifiera behov av kompetensutveckling hos omvårdnadspersonalen. Även att utveckla och säkerställa det tvärprofessionella teamarbetet.

Nutrition

Under året så har följsamhet i det förebyggande arbetet ökat gällande malnutrition hos de boende, där förvaltningens dietist är inberäknad.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Verksamheten följer statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård för att kunna säkerställa patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Indikatorer för hälso- och sjukvård registreras vid 2 punktprevalensmätningar (PPM) under året. Resultatet ger verksamheten möjlighet att över tid jämföra verksamhetens resultat.

Statistik över genomförda riskbedömningar

Riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens är ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Tre gånger per år erhålles aktuell status av MAS och MAR.

Infektionsregistreringar

Varje månad registrerar varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska aktuella infektionsparametrar på varje enhet. Dessa sammanställs och rapporteras till MAS, för analys.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll med analys av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utförs i verksamheten två gånger per år.

Basal vårdhygien

Verksamheten har genomfört egenkontroller var tredjemånad då verksamhetschef, bitr. enhetschefer och kvalitetsansvarig går till samtliga avdelningar. Egenkontrollen omfattar följsamhet till basala hygienrutiner, klädpolicy, sjuksköterskeexpeditioner, avdelningsförråd, tvättstugor/sköljrum, boenderum och tvätthantering. Vid egenkontrollen följer en omvårdnadspersonal med från boende enheten för att ta del av synpunkter. Protokoll förs vid varje kontroll.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En lokal samverkansöverenskommelse mellan Legevisitten Läkare SÄBO och Kungsholmens stadsdelsförvaltning avseende Serafens vård- och omsorgsboende finns. Samverkansmöten sker regelbundet och har genomförts 3 gånger under året.

Lokal samverkansöverenskommelse finns även upprättade med ASIH, slutenvården, primärvårdsrehabilitering för att säkra vårdprocesser vid vårdens övergångar mellan olika vårdgivare.

Övrig samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten sker med:

- Apoteket AB, som genomför inspektioner en gång per år.
- Vårdhygien, som genomför hygienronder en gång per år.
- Flexident, som utför nödvändig tandvård och erbjuder årliga munhälsobedömning.
- Samverkan sker även löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvård som t.ex stadsdelens dietist och processledare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalyser genomförs enligt lokal rutin vid risker i den befintliga verksamheten och inför förändringar som riskerar att påverka verksamheten.

Under 2017 stärktes arbetssättet vid bemanning gällande kontinuitet av leg. sjuksköterskor vilket kommer att fortgå under 2018. Semesterplaneringen gällande legitimerad personal sker i god tid för att kunna bemanna sommarvikariat under kontrollerade former.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för hantering av journaler i verksamheten. Ansvaret omfattar bland annat att tilldela, förändra och avsluta behörigheter för legitimerad personal samt att följa upp att kontrollen av åtkomsten till patientuppgifter är korrekta genom loggkontroller. För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång på patientuppgifter enligt gällande regelverk begärs verksamheternas loggkontroller in en gång om året för hälso- och sjukvårdsdokumentationen i Vodok.

Två gånger om året genomförs egenkontroll med analys av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts under december av MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

När en avvikelse upptäcks ska den dokumenteras i journalsystemet och rapporteras till närmaste chef som gör en bedömning av händelsen. Om utredning föreligger rapporteras händelsen till MAS/MAR. Det är viktigt att se på inträffade avvikelser som möjligheter till förbättring och utveckling av verksamheten. Inställningen till avvikelsehanteringssystemet måste präglas av öppenhet så att arbetet med att kontinuerligt förbättra de boendes säkerhet och trygghet utgör fokus. Avvikelser tas upp på team-möten och enskilt samt på avvikelsemöten. Varje månad följs aktuella avvikelser upp i verksamhetens Kvalitetsråd för analys och åtgärd med syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Samtliga klagomål och synpunkter registreras i ett register där även åtgärden skrivs in. 15 klagomål och synpunkter har inkommit till verksamheten under året, varav 5 av dessa är positiva synpunkter från boende och anhöriga. Det handlar främst om god omvårdnad, trevlig personal, fint bemötande och miljö. De klagomål som inkommit handlar om bemötande, måltider och aktiviteter. 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 tagit upp som fallbeskrivningar på alla våningars APT.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inskrivning på boendet 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 muntligen, och de får även ta del av ev. skriftlig utredning.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Verksamheten bedriver patientsäkerhetsarbete enligt, SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3.

Resultatmåttan speglar utfallet av genomförda uppföljningar, journalgranskningar och statistik över kvalitetsindikatorer och avvikelser. Mätperioden omfattar tiden 1 oktober 2016 till och med 30 september 2017. Statistiken grundar sig på inhämtade uppgifter från verksamheten. Korttidsplatserna ingår inte i statistiken.

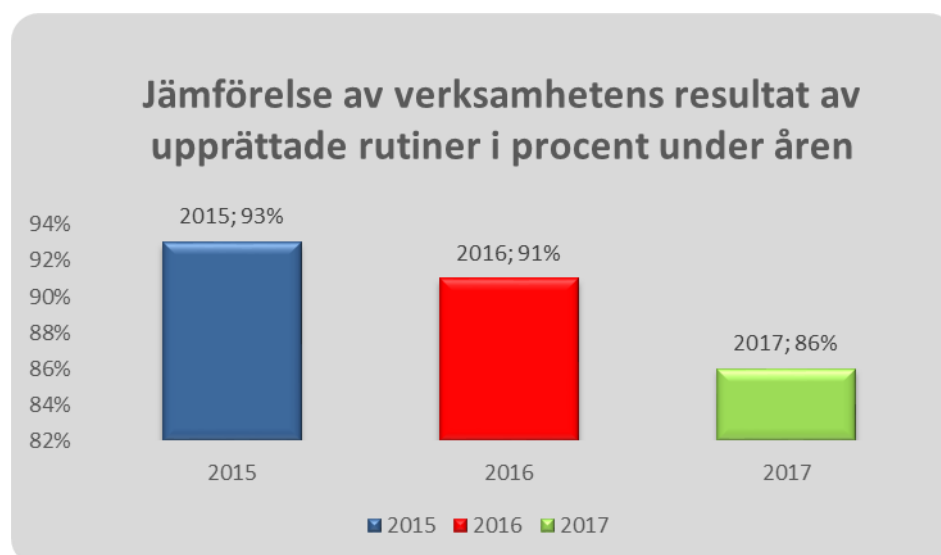
Resultatmätt

QUSTA

Årets uppföljning enligt QUSTA visar en måluppfyllelse på 86%.

Verksamheten har ett lägre resultat år 2017 avseende kriterierna i uppföljningsmodellen, vilket kan kopplas till de senaste årens höga personalomsättning av legitimerad personal samt även förändringar på ledningsnivå och bedöms vara bakomliggande orsaker. Det bör noteras att det inte är helt jämförbart med tidigare procentsats då QUSTA-underlaget uppdaterats med nya frågeställningar.

Resultatet visar dock att Serafen har förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Verksamheten behöver dock fortsätta att utveckla och säkerställa vissa rutiner och arbetssätt, och förbättringsåtgärder enligt handlingsplan har utförts under året.



Dokumentation

Journaler har granskats av MAS och MAR.

Ett resultat utifrån en bedömningsskala har gjorts, utifrån valda kriterier. Resultatet för Serafen är 10 poäng av 10 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.

Handlingsplan med förbättringsåtgärder

Verksamheten har 5 dokumentationshandledare bland legitimerad personal. 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. Förbättringsåtgärder har under året skett inom områdena:

- Säkerställa att alla känner till stadens riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Tydliggöra patientens delaktighet i vården, i dokumentationen.
- Fortsatt utveckling av kartläggning och hälsoplaner samt teamarbete för att bättre kunna följa vårdens processer och följa vidtagna åtgärder och insatser.

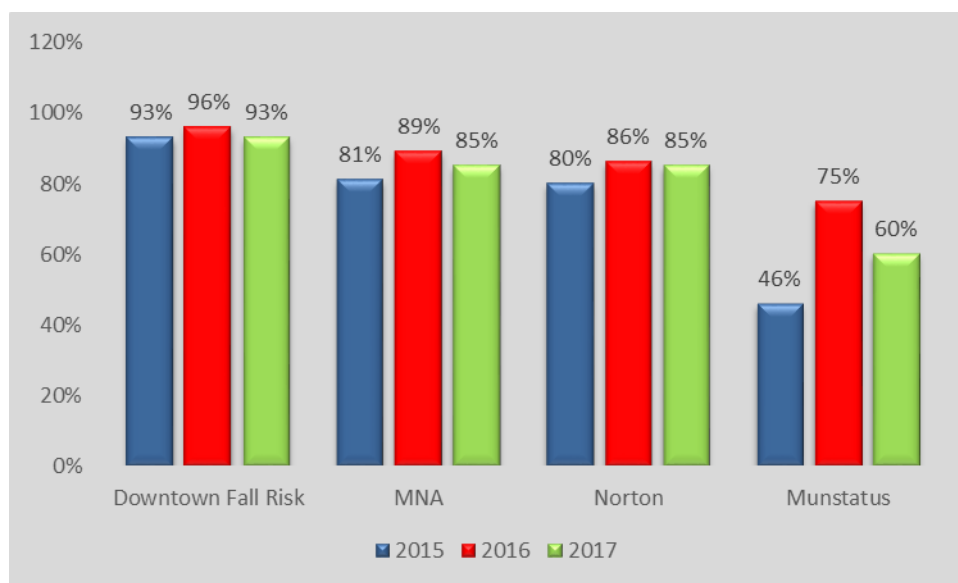
Riskbedömningar

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 tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst en gång om året eller efter behov.

Instrument som används är:

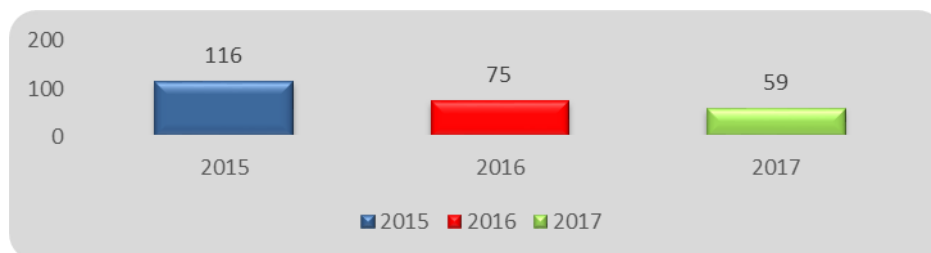
- Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten.
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus.
- Norton för att mäta risk för trycksår.
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide), munstatus.

I så gott som samtliga riskområden har Serafen ett likvärdigt resultat i jämförelse med föregående år.



Senior Alert

Registreringar av genomförda riskbedömningar/Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index) i Senior alert. 53 registreringar har genomförts under perioden 2017, vilka är färre än 2016.



Handlingsplan med förbättringsåtgärder

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 2018 att 55 % av de boende på Serafen ska registreras i Senior Alert, mot dagens 30%.

Munhälsobedömning och munvårdsutbildning

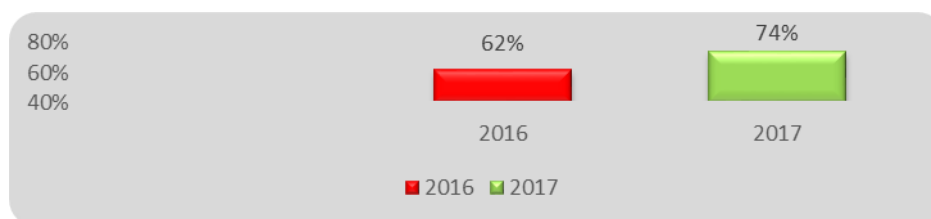
Under 2017 har 101 boende tackat ja till munhälsobedömning, vilket är positivt.

Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationen har tillsammans med respektive omvårdnadsansvarige sjuksköterska på Serafen genomfört läkemedelsgenomgångar. Enligt statistik från läkarorganisationen så har man nått målet på 100% genomförda läkemedelsgenomgångar på Serafen.

Riskbedömningar inkontinens (Nikola)

Antal genomförda riskbedömningar enligt Nikola har under året ökat på Serafen.

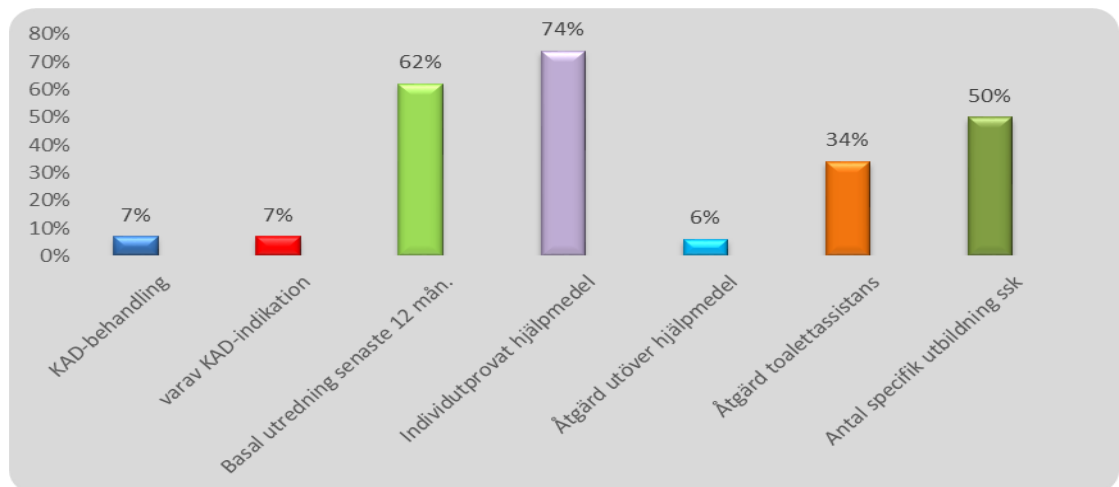


Punktprevalensmätningar (PPM)

PPM avseende blåsdysfunktion

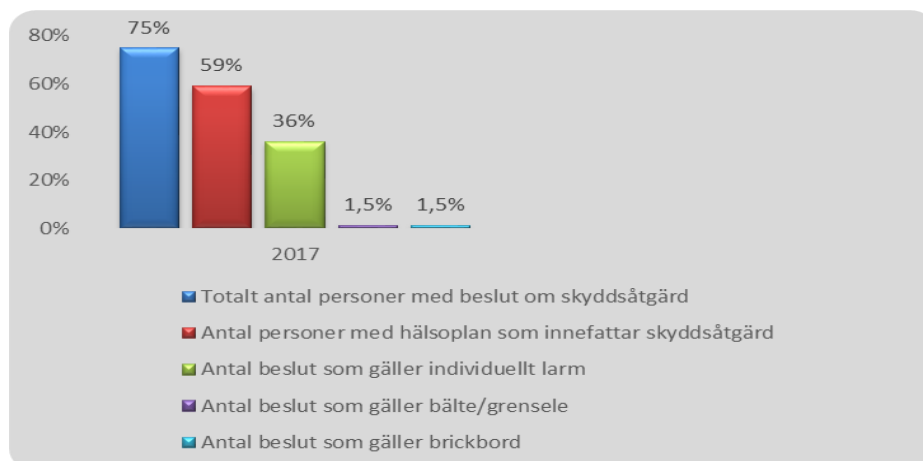
Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion som visar att 62% av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att 74% har ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.

Endast 7% behandlas med urinkateter och samtliga av dessa har en indikation för detta. Ett förbättringsområde är att ordinera hjälp med toalettassistans.



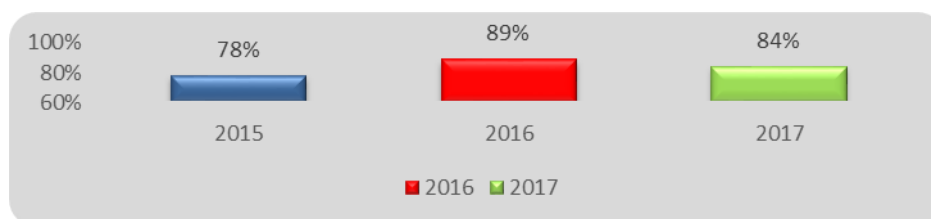
PPM avseende skyddsåtgärder

Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende beslut om skyddsåtgärd. Resultatet visar att 75% av de boende har beslut om skyddsåtgärd där flest andel beslut avser larm. Användningen av bälten, selen eller brickbord i rullstol är som tidigare år liten. Hälsoplaner finns för 59% av patienterna vilket behöver fortsätta att utvecklas med syfte att koppla skyddsåtgärder till hälsoplan för att kontinuerligt säkerställa användandet och behovet.



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 är utförd är likvärdig jämfört med tidigare år.



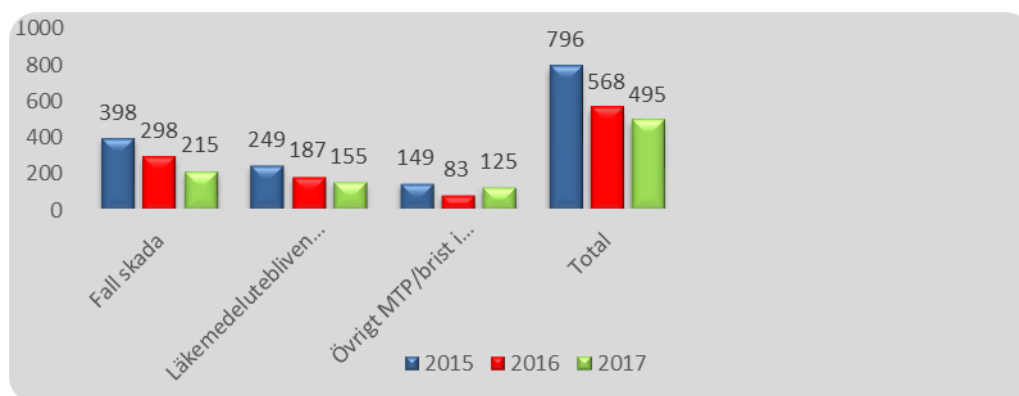
Infektionsregistrering

Sårinfektioner, urinvägsinfektioner har ökat något i verksamheten jämfört med 2016. En orsak kan vara brister i följsamhet i basal hygienrutiner samt att fler som flyttar in redan har en pågående sårinfektion.

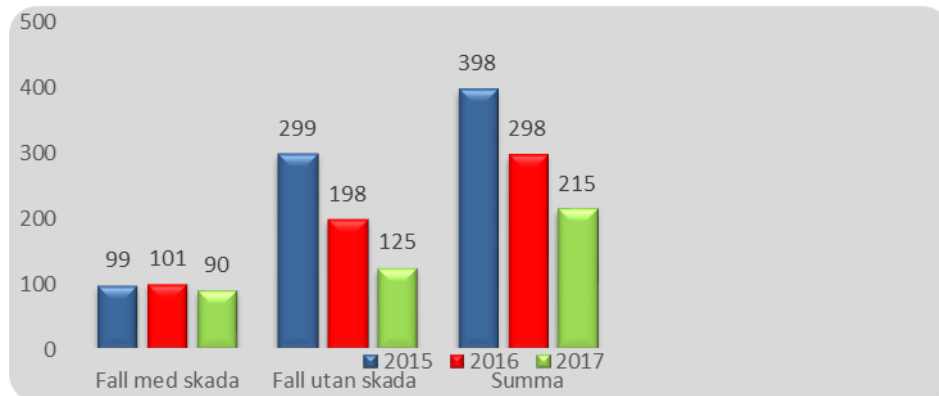
Antal vårdrelaterade infektioner är likvärdigt resultatet från föregående år. Positivt är att ingen smittspridning har rapporterats från verksamheten.

Avvikelser

Inkomna avvikelser för perioden 2017 har minskat jämfört med föregående år. Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelshantering. Målet för 2017 var att fler avvikelser skulle uppmärksammas och rapporteras. Under perioden har 1 st. avvikelser föranlett anmälan enligt Lex Maria, och 1 st enligt Lex Sarah.



Sammantaget har registrerade fallincidenter minskat jämfört med år 2016. I två fall har konsekvensen blivit fraktur.



Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelserna har minskat något jämfört med föregående år. De flesta avvikelser som rapporterats handlar om att delegerad personal missat att ge vårdtagaren sina läkemedel eller missat signera att läkemedlet har överlämnats.

Övriga avvikelser

Övriga avvikelser rör brister i dokumentationen, brister i omvårdnad som ex utebliven ordinerad åtgärd, brist i medicinskteknisk produkt eller hantering av dessa samt brister i vårdkedjan mellan landsting och kommun.

Avlidna

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

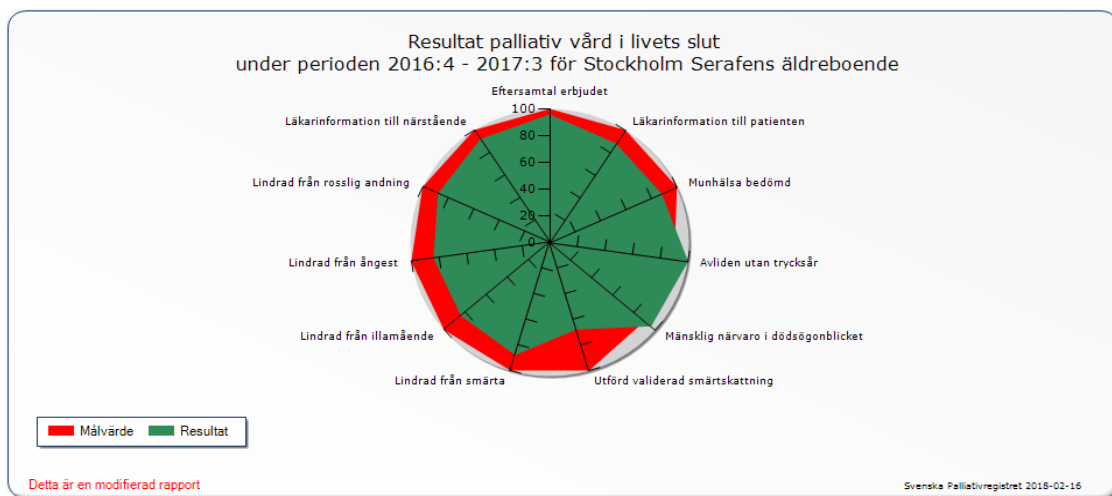
Under 2017 avled 45 patienter varav 27 st på boendet och 18 st på sjukhus eller på annan plats.

Registreringar i Svenska palliativa registret

Verksamheten registrerar i Svenska palliativa registret.

Spindeldiagrammet visar att måluppfyllelse nästan är nådd. Den parameter som fortsättningsvis behöver utvecklas är att validerad smärtskattning utförs.

Verksamheten har 6 palliativa ombud och har som mål att utbilda ytterligare 11 st. En handlingsplan är utformad gällande implementering av NVP med syfte att säkerställa personcentreringen i den palliativa vården



Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteket har den 24 april 2017 granskat läkemedelshantering. Kommunalt akutläkemedelsförråd är ett 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 Verksamhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska. Nedan följer en sammanfattning av granskningen.

Sammanfattning

Kvalitetsgranskning genomfördes i samtal med läkemedelsansvarig sjuksköterska och kommunens MAS. Förrådet för akutläkemedel granskades och stickprov på förrådsnarkotika utfördes. Läkemedel i akutförrådet förvaras på ett överskådligt sätt och god ordning råder. Hanteringen av narkotika för kasation ska ses över.

Patientbundna läkemedel förvaras på sjuksköterskeexpeditionerna på varje plan, tre förråd inspekterades, ordningen bland de patientbundna läkemedlen var mycket varierade beroende på vilket plan som granskades.

Hanteringen av personbunden narkotika bör ses över och hanteras enligt samma rutin på alla plan.

De senaste årens omsättning av sjuksköterskor har medfört att alla arbetar enligt olika rutiner. Flera versioner av signeringslistorna förekommer och flera boende har inaktuella ordinationshandlingar i sina skåp.

För att säkerställa att alla sjuksköterskor arbetar enhetligt enligt de lokala rutinerna bör alla sjuksköterskor ta del av de skriftliga rutinerna. Detta är särskilt viktigt vid nyanställning eller efter revideringar av rutinerna.

Boendet rapporterar en del avvikelser rörande läkemedelshantering, de avser glömda doser och glömda signaturer.

Förbättringsförslag sammanfattas i nedanstående åtgärdsplan.

Förbättringsåtgärder utifrån granskningen

- Ta bort uttrycket E-dos på förekommande ställen. Det är inte aktuellt. Ersätt med ApoDos eller Pascal.
- Säkerställ att alla boende har en aktuell uppdaterad ordinationshandling i sina skåp.
- En enhetlig rutin att dokumentera utlämnandet av originalförpackningar till boendes skåp efterfrågas, alla steg i läkemedelshanteringen ska vara spårbara.
- Rekommenderar att signeringslistorna baseras på klockslag istället för vilken typ av läkemedel det är.
- Rutinen för att dokumentera generikautbyten på signeringslistorna bör stramas upp.
- Se över vilka läkemedel som kräver kylförvaring. Förvaras vid max 25° betyder förvaring i rumstemperatur.

En handlingsplan är skapad för de förbättringsåtgärder som rekommenderades vilken man har arbetat efter under året.

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.

Handlingsplan med förbättringsåtgärder

Under året har ett förbättringsarbete skett efter resultat av hygienrund. 17 hygienombud har utbildats för att säkerställa följsamheten i verksamhetens basala vårdhygien.

- Fortsatt arbete med att säkerställa att personalen följer basala hygienrutiner. Fortsatt arbete med egenkontroller och självskattning för att bibehålla följsamhet.
- Ta fram en lokal rutin för hantering av riskavfall.

Måluppfyllelse

Årets uppföljning enligt QUSTA visar en måluppfyllelse på 86%.

Verksamheten har ett lägre resultat år 2017 avseende kriterierna i uppföljningsmodellen, vilket kan kopplas till de senaste årens höga personalomsättning av legitimerad personal samt även förändringar på ledningsnivå och bedöms vara bakomliggande orsaker. Resultatet visar dock att Serafen har förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Verksamheten behöver dock fortsätta att utveckla och säkerställa vissa rutiner och arbetssätt, och förbättringsåtgärder enligt handlingsplan har utförts under året.

Serafens boende har genomgått riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. I så gott som samtliga riskområden har Serafen ett likvärdigt resultat i jämförelse med föregående år. Metoder för att öka andelen genomförda riskbedömningar kommer att säkerställas under 2018.

Verksamheten har under året redovisat resultatet av egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Arbete med framanalyserade förbättringsområden pågår.

Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion som visar att 62% av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att 74% har ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel. Endast 7% behandlas med urinkateter och samtliga av dessa har en indikation för detta. Ett förbättringsområde är att ordinera hjälp med toalettassistans.

Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende beslut om skyddsåtgärd. Resultatet visar att 75% har beslut om skyddsåtgärd där flest andel beslut avser larm. Användningen av bälten, selen eller brickbord i rullstol är som tidigare år liten. Hälsoplaner finns för 59% av patienterna vilket behöver fortsätta att utvecklas med syfte att koppla skyddsåtgärder till hälsoplan för att kontinuerligt säkerställa användandet och behovet.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Strategi för 2018

1. Fortsätta att utveckla dokumentationen, både enligt HSL och SOL.
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. Säkerställa informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna.
5. Stärka Serafens vård- och omsorgsboende som en attraktiv arbetsgivare.
6. Öka registreringar i samtliga kvalitetsregister.
7. Öka omvårdnadspersonalens kunskap gällande läkemedelshantering.
8. Öka antalet utbildade palliativa ombud och utveckla och förbättra den palliativa vården.
9. Implementera NVP enligt handlingsplan, för att säkerställa det personcentrerade arbetssättet i den palliativa vården.

