

# Kvalitets- /patientsäkerhetsberättelse

|               |                                                       |                                        |                          |                                           |               |
|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|---------------|
| Version:<br>1 | Gäller för:<br>Attendo<br>Skandinavien<br>Äldreomsorg | Dokumentansvarig:<br>Kvalitetschef ASO | Upprättad:<br>2015-04-01 | Utarbetad av:<br>Maria Ekelund<br>Dannert | Reviderad av: |
|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|---------------|

Kvalitets- /patientsäkerhets berättelse för

Attendo Kampementets vård- och omsorgsboende enheterna för  
demens pl 3-5 och soma 6-8

År 2015

**Datum och ansvarig för innehållet**

2016-02-20 Marie Pilhjerta och Taru Ylikylä

## Innehållsförteckning

|                                                                                                          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Inledning                                                                                                | sidan 3  |
| Sammanfattning                                                                                           | sidan 4  |
| Bakgrund                                                                                                 | sidan 5  |
| Övergripande mål och strategier                                                                          | sidan 5  |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet                                                       | sidan 6  |
| Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll                                                        | sidan 6  |
| Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka<br>åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | sidan 7  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador                                                                   | sidan 15 |
| Riskanalys                                                                                               | sidan 15 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet                                                  | sidan 16 |
| Hantering av klagomål och synpunkter                                                                     | sidan 16 |
| Samverkan med patienter och närstående                                                                   | sidan 16 |
| Sammanställning och analys                                                                               | sidan 16 |
| Resultat                                                                                                 | sidan 17 |
| - Strukturmått                                                                                           |          |
| - Processmått                                                                                            |          |
| - Resultatmått - Indikatorer för hälso- och sjukvård                                                     |          |
| Övergripande mål och strategier för kommande år                                                          | sidan 23 |

## Inledning

Det har skett en stor förändring senaste åren inom hälso- och sjukvården gällande nya och mer omfattande krav som kommunicerats via ny lagstiftning och nationella styrdokument. Det har dessutom utvecklats nationella kvalitetsregister som Senior alert, Svenska palliativregistret samt BPSD registret m.m. Dessa register används idag av samtliga kommuner i Sverige.

Flera nationella styrdokument har tagits fram inom flera olika områden t.ex. fallprevention, omvårdnad vid diabetes, palliativ vård i livets slutskede, arbete med utredning och behandling av inkontinens samt ett omfattande arbete att skapa en personcentrerad vård och omsorg enligt de nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa utkom 2010. Ett annat område som ytterligare stärkts genom den nya patientlagen (2014:821) är att den boende och dennes närstående ska vara delaktig i planering och utvärdering av sin vård och omvårdnad. De ska också kunna få information skriftligt. Detta påverkar samtliga yrkesgrupper inom de särskilda boendeformerna då ny lagstiftning och de nationella riktlinjerna ska omsättas i det dagliga arbetet.

## Från SKL

Styrelsen beslutade i april 2015 (Dnr 15/2182) om att ingå i Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om tillgänglighet och samordning för en mer personcentrerad vård 2015. Den syftar till att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälso- och sjukvård genom att främja och utveckla insatser för en mer personcentrerad och tillgänglig vård. Satsningen ska främja huvudmännens förutsättningar för utvecklad tillgänglighet samt en mer personcentrerad vård genom samordning, kontinuitet och helhetssyn.

Det handlar t ex om patienter med olika sjukdomstillstånd och ett personcentrerat arbetssätt inom primärvård och äldreomsorg. Begreppet personcentrerad vård innebär att personen, hela människan, betonas mer än själva patient begreppet där sjukdomen är i fokus. Utgångspunkten är att vården ska se till en persons erfarenheter, resurser och förutsättningar och att patienten ska vara en jämlik partner i vården.

Med personcentrerad vård menas att patienten och de anhöriga är aktiva och delaktiga i planeringen och genomförandet av vården. Patienten ingår en överenskommelse med vården där partnerskap med professionella vårdgivare utgörs av en gemensam hälsoplan och uppföljning av vård och rehabilitering. Hälsa betyder olika saker för olika personer och med en personcentrerad vård främjas hälsa just för olika unika personer.

Ur Motion 61 – Personcentrerad vård, SKL 2015

## Sammanfattning

På Kampementet arbetar vi kontinuerligt för att uppnå en hög patientsäkerhet där den enskilde och dennes närstående kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården. Vård och omsorgspersonalen arbetar systematiskt för att minska risk för vårdskador.

Förbättringsarbetet kring handläggning av avvikelserna utvecklas hela tiden. De flesta avvikelser har skett inom området läkemedelshantering och fall varvid dessa områden också varit föremål för olika genomgångar och utredningar för att därigenom kunna analysera orsak till det inträffade och på så vis har riktade åtgärder kunnat vidtas. När det gäller fallincidenter är det personer med demenssjukdomar och kognitiv nedsättning som står för flertalet fall. Ofta är det några enstaka brukare som stor för de flesta fallen. Stora arbetsinsatser har genomförts i verksamheterna kring det fallpreventiva arbetet. Ett fortsatt arbete behöver ske i syfte att minska fallskador. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att engagera hela teamet runt den boende som bl.a. inkluderar, riskbedömning, patientundervisning och delaktighet samt behövlig tillsyn för den enskilde.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt under året inom en rad olika områden t.ex. att utföra riskbedömningar avseende fallrisk, risk att utveckla trycksår och att identifiera de boende som har en risk att bli undernärda. Däremot har verksamheten i samråd med Östermalms SDF MAS ej registrerat i Senior Alert på Kampementet även om alla ovannämnda riskbedömningar är gjorda på samtliga brukare.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen, utifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2015. Kvaliteten i dokumentationen har generellt förbättrats i jämförelse med 2014. Fokus har legat på att samla teamets kompetens för att på bästa sätt kunna uppfylla den enskildes behov och för att bibehålla och stärka kvarvarande resurser hos den enskilde. Ett arbete med att skapa delaktighet för den enskilde och dennes närstående i vårdens planering, genomförande och utvärdering har börjat i höstas då indikatorerna visar sämre resultat nu än tidigare.

Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringstillägg samt utveckla nöjdheten med mat och måltidssituationen har fortgått under 2015 och kommer att vara pågående. Registreringar av givna nattmål har genomförts under året. Verksamhetschefen sammanställer och återkopplar resultat årligen.

När det gäller den interna samverkan i de olika verksamheterna har förbättringsarbetet som igångsattes 2015 fortsatt utvecklats till en ofta bättre fungerande ansvars och arbetsfördelning i det dagliga arbetet. Verksamheterna har framförallt fortsatt arbetet med att skapa bra och tydliga former för informationsöverföring och teamsamverkan mellan de olika yrkesgrupperna. Samtliga personalkategorier möts fortlöpande med viss bestämd frekvens eller då behov uppstår t.ex. efter en boende har varit med om en fallincident.

Arbetsätt ute i enheterna har kvalitetssäkrats och förfinats. Ett område är fördelning och ansvar för dagens uppgifter utifrån de boendes behov som tydligt förbättrats vilket framgår i de sjunkande siffror när det gäller fall och skador vid fall. Läkemedelsavvikelserna har tyvärr ökat men antalet har börjat sjunka under det sista kvartalet genom flertalet vidtagna åtgärder men detta arbete behöver fortgå för att uppnå lagstiftningens mål att läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig. Under året har teamets samlade betydelse lyfts utifrån en helhetssyn på den enskilde.

Arbetet med vård i livets slutskede har fortsatt bl.a. med stöd och handledning av specialutbildad undersköterska samt sjuksköterskor. Däremot ses registrering i Svenska Palliativregistret har sjunkit markant med anledning av att på Kampementet var flera omvårdnadsansvariga sjuksköterskor frånvarande under långtid under april – augusti. Kontinuiteten för registrering i kvalitetsregistren kunde inte bibehållas. Samtidigt med den saknaden av omvårdnadsansvariga sjuksköterskor under 2015 hade Kampementet 60st brukare som avled samt 7 brukare som flyttade antingen hem eller till annat boende. Totalt under 2015 har Kampementet 67 brukare som flyttade in.

Under 2015 ändrades hälso- och sjukvårdsdokumentation från VIPS sökorden till ICF. Implementering samt överföring av gammal data har pågått under hela året. Hälso- och sjukvårdspersonalen har i teamet hittat strategi och ett arbetsätt för att försöka hitta ett gemensamt sätt att dokumentera, att alla i teamet skriver samma sak under samma sökord.

## Bakgrund

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den nya lagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

- Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:
- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, boende, andra vårdgivare och patientorganisationer.
- Vårdgivaren är skyldig att inrätta ett ledningssystem där patientsäkerhetsberättelsen är en del av ledningssystemet.
- Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår.
- Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhets- arbetet.

## Övergripande mål och strategier

Den enskilde ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med vården. Den enskilde ska på ett naturligt sätt erbjudas att själv vara delaktig i de beslut som fattas kring planering och utvärdering och som dokumenteras på de olika planerna för hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete utifrån goda förutsättningar så att en säker vård av god kvalitet kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för boende, personal och övriga medborgare.

Utifrån MAS riktlinjer beskrivs Kampementets del i ledningssystemet som lokala rutiner med, egenkontrollmoment och riskanalyser. Kvalitetsarbetet sker fortlöpande och strukturerat.

## Mål 2015

- Resultat för Svenska Palliativa registrets indikatorer visar att det finns utrymme för att öka erbjudandet av efterlevnads samtal för närstående.
- Införande av strukturerat sätt att skatta smärtan. Abbey pain scale samt VAS ska användas i större utsträckning än under 2014.
- Att i högre grad arbeta med BPSD registret och då bl.a. föreslå och pröva omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel
- Att ha stående tider varje månad för omvårdnadspersonalen för förflyttningsteknik.

## Strategi

Utföra vård och omsorgsinsatser som är grundade på evidens utifrån en helhetssyn på den enskildes behov och kvarvarande resurser. Att fortsätta att utveckla det systematiska förbättringsarbetet.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ansvarar för att MAS riktlinjer efterlevs i verksamheten.

Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har det medicinska ansvaret i hälso- och sjukvård och ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

MAS ansvar ingår att bl.a. tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS ansvarar för att anmäla risk för vårdskada eller vårdskada till. Detta görs i samverkan med Östermalms SDF MAS som ansvarar för att lämna anmälan till ansvarig nämnd.

### **Befattningshavare med ansvar för enskilda ledningsuppgifter enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 30.**

Befattningshavaren ansvarar för de enskilda ledningsuppgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet som verksamhetschef skriftligt överlämnat till denne. (Gäller verksamhetschefens arbetsområde) På Kampementet är det Marie Pilhjerta verksamhetschef för plan 6-8 sedan 2015-04-15 innan det hade dsk Britt Carin Mångelin delegerat ansvar enligt § 30.

### **Hälso-och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att följa upprättade riktlinjer och rutiner samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risk för vårdskada samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **Icke legitimerad yrkesutövare**

- Icke legitimerade yrkesutövare är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad yrkesutövare
- Utför arbete enligt skriftlig delegering

### **Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll**

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter som inträffar i verksamheterna sker fortlöpande av verksamhetens medarbetare och hälso- och sjukvårdsansvariga samt av MAS. MAS har följt och följer detta arbete fortlöpande i avvikelssystemet Attendo ADD och i dialog med ansvariga i verksamheterna. MAS utreder avvikelser av allvarlig karaktär tillsammans med ansvariga i verksamheterna och fattar beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria. Östermalms SDF MAS får kopia på kvalitetsprotokollet samt sammanställning av avvikelser månadsvis.
- Attendo genomför en årlig egenkontroll där verksamheten granskas avseende kvalitet och säkerhet detta utförs av Attendos kvalitetsavdelning enligt fastställd manual. Under 2015 utförde verksamheten själv uppföljningen enligt manualen, men dokumentationsuppföljningen genomfördes av kvalitetsavdelningen på soma-enheten då enheten hade ej klarat egenkontrollen 2014 gällande HSL dokumentation och inom SoL var genomförandeplanerna ej godkända när det gäller måluppföljningen. Under dokumentationsgranskningen blev dokumentationen godkänd.
- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av Östermalms SDF MAS enligt fastställd metod som tas fram av MAS i samarbete med övriga deltagare i uppföljningsgruppen. Rapport skrivs och verksamheterna upprättar handlingsplaner för ev. utvecklingsområden. Ny uppföljning sker då åtgärder ska ha genomförts
- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan också ske oanmält eller relaterat till inkomna avvikelser eller klagomål.
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker en gång per år av farmaceut. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden

åtgärdas.

- Vårdhygienrund/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet.
- Läkemedelsgenomgångar som läkare ansvarar för att genomföra tillsammans med personal på boendet
- Fortlöpande granskning av omvårdnads dokumentation sker två gånger per år av dokumentationsstödjare, Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Samverkansmöten med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan Kampementets ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet sker varje månad.
- Kampementet deltog i Stockholms Stads kvalitetsutmärkelse tävling och skrev ett omfattande bidrag kring verksamheten, dess struktur, processer, rutiner och det systematiska kvalitetsarbetet. Deltagandet innebär en djupdykning i ovan nämnda delar och identifiering av den röda tråden som knyter ihop de olika delarna i verksamheten. Återföringen från Kvalitetsutmärkelsens examinatorer ger värdefull underlag för fortsatt kvalitetsarbete i verksamheten.

## **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som har genomförts för ökad patientsäkerhet**

### **Personcentrerad omvårdnad och omsorg**

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom). För detta krävs utbildning och fortlöpande kompetensutveckling av personal samt en hög grad av empatiskt förhållningssätt. Även för de personer som inte har en demenssjukdom ska vård- och omsorg utformas utifrån ett personcentrerat synsätt.

Den personcentrerade omvårdnaden utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser.

Det innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bemöter den enskilde som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner. Personalen strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes eget perspektiv. Den demenssjuke ska ses som en aktiv samverkanspartner



Personal bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen och strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen. Personalen försöker upprätta en relation till den demenssjuke och dess närstående. Ett arbete med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg har påbörjats i verksamheten under 2015 och fortsätter under 2016.

Dock kommer det att krävas fortlöpande stora utbildningssatsningar inom detta område om det ska få ordentligt genomslag. Personalen behöver utbildning i olika tekniker att bemöta den boende samt hjälpa den boende att minnas tidigare episoder av sitt liv.

Det är också mycket viktigt att en person som har en demenssjukdom får flytta in på en enhet som är inriktad för vård av personer med demenssjukdom för att få rätt vård och tillsyn av personal med rätt erfarenhet och kompetens. Antal personal på somatiska avdelningar och demensenheter kan också vara olika. Boendeenheternas storlek kan vara olika utformade och det kan vara svårt att ge den tillsyn som behövs i vissa huskroppar då personalen inte kan ha den uppsikt som behövs.

Enligt de Nationella riktlinjerna bör boendeenheterna vara småskaliga, ingen exakt siffra anges men 6-8 personer per enhet anges som en lämplig siffra. Lugn miljö är mycket viktigt eftersom personer med demenssjukdom är mycket stresskänsliga. Miljön i övrigt bör också anpassas vad det gäller t ex färgval, ljussättning, ljudnivå mm. Långa korridorer uppmuntrar t ex till vandringsbeteende vilket kan vara mycket tröttande för en person med svår demenssjukdom. Den miljöanpassning som krävs för personer med demenssjukdom kan vara svår att tillgodose på en avdelning som är avsedd för somatisk vård. Alla personer med demenssjukdom har rätt till en jämlik vård av god kvalitet av personal som har kompetens för detta arbete.

### **Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov**

Multiprofessionellt arbetssätt syftar till att uppnå kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar samt att den enskildes behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Under året har Kampementet fortsatt att omsätta sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. På Kampementet har genomförts team möten med olika deltagande yrkeskategorier enligt en viss struktur.

### **Dokumentation enligt ICF (Classification of functioning Disability) och KVÅ (kvalificerade vårdåtgärder) för hälso- och sjukvårdspersonalen**

Hälso- och sjukvårdspersonalen har lämnat det gamla sättet (VIPS) att dokumentera i sina journaler och övergått till att använda helt nya delar av struktur och klassifikationskataloger som har tagits fram på nationell nivå.

Socialstyrelsen har uppdrag inom den nationella strategin för e - hälsa att ta ett samordningsansvar för att utveckla förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om att informationen som dokumenteras ska

kunna återanvändas för olika syften såsom informationsöverföring mellan personal inom vård och omsorg. Informationen ska dessutom kunna användas för uppföljning på olika nivåer, för kvalitetssäkring, styrning, Detta förutsätter en nationell informationsstruktur för vården och omsorgen. För att undvika risk för missförstånd krävs enhetlig och entydig användning av begrepp, termer och klassifikationer dvs. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

## ICF – Classification of Functioning Disability and Classification

ICF är utvecklad och godkänd av WHO (2001) som komplement till Classification of Diseases, Tenth Revision som diagnosticerar olika skador störningar och sjukdomar. WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF som översattes till svenska 2003.

ICF utgår från den biopsykosociala modellen. Denna består av två delar med vardera två komponenter. Den första delen är funktionstillstånd med komponenterna kroppsfunktioner (b) och strukturer (S) samt aktiviteter och delaktighet (d). Den andra delen är kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer € och personliga faktorer.

Kroppsfunktioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen. Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet motsvarar engagemang i en livssituation. Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Personfaktorer utgörs av personliga egenskaper, bl.a. kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, coping strategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan på-verka en persons funktionshinder.

Klassifikationen har en hierarkisk uppbyggnad med alfanumeriska koder för komponenterna:

- Aktiviteter och delaktighet (d) som kan delas på aktiviteter (a) och delaktighet (p)
- Kroppsfunktioner (b)
- Kroppsstrukturer (s)
- Omgivningsfaktorer (e).

## KVÅ - Klassifikation av vårdåtgärder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. Klassifikation av vårdåtgärder omfattar både kirurgiska åtgärder baserat på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och

en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för inrapportering till patientregistret. Socialstyrelsen har tillsammans med organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) utvecklat åtgärds-koder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i KVÅ sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärds-koder i KVÅ gör.

### NANDA- International Nursing Diagnoses Definitiones and Classification

NANDA diagnoser kan sägas motsvara de omvårdnadsdiagnoser som sjuksköterskor formulerar idag enligt VIPS.

Omvårdnadsdiagnoser som är korrekta och valida har en avgörande betydelse i omvårdnadsarbetet. De utgör grunden för val av omvårdnadsåtgärder som optimerar förutsättningarna för att nå önskade resultat.

Omvårdnadsdiagnoser kan ses som en nyckel till framtida evidensbaserad professionell omvårdnad - och till ett effektivare bemötande av den enskildes behov. När användningen av elektroniska patientjournaler ökar ger standardiserade omvårdnadsterminologier som NANDA en möjlighet att samla omvårdnadsdata och underlätta systematisk analys inom och mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Att arbeta med det nya nationella fackspråket kommer att innebära en ny struktur och arbetsmetodik för de legitimerade yrkesutövarnas sätt att bedöma, analysera och kategorisera de olika delarna jämfört med dagens VIPS system (sökord för journalföring). Även för MAS kommer det att innebära ett helt nytt sätt att granska journaler på för att se att de boende får den vård de har rätt till och att vården är av god kvalitet.

### **Fallriskförebyggande arbete**

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Orsaker till att äldre faller är nedsatt muskelstyrka, balans och gångsvårigheter, syn, nedsatt reaktionsförmåga, inaktivitet, kognitiv nedsättning(demenssjukdom) och biverkningar av läkemedelsbehandling. Detta kan förebyggas med utprovning av rätt hjälpmedel samt undervisning till den enskilde och personal. Träning i form av att kunna utföra gång i den omfattning den enskilde orkar i den dagliga livsföringen och balansträning är viktig för att behålla eller träna upp funktioner. Det är viktigt att fortlöpande gå igenom de läkemedel som den enskilde relaterat till ev. biverkningar som kan ha betydelse i ett fallförebyggande syfte. Ett näringsintag är också viktigt för att bibehålla sina funktioner. Anpassning av miljö samt individuellt utformad tillsyn är andra viktiga säkerhetsåtgärder. Dialog pågår hur personalen i de olika verksamheterna kan erbjuda den enskilde såväl meningsfulla individuella som gruppaktiviteter för att t.ex. minska oro och rastlöshet.

Speciellt viktigt har varit att organisera tillsyn i det dagliga arbetet för de personer som har en nedsatt minnesfunktion och samtidig fallrisk då dessa personer "glömmer" de råd som personalen lämnat om att ringa på personal eller att använda hjälpmedel.

Vid inflyttning till Kampementet har sjuksköterska utfört fallriskbedömning i samverkan med sjukgymnast/fysioterapeut och kontaktperson. Om det funnits en fallrisk har det under året i upprättas en fallpreventionsplan. Den enskilde och ibland närstående har varit delaktiga i vårdplanens upprättande samt få information om innehåll kring planerade målformuleringar och åtgärder.

Det är viktigt att personalen har förutsättningar att följa ordinationer och att det dagliga arbetet planeras utifrån de olika hjälpbehov de boende har på en enhet.

Tillräckligt med personal och kompetens är en förutsättning. Att sträva efter hög personalkontinuitet samt lugn och trygg vårdmiljö är en mycket viktig framgångsfaktor för att förhindra fallolyckor. Det är viktigt att personalen har en god kännedom om de olika boendes vanor och inte minst risker som finns samt hur personalen ska arbeta för att undanröja dessa. Den boende ska få rätt hjälp vid förflyttningar av en eller två medarbetare, att få tillsyn och stöd, att gå på toaletten innan det blir så akut att den enskilde ringer på klockan, väntar på personal som kanske är upptagna och börjar gå själv och faller i samband med detta. Lokalernas utformning har en avgörande betydelse för hur personalen ska kunna ha uppsikt över framförallt de personer som har en kognitiv nedsättning med fallrisk.

Arbetet med att skapa bra team runt den enskilde och att genomföra team möten regelbundet har fortgått. Detta arbetssätt ger bättre förutsättningar för personalen att skapa en gemensam målbild för vilka insatser den enskilde behöver samt hur insatserna ska utföras i varje enskilt fall.

## **Nutrition**

I samband med inflyttning av ny boende har sjuksköterska i mycket högre utsträckning utfört riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) avseende nutrition. Vid risk för undernäring/felnäring har det i de flesta fall upprättats en vårdplan.

Kosten som serveras på Kampementet ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar.

Sjuksköterskan utför en riskbedömning enligt MNA som är ett instrument som används för att upptäcka risk för undernäring relaterat till ev. nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät och sväljsvårigheter, problem med tänder osv. Alla problem kring dokumentationen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Sjuksköterskan ordinerar olika specialkost och näringstillskott.

Personer med ätsvårigheter har oftast ett stort omvårdnadsbehov. Det är viktigt att det finns tid för att kunna genomföra matningar på ett professionellt sätt i lugnt tempo. Under året har

verksamheterna arbetat med att göra riskbedömningar för att hitta boende som är i riskzon för att bli undernärda samt de som är undernärda.

### **Sondmatning**

Sondmatning ges i de fall den enskilde har någon sjukdom som orsakar sväljningssvårigheter. Sonden kan vara insatt via näsan eller munnen genom matsäcken eller via bukväggen till matsäcken. Beroende på vilken typ av sond som är insatt kräver skötsel och matning olika kompetens av personalen. Det vanligaste är att sond som går via bukväggen används s.k. PEG sond. Ett fåtal boende får sin näring via PEG sond matning.

### **Total parenteral nutrition TPN**

Parenteral nutrition innebär att vätska och näring ges intravenöst. Med parenteral nutritionsbehandling avses alla former av nutritionsstöd till blodbanan exempelvis de lösningar där alla energigivande näringsämnen finns allt i ett, så kallade trekammarpåsar, men även glukosdropp, fettemulsioner och aminosyralösningar. Här avses dock huvudsakligen användandet av trekammarpåsar och är tänkt som en vägledning. För patienter med eller risk för ett sviktande energi- och näringsintag bör man tidigt planera för nutritionsbehandling. I första hand ska energibehovet täckas oralt eller enteralt. När detta inte är möjligt kan den parenterala nutritionen vara ett komplement till både oral- och enteral nutrition eller täcka hela energi- och näringsbehovet. En boende har fått sin näring via TPN under år 2015.

### **Nattfasta**

Tiden från dagens sista måltid fram till första måltid på morgonen efter utgör den aktuella nattfastan. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Är nattfastan längre omvandlas kroppens byggstenar till energi vilket leder till förlust av viktiga proteiner. På Kampementet har man fortsatt arbetet med att göra riskbedömningar för att upptäcka risk/undernäringstillstånd. Ett större antal vårdplaner för de boendes nutrition. Ett viktigt arbete har också varit att försäkra att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig.

En samlad indikator s.k. "nattfastemätningar" genomförs av Verksamheten två gånger per år. Verksamheten redovisar ett antal indikatorer på utförda satsningar kring nattfasta och nattmål. Resultaten från dessa mätningar har visat att personalen följer nattfastans längd, erbjuder nattmål samt att det finns i stor utsträckning åtgärder vid riskbrukare. Resultaten visar även ett behov av att utveckla ett gemensamt arbetssätt med nattmål som erbjuds till brukare på Kampementet.

### **Trycksårsförebyggande arbete**

Ett trycksår orsakas av att cirkulationen i ett område av huden har försämrats på grund av tryck. Om en del av huden utsätts för ett ihållande tryck påverkas cirkulationen i området

snabbt. Om man är frisk och rörlig känner man obehag av den försämrade cirkulationen och byter ställning så att man till exempel sätter sig annorlunda på stolen eller lägger sig bekvämare i sängen.

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar. Det är få trycksår som uppstått i verksamheten. Varje boende som flyttar in på särskilt boende ska få en riskbedömning utförd av sjuksköterska för att upptäcka om det finns risk för trycksår eller om trycksår redan finns. Vid risk för sår eller förekomst av trycksår upprättas en vårdplan. På Kampementet har under 2015 uppstått ett trycksår och av de boende som hade trycksår under 2015 hade de såret vid inskrivning eller såret hade uppstått hos en annan vårdgivare.

### **Symtom på trycksår**

Huden blir öm och röd eller missfärgad. Om ett trycksår bildas kan den äldre få riktigt ont. Områden där ben ligger nära huden brukar vara värst utsatta. Om man är sängliggande kommer trycksåret ofta på bakhuvudet, öronen, skinkorna, armbågarna eller hälarna.

Under året har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor tillsammans med omvårdnadspersonalen arbetat med att göra riskbedömningar enligt Nortonskalan (instrument för att mäta risk att utveckla trycksår) samt upprättat vårdplaner för de boende med risk för att få trycksår eller i de fall den enskilde redan haft ett trycksår. Mycket få trycksår uppstår i den egna verksamheten utan trycksåret ha uppstått hos annan vårdgivare t.ex. slutenvården.

### **Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret**

Det har funnits ett önskemål av sjuksköterskorna på Kampementet om att ansluta sig till LCP modellen (Liverpool Care Pathway). LCP modellen är ursprungligen framtagen i England och sprungen ur hospicevården. I Sverige är det Palliativt Utvecklingscentrum i Lund som administrerar LCP. LCP modellen är ett strukturerat instrument som är indelat i olika steg. Under 2015 har det inte gått att ansluta nya enheter till LCP då den nya nationella vårdplanen för vård i livets slutskede kommer att ersätta LCP dokumenten. Principerna för vård i livets slut kommer att kvarstå till stora delar i den nya nationella planen. Ett nationellt arbete pågår med experter inom den palliativa vården som kommer att utmyнна i att det tas fram en nationell vårdplan för vård i livets slutskede. Verksamheten har under 2015 arbetat utifrån de nationella riktlinjerna för palliativ vård i livets slutskede.

### **Rehabilitering**

En rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning på Kampementet. Vid vårdplaneringar är det en målsättning att förutom sjuksköterska och kontaktperson även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut närvarar. Hjälpmedel utprovas individuellt och förskrivs. Användningen av hjälpmedel följs upp. ADL (allmän daglig livsföring) Sunnås bedömning

utförs och dokumenterats i journalen.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten utför förflyttningsbedömning för att bedöma den enskildes behov av stöd i samband med förflyttningar. Denna bedömning har dokumenterats i journalen. Den personal som stödjer den enskilde vid förflyttningar ska känna till ordinationen och följa den för att minska risk för fallskador. Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar fortlöpande med att revidera och upprätta rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenterats för rehabilitering. Ett annat stort område har varit att delta med sina kompetenser på team möten i verksamheterna samt hållit förflyttningsutbildningar.

### **Mun och tandvård**

Stockholms Läns Landsting har slutit avtal med utförare av tandvård och betalar kostnaden för att alla som flyttar in på särskilt boende får erbjudande om munhälsobedömning en gång om året. I avtalet ingår även utbildning till personalen kring munvård. Den enskilde kan tacka nej till erbjudandet om han/hon inte vill utnyttja erbjudandet. De flesta boende på Kampementet har under året tackat ja till erbjudandet.

### **Hygien**

Under året har granskning skett av hygiensköterska från Vårdhygien. Självskattning enligt instrument från Vårdhygien har utförts på Kampementet. Denna skattning (egenkontroll) görs två gånger per år för att utvärdera i vilken grad verksamhetens medarbetare följer de basala hygien rutiner i verksamheterna. verksamhetschefen har sedan gjort en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna efterlevs.

### **Läkemedelsanvändning**

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Den omfattande läkemedelsanvändningen kan innebära en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner.

I läkarorganisationernas avtal med Stockholms Läns Landsting ingår att utföra läkemedelsgenomgångar. På Kampementet har det genomförts läkemedelsgenomgångar i mycket stor omfattning

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum och rutiner internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts där chefer och legitimerad personal deltagit samt MAS deltar 2 gr per år.
- Möten med läkarorganisationen har genomförts

### **Risikanalys**

I det nya avvikelssystemet Attendo ADD som togs i bruk i maj 2015 på Kampementet finns risikanalys som en del av händelserapport. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse



utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. Verksamheten har utfört även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering, vätskebrist relaterat till sommar värmen under sommaren hos de äldre etc. Riskanalys ingår även som en del av det nya kvalitetsledningssystemet.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Avvikelse rapporteras och strategin är att minska avvikelser som kan innebära risk för vårdskada eller rent av medföra vårdskada till ett högt patientsäkerhetsmedvetande. Syftet är att kunna rapportera risker dvs. innan det går så långt att det drabbar någon boende.

Under året ändrades avvikelserapportering från pappers blanketter till ett datasystem. Ändringen skedde under maj-juli. Medarbetare rapporterar avvikelser och fallincidenter i datasystem Attendo ADD. Rapporteringsskyldigheten är välkänd för medarbetarna i samtliga verksamheter.

När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelserapport. Den ansvariga sjuksköterskan i tjänst gör en bedömning och vidtar akuta åtgärder. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan eller arbetsterapeut/sjukgymnast beroende på art av avvikelse handlägger incidentrapporten ytterligare och planerar för vidare åtgärder eller vidtar åtgärder enligt MAS riktlinje och lokala rutiner. Verksamhetsledningen sammanfattar en verksamhetsanalys enligt lokala rutiner.

Om det finns risk för vårdskada eller om vårdskada uppstått har regionchefen och MAS involverats för utredning och beslut om ärendet ska anmälas vidare till IVO. MAS har en fortlöpande insyn och följer handläggningen av de avvikelser som rapporteras i Attendo ADD. Kampementets kvalitetsgrupp skickar in en månadsredovisning på sina avvikelser samt handläggning av dessa till Östermalms SDF MAS.

MAS sammanställer de rapporter och avvikelser som rapporteras en gång per år till Vård och omsorgsnämnden i patientsäkerhetsberättelsen.

En fortlöpande samverkan och dialog kring avvikelser som inträffar i de olika verksamheterna sker fortlöpande mellan MAS och verksamheternas ledning.

Om MAS och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarigare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt delegation från vårdgivare. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsnämnden.

Verksamhetschefen tillsammans med kvalitetsgruppen (eventuellt med sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag om det finns sådan) ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

### **Klagomål och synpunkter**

Det har inte inkommit ett klagomål till MAS kring hälso- och sjukvård.

### **Samverkan med brukare och närstående**



Det har skett ett fortsatt utvecklingsarbete under året med att tydliggöra boendes och anhörigas rätt till delaktighet i vård och omvårdnad. Att skapa delaktighet för den enskilde i planering, vilka mål som sätts samt delaktighet i resultat skapar en delaktighet för den enskilde. Verksamheten har inbjudit närstående till regelbundna vårdplaneringsmöten under året. Verksamhetscheferna på båda enheter skickar ett veckobrev där det framkommer information kring aktiviteter, förändringar inom personalgruppen samt andra aktuella händelser i verksamheten. Brukarmatråd träffas 4 gr per år samt närståendeträffar för hela Kampementet sker två gånger per år. På demsenheten har genomförts närståendeträffar en gång i månaden.

## Utredning, analys och sammanställning

### Klagomål

Alla klagomål utreds i första hand av den chef som är ansvarig för berörd boendeenhet

- Allvarliga klagomål som inkommer till Östermalms SDF MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse Ledning i verksamhet samordnar och samverkar kring utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

## Resultat

### Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Två gånger per termin deltar även MAS i dessa möten. På dessa möten avhandlas patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.
- Mätning av olika indikatorer sker fortlöpande och sammanfattas i bl.a. patientsäkerhetsberättelsen
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser

### Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt
- Antalet läkemedelsavvikelser har ökat hos båda enheter i verksamheten. Antal fall och fall med skada har minskat
- Dokumentation i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt
- Ansvarsfördelning och rapportering i det dagliga arbetet har utvecklats fortlöpande
- Arbetet med att förebygga fallskador har givit synbart resultat. Enheterna har arbetat i multiprofessionella team.
- Läkemedelsavvikelse har ökat i antal
- Flera efterlevnadsamtal har erbjudits men underlaget av registreringar är så litet (18 registreringar av 57) att resultatet är ej tillförlitligt.

- Vård i livets slutskede har förbättrats utifrån de gällande krav som idag anges av Socialstyrelsen och som registreras och redovisas i Svenska Palliativregistret. Registrering i Svenska palliativregistret har minskat. Flera kvalitetsparametrar som registret innehåller har fått bättre genomslag i det dagliga arbetet.
- Delaktigheten för den enskilde och dennes närstående har minskat.

## Resultatmått – Indikatorer för hälso- och sjukvård

### Riskbedömningar trycksår

|                                                                      | 2014 | 2015 |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|
| Antal boende som erhållit riskbedömning för trycksår                 | 96   | 96   |
| Antal boende som hade risk att utveckla trycksår eller hade trycksår | 12   | 16   |
| Antal boende med risk eller sår som hade en upprättad vårdplan       | 12   | 16   |

I verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt. Arbetet med att förebygga trycksår uppvisar gott resultat.

### Tablett och insulinbehandlad diabetes

| Total 96 boendeplatser                   | 2014     | 2015     |
|------------------------------------------|----------|----------|
| Antal boende som behandlas med insulin   | 5        | 4        |
| Antal boende som behandlas med tabletter | 1        | 3        |
| <b>Summa</b>                             | <b>6</b> | <b>7</b> |

7 boende behandlas med tabletter eller insulin för diabetes inom verksamheten.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar har pågått under året och är pågående för att ha kontroll över "onödiga" läkemedel som ev. kan sättas ut och ersättas t.ex. med kvalitativa omvårdnadsåtgärder.

### Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetssätt (enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) ska fortsätta.

Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån det personcentrerade arbetssättet. De flesta personer med demenssjukdom (drygt 90 %) drabbas någon gång under sin sjukdomstid av svåra psykiska symtom och beteendestörningar, BPSD- symtom. För att komma tillrätta med besvären krävs noggrann utredning av orsakerna till symtomen och därefter personcentrerade åtgärder. Ett bra hjälpmedel för detta är BPSD-registret (nationella kvalitetsregistret). Utbildning av administratörer i BPSD registret har påbörjats under 2014. Under 2015 gick sjukgymnasten, arbetsterapeuten samt plan 4 omvårdnadsansvariga sjuksköterska BPSD administratörsutbildningen. Under 2015 har 37 av 47 (1 boende har ej demensdiagnos) registreringar genomförts på alla brukare på demensenheten systemet. 37 boende på demensenheten har fått BPSD åtgärder ordinerade. Målsättningen bör vara att samtliga personer med dessa symtom ska utredas, registreras och få en personcentrerad vård. Om så sker kan en stor del av BPSD-symtomen lindras eller helt upphöra. Under 2016 utbildas fler sjuksköterskor till BPSD administratörer så att de kan delta i teamen kring BPSD symtom.

### Riskbedömning nutrition och ätande

| <b>Totalt 96 platser</b>                                                                  | <b>2014</b> | <b>2015</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring                   | 98          | 98          |
| Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring           | 90          | 94          |
| Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder | 90          | 94          |

Antal undernärda boende har ökat från föregående år.

### Måltidsstöd 2015

| <b>Måltidsstöd per enhet</b>                                                                 | <b>demens<br/>48 platser</b> | <b>soma<br/>48 platser</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt                              | 35                           | 41                         |
| Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt                        | 2                            | 2                          |
| Antal boende som behöver hjälp att skära maten och som även behöver stöd vid själva måltiden | 5                            | 1                          |
| Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning                                    | 6                            | 4                          |

### Nattfastemätning 2015-03-30

| Enhet 96 boende | Antal boende med nattfasta >11 timmar | Antal boende som saknar dokumenterat åtgärd på omv. plan | Antal boende som erbjudits nattmål |
|-----------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| demensenhet     | 6                                     | 0                                                        | 42                                 |
| somatisksenhet  | 5                                     | 0                                                        | 45                                 |

### Nattfastemätning 2015-09-30

| Enhet 96 boende | Antal boende med nattfasta >11 timmar | Antal boende som saknar dokumenterat åtgärd på omv. plan | Antal boende som erbjudits nattmål |
|-----------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| demensenhet     | 4                                     | 0                                                        | 44                                 |
| somatisksenhet  | 5                                     | 0                                                        | 42                                 |

### Riskbedömning för fallrisk sammantaget samtliga särskilda boenden

| <b>Totalt 96 platser</b>                                | 2014 | 2015 |
|---------------------------------------------------------|------|------|
| Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk | 96   | 96   |
| Antal boende som har en konstaterad fallrisk            | 85   | 91   |
| Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan | 85   | 91   |

Antalet boende med fallrisk har minskat något. För de med fallrisk har en vårdplan upprättats och uppföljts i högre utsträckning än 2014. Delaktigheten för den enskilde kring fallrisken har ökat från 2014.

### Fallförebyggande arbete

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg.

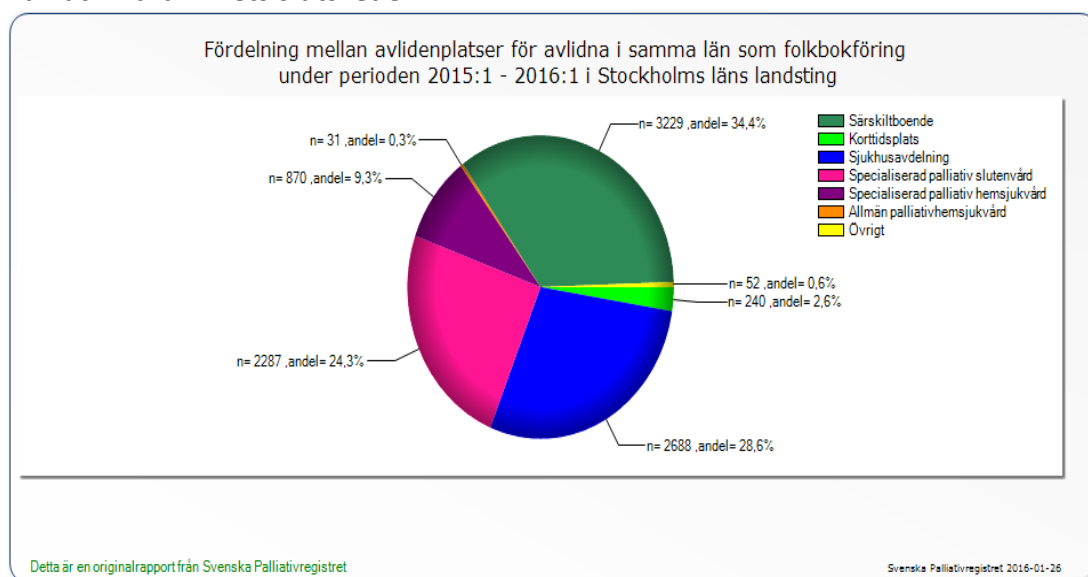
Individanpassade planer behöver vidareutvecklas framför allt gällandes toalettassistans och dess inverkan som fallförebyggande åtgärd.

Det är av yttersta vikt att teamet runt den boende kan skapa lugn och harmoni inom vårdenheten. Det är t.ex. viktigt att hitta meningsfulla aktiviteter som kan ge den enskilde större känsla av välbefinnande och hälsoupplevelse trots sjukdom och funktionshinder. Att bekräfta (validera) en person med demens och hjälpa denne att minnas (reminiscence) kan vara ett sätt att minska oro, ångest och planlöst vandrande och därmed många fallincidenter. Taktil massage kan vara en teknik att använda.

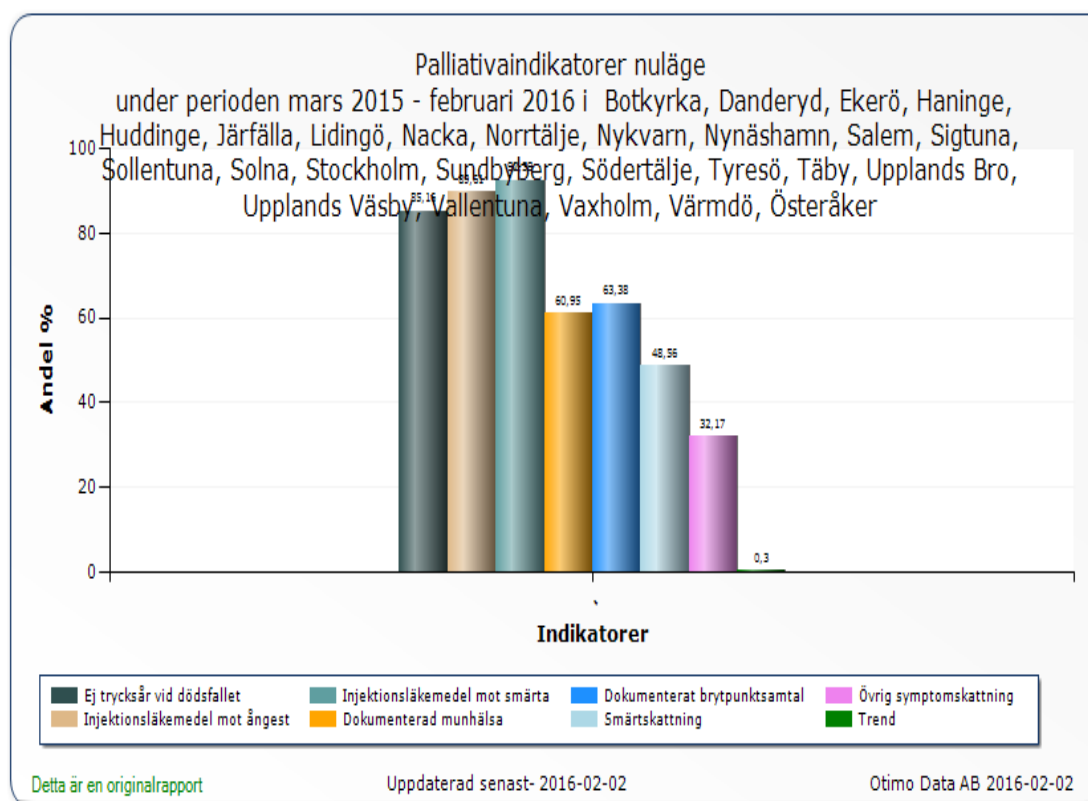
### Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer samtliga särskilda boenden

| <b>Totalt 96 platser</b>                                                    | 2014 | 2015 |
|-----------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året | 96   | 96   |
| Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabplan under det senaste året  | 96   | 96   |

## Palliativ vård i livets slutskede



Svenska palliativregistret. En fördelning var den boende/patienten avlider i Stockholms län.



Svenska Palliativregistret. Samtliga kommuner Stockholm:

Inga trycksår vid dödsfallet 87.08, Ordination av läkemedel mot ångest 92.25, ordination av läkemedel mot smärta 94.06, säkring av munhälsa 64.34, Dokumenterat brytpunktsamtal 61.76,

Antal smärtskattningar 51.94, antal annan symtomskattning 38.24

Svenska Palliativregistret, Kampementet:

Inga trycksår vid dödsfallet 92.3, ordination av läkemedel mot ångest 92.3, ordination av

läkemedel mot smärta 76,9, säkring av munhälsa 76,9, Dokumenterat brytpunktssamtal 84,6  
Antal smärtskattningar 23,1.

| Indikatorer palliativ vård-Jämförelse | Stockholms län | Kampementet PI 3-8 |
|---------------------------------------|----------------|--------------------|
| Inga trycksår vid dödsfallet          | 87,08          | 92,3               |
| Injektionsläkemedel mot ångest        | 92,25          | 92,3               |
| Injektionsläkemedel mot smärta        | 94,06          | 76,9               |
| Dokumenterad munhälsa                 | 64,34          | 76,9               |
| Genomfört brytpunktssamtal            | 61,76          | 84,6               |
| Dokumenterad smärtskattning           | 51,94          | 23,1               |

Kampementet ligger lite högre i uppfyllelse av indikatorer förutom smärtlindring och övrig dokumenterad smärtskattning där Kampementet ligger lägre än snittet för Stockholms län. Övrig symtomskattning görs för att observera t.ex. oro, ångest, andning. Denna ska vara dokumenterad.

#### Avvikelser indelat på Kampementet 2014

| Verksamhet    | Avvikelser totalt | Fallrapporter | Läkemedels avvikelser          |
|---------------|-------------------|---------------|--------------------------------|
| Demensenheten | 411               | 107           | Ej signerat 220<br>Ej givet 34 |
| Soma enhet    | 691               | 98            | Ej signerat 492<br>Ej givet 68 |

#### Avvikelser och fallrapporter på Kampementet 2015

| Verksamhet    | Avvikelser totalt | Fallrapporter | Läkemedels avvikelser          |
|---------------|-------------------|---------------|--------------------------------|
| Demensenheten | 534               | 83            | Ej signerat 305<br>Ej givet 44 |
| Soma enhet    | 627               | 34            | Ej signerat 495<br>Ej givet 64 |

Avvikelseerna som inkluderar att boende drabbats av brister relaterat till t.ex. brister i arbetssätt etc. minskar år från år vilket är mycket positivt. Ett stort arbete har lagts ner på att ta fram orsaker till att fallavvikelser uppstår och att genomföra förändringar av rutiner, arbetssätt, genomföra team möten och vårdplaneringsmöten. Det största området där avvikelser uppstår är inom läkemedelshanteringen. Läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig och varje boende ska erhålla sina läkemedel enligt läkares ordination. Totalt 7 avvikelser handlade om medicinteknisk utrustning. Totalt 4 fall har resulterat i

fraktur under 2015. Övriga avvikelser berör omvårdnad, samverkan, dokumentation och medicinteknik.

### **Anmälan enligt Lex Maria**

Varje vårdgivare bedriver ett systematiskt arbete för att förhindra att vårdskador uppstår. Vid risk för vårdskada eller då vårdskada uppstått ska en utredning göras och beslut fattas om anmälan ska göras till IVO. Vårdgivaren ansvarar för att göra en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En Lex Maria utredning har skickats till IVO. Avvikelser gällde fördröjd läkemedels behandling.

### **Övergripande mål och strategier för 2016**

#### **1. Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt med tydlig dokumentation i omvårdnadsjournalen**

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg i syfte att skapa lugn och harmoni samt välbefinnande för den enskilde. Personcentrerade planer behöver vidareutvecklas ytterligare. Det är av yttersta vikt att teamet runt fram för allt den demenssjuke boende kan skapa lugn och harmoni inom vårdenheten, en lugn vårdmiljö. Det är t.ex. viktigt att hitta meningsfulla aktiviteter som kan ge den enskilde större känsla av välbefinnande och hälsoupplevelse trots sjukdom och funktionshinder.

#### **2. Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register**

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetssätt (enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) ska fortsätta. Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån den enskildes behov. Att i högre grad föreslå och pröva samt dokumentera omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel.

#### **3. Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga.**

Arbetet med att skapa delaktighet för de boende och deras närstående i vårdplaneringsmöten där planering av insatser sker samt formulering av omvårdnads mål samt utvärdering av mål och utförda insatser ska fortsätta. Implementering av den nya patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015 har börjat få genomslag i verksamheterna och arbetet kommer att fortsätta under 2016. I patientlagen ställs krav bl.a. på en ännu tydligare delaktighet i vården för boende och anhöriga. Boende har också rätt att erhålla information skriftligt har också rätt att begära skriftlig information av vårdgivare.

#### **4. Senior alert**

Registreringar av riskbedömningar i Senior alert ska starta under 2016 och 100 % av boende ska ha dokumenterade riskbedömning i systemet.

**5. Minska antalet läkemedelsavvikelser**

Minska antalet osignerade givna läkemedelsdoser med 75 % och antalet ogivna doser med 50 %.

**6. Öka antalet registreringar i Svenska Palliativa registret**

Målvärde för år 2016 blir 90 % registreringar.

---

Marie Pilhjerta

Distriktssköterska, specialist sjuksköterska inom medicin och kirurgi

Verksamhetschef Attendo Kampementet plan 6-8

---

Taru Ylikylä

Verksamhetschef Attendo Kampementet plan 3-5