

Handläggare
Ann-Christin Nordström
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2017VON/0028
Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse för 2016

Förslag till beslut

Rapport gällande patientsäkerhetsberättelse avseende särskilda boenden 2016 godkänns.

Beslutsnivå

Vård och omsorgsnämnden

Sammanfattning

De olika särskilda boenden har i varierande grad haft svårigheter att rekrytera sjuksköterskor vilket periodvis har satt sina spår och medfört att lagstiftade krav inte har uppfyllts till fullo och att kvalitetsarbetet gällande hälso- och sjukvården har avstannat för att sedan återupptas igen. Några områden där det skett positiva förbättringar är delaktighet i vård- och behandling för den enskilde och dennes anhöriga som har ökat enligt omvårdnadsdokumentationen. Antalet avvikelser och fallincidenter har minskat från föregående år. Registreringen i kvalitetsregistret Senior alert har ökat från föregående år. Satsningar som behövs framåt är att fortsätta arbeta med den personcentrerade vården som i sig är beroende av att uppnå kontinuitet och stabilitet i personalgrupperna för att kunna ge den individualiserade vården som varje unik individ är beroende av. Detta är viktigt för att kunna bl.a. erbjuda omvårdnadsinsatser i första hand i stället för lugnande läkemedel.

Ärendebeskrivning

Patientsäkerhetsberättelsen grundar sig på gällande krav i lagstiftning och nationella riktlinjer samt är upprättad utifrån framtagna mall av SKL för innehållet i patientsäkerhetsberättelse.

Bedömning

Den generella helhetsbedömningen är att kvalitetsarbetet utvecklas men för att få till ett patientsäkerhetsarbete av hög kvalitet som ska kunna drivas fortlöpande och utan avbrott krävs stabila personalgrupper med personalkontinuitet.

Ekonomiska konsekvenser

De eventuella kostnader som uppstår för att åtgärda brister tas inom verksamhetens budget.

Konsekvenser för miljön

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

Diarienummer
2017VON/0028

Konsekvenser för medborgarna

Uppföljningen bedöms få positiva konsekvenser för nuvarande och framtida boende samt deras anhöriga och närstående genom att gemensamma mål formuleras och följs upp vilket torde leda till att kvaliteten i verksamheten ökar.

Konsekvenser för barn

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Nr	Handling	Bilaggs/Bilaggs ej
1	Rapport patientsäkerhetsberättelse	Bilaggs

Sändlista för beslutsexpediering

Utvecklingsavdelningen

Ann-Christin Nordström

Maria Larsson Ajne
Sektorchef
Omsorg- och välfärdssektorn

Said Mousavi Ahi
Kvalitetschef
Utvecklingsavdelningen



Handläggare
Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2017 VON/0028

Patientsäkerhetsberättelse för 2016

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Äldreomsorg - Särskilda boenden inom Värmdö kommun

Innehållsförteckning

Inledning	4
Från SKL.....	4
Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Övergripande mål och strategier	6
Övergripande gemensamma mål och strategier för hälso- och sjukvården inom särskilda boenden 2017	6
Strategi.....	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Vård och omsorgsnämndens ansvar	7
Verksamhetschefens ansvar	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	7
Befattningshavare med ansvar för enskilda ledningsuppgifter enligt 30 § Hälso- och sjukvårdslagen	7
Hälso-och sjukvårdspersonalens ansvar	8
Icke legitimerad yrkesutövare	8
Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll	8
Hur har patientsäkerhetsarbetet bedrivits samt vilka åtgärder som har genomförts för ökad patientsäkerhet.....	9
Personcentrerad omvårdnad och omsorg.....	9
Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov.....	10
Fallriskförebyggande arbete	10
Nutrition.....	11
Senior alert – Ett nationellt kvalitetsregister	11
Sondmatning.....	11
Nattfasta.....	12
Trycksårsförebyggande arbete.....	12
Symtom på trycksår	12
Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret.....	12
Rehabilitering	13
Mun och tandvård.....	13

Hygien	13
Läkemedelsanvändning	14
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Klagomål och synpunkter	15
Samverkan med patienter och närstående	15
Införande av ICF (Classification of functioning Disability) och KVÅ (kvalificerade vårdåtgärder) inom hälso- och sjukvårdsverksamheten genom Pulsen Combine i Värmdö kommun	16
Resultat.....	17
Strukturmått.....	17
Processmått.....	18
Resultatmått – Indikationer för hälso- och sjukvård	18
Anmälan enligt Lex Maria	27
Anmälningsärenden till IVO under 2016	27

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 riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa utkom första gången 2010 och har nyligen reviderats men innehållet är likartat sedan tidigare version. 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. Mer tid behöver avsättas till administration än tidigare för samtliga personalkategorier inom vården.

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 patientbegreppet 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

Inom Värmdö kommun 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 vård skador.

Förbättringsarbetet kring handläggning av avvikelserna utvecklas hela tiden. Avvikelserna som berör boende som drabbats på något sätt sjunker i antal år från år tack vare ett fortlöpande analysarbete för att fastställa orsaker samt att åtgärda dessa. 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.

Fortlöpande insatser genomförs i verksamheterna kring det fallpreventiva arbetet. Ett fortsatt arbete behöver ske i syfte att minska fallskador. Verksamheternas personal och ledning behöver fortsätta med arbetet att engagera hela teamet runt den boende som bl.a. inkluderar, riskbedömning, patientundervisning och delaktighet samt behövlig tillsyn för den enskilde.

Under året har riskbedömningarna registrerats i Senior alert (nationellt kvalitetsregister) i större utsträckning än förra året men målet att uppnå 90 % har inte uppnåtts med samma anledning att det periodvis har saknats tillräckligt antal sjuksköterskor i vissa verksamheter relaterat till svårigheter i rekrytering.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen, utifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2016. I detta mål ingick också att öka på omvårdnadsinsatserna för oroliga och ångestfyllda boende innan lugnande läkemedel skulle ges som ett sistahands-alternativ. Förbättringsarbetet har inte givit någon märkbar förändring i positiv riktning relaterat till måttalen. Arbetet behöver fortgå i syfte att kunna minska användning av lugnande läkemedel. En viktig framgångsfaktor för att kunna uppfylla dessa mål är att det finns kontinuitet i personalgrupperna.

Kvaliteten i dokumentationen har hållit samma nivå som föregående år. I dokumentationen kan utläsas att delaktigheten i vårdens planering och utvärdering har ökat i förhållande till 2015. Fokus har legat på att samla teamets kompetens men det har varit svårt periodvis att genomföra då det saknats sjuksköterskor i vissa verksamheter. Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringstillägg har fortgått under 2015 och kommer att vara pågående. Registreringar av givna nattmål har genomförts under året. MAS sammanställer och återkopplar resultat. Fler nattmål har serverats under 2016 än tidigare.

Läkemedelsavvikelser har minskat i förhållande till 2015. Arbetet med att utreda och finna de rätta orsakerna till att dessa avvikelser uppstår behöver fortgå. Det är viktigt att minska ner brister i läkemedelshanteringen ytterligare för att uppnå lagstiftningens mål att läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig. Samtliga boende har rätt att erhålla sina ordinerade läkemedel.

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.

I Värmdö kommun skriver MAS en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som varje utförare skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet då olika verksamheter kan behöva prioritera fler områden än de övergripande områden som definieras i denna berättelse.

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 beskriver varje utförare sin del i ledningssystemet som lokala rutiner med, egenkontrollmoment och riskanalyser. Kvalitetsarbetet ska ske fortlöpande och strukturerat.

Övergripande gemensamma mål och strategier för hälso- och sjukvården inom särskilda boenden 2017

- Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt med tydlig dokumentation i omvårdnadsjournalen
- Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga och arbetstillfredsställelse för medarbetare
- Att i högre grad föreslå och pröva omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel. Minska användning av lugnande läkemedel
- Att öka registrering i Senior Alert till 90%
- Att påbörja registrering inom Senior alert kring kvalitetssäkring av boendes inkontinensproblem

- Att öka antalet registreringar i Palliativa registret gällande samtliga indikatorer

Strategi

Vård och omsorgsinsatser ska vara grundade på evidens utifrån en helhetssyn på den enskildes behov och kvarvarande resurser.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nedan följer den en beskrivning av de olika instanser och medarbetares ansvar inom hälso- och sjukvården.

Vård och omsorgsnämndens ansvar

Vård och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på att god hälso- och sjukvård upprätthålls.

Vård och omsorgsnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

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 kommunal hälso- och sjukvård och ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

I 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 vård skada eller vård skada till IVO (Inspektionen för vård- och omsorg) för egenregiverksamheterna samt till ansvarig nämnd.

Privata utförare (entreprenörer) ansvarar för att själva göra anmälan till IVO. Detta görs i samverkan med Värmdö kommuns MAS som ansvarar för att lämna anmälan till ansvarig nämnd.

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

Befattningshavaren ansvarar för de enskilda ledningsuppgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet som verksamhetschef skriftligt överlämnat till denne.

(Gäller verksamhetschefens arbetsområde)

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 vård skada samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada.

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 DF respons och i dialog med ansvariga i verksamheterna. MAS utreder avvikelser av allvarlig karaktär tillsammans med ansvariga i verksamheterna och fattar beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria.
- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av 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. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Vårdhygienrond/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. MAS 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 vid verksamhetsuppföljning och som stickprov
- Kartläggning av vårdbehov och mätning av indikatorer för utförda hälso- och sjukvårdsinsatser sker årligen av MAS inom de särskilda boendeformerna.

- Samverkansmöten med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan MAS och boendets ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet sker varje till varannan månad.
- Stormöten inom HSL med samtliga utförare inom kommunens särskilda boendeformer för äldre sker en gång per termin. På dessa möten medverkar chefer och all hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet med dessa möten är att verksamheterna berättar om sina framgångsfaktorer och hur de t.ex. har lyckats komma närmare de satta mål eller uppfyllt målområden inom ett område i vården. I detta forum tas under december månad också utvecklingsområden fram för det kommande året.

Hur har patientsäkerhetsarbetet 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 verksamheterna under 2014 och fortsätter under 2015.

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. Placering av personer med demenssjukdom på somatiska enheter har ökat under 2015. Alla personer med demenssjukdom har rätt till en jämlik vård av god kvalitet av personal som har kompetens för detta arbete. Medförfattare i detta stycke har varit demenssjuksköterska Inger Ekroth

Förvaltningen har under hösten anordnat dialogmöten/utbildningsmöten i personcentrerad vård och omsorg via extern utbildare. Samtliga verksamheter har genomfört möten med extern utbildare.

Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov

Multiprofessionellt arbetssätt arbete 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 utförarna fortsatt att omsätta sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. Samtliga utförare har genomfört team möten med olika deltagande yrkeskategorier enligt en viss struktur.

Fallriskförebyggande arbete

Falloolyckor 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 särskilt boende 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 i förkommande fall närstående ska vara 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 kompetenta medarbetare 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.

Team möten genomförs fortlöpande. 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 särskilda boenden 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.

Senior alert – Ett nationellt kvalitetsregister

Senior är ett nationellt kvalitetsregister där det finns möjlighet att registrera riskbedömningar för att hitta personer som kan ha risk för undernäring, fallrisk samt trycksårskick. Samtliga särskilda boenden ska använda systemet. Arbetet med att börja använda Senior alert har tagit fart under året.

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.

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. Verksamheterna har 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 tillse att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig. En samlad indikator s.k. "nattfaste mätningar" genomförs av MAS tre gånger per år. Verksamheterna redovisar ett antal indikatorer på utförda satsningar kring nattfasta och nattmål. Resultaten från dessa mätningar har visat ett behov av att fortsätta insatser krävs för att få fullt genomslag.

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 verksamheterna. 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.

Symtom på trycksår

Symtomen på trycksår kan beskrivas genom att 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 verksamheternas medarbetare 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. Ett mindre antal trycksår uppstår i den egna verksamheten. I ett fåtal fall kan trycksåret ha uppstått hos annan vårdgivare t.ex. i samband med sjukhusvistelse.

Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret

Utifrån de nya nationella direktiven från Socialstyrelsen behövde detta område definieras i en riktlinje. MAS bildade en utvecklingsgrupp under 2013 i syfte att göra en kartläggning av utvecklingsbehovet relaterat till de nationella riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede samt kunskapsstöd för styrning och ledning av palliativ vård i livets slutskede som Socialstyrelsen tagit fram. Gruppen bestod av sjuksköterskor från de bägge verksamheterna samt

demenssjuksköterska, MAS och en representant från rehab gruppen.

Arbetet i gruppen utmynnade i att det uttalades ett unisont önskemål 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.

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. Fram till dess så används LCP planen i egenregi verksamheterna.

De privata utförarna arbetar utifrån de nationella riktlinjerna för palliativ vård i livets slutskede. 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 slutskede kommer att kvarstå till stora delar i den nya nationella planen.

Under 2016 har det kommit en ny nationell vårdplan NVP för palliativ vård i livets slutskede. Denna plan påminner mycket om LCP modellen men planen har utökats med en del för att tidigt kunna sätta igång med förberedelser inför vård i livets slutskede. En arbetsgrupp bestående av representanter från samtliga SÄBO samt MAS påbörjar översyn av innehållet i det nya materialet under februari 2017. Den nya nationella planen ska vara i drift andra halvåret av 2017.

Rehabilitering

En rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning på särskilt boende. 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) 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 fortlopande 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 inom särskilda boendeformer har under året tackat ja till erbjudandet.

Hygien

Under året har granskning skett av hygiensköterska från Vårdhygien. Självskattning enligt

instrument från Vårdhygien har utförts i samtliga verksamheter. Denna skattning (egenkontroll) görs för att utvärdera i vilken grad verksamhetens medarbetare följer de basala hygienrutiner i verksamheterna. Ledningen kan sedan göra en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna efterlevs. Självskattningskontroller utförs i samtliga verksamheter.

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. Inom kommunen 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 i större grupp och i mindre grupper i varje verksamhet där MAS, chefer och legitimerad personal deltagit
- Möten med primärvården har genomförts

Risikanalys

I det nya avvikelssystemet DF respons som togs i bruk i maj 2014 finns en modul kring riskanalys. 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. MAS använder även riskanalys enligt Socialstyrelsen vid större utredningar och anmälningsärenden. Riskanalys i DF respons har i de flesta fall utförts vid utredningar av avvikelser och i de fall en avvikelse rapporterats som en lex Maria anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Verksamheterna utför även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering och organisationsförändringar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Medarbetare inom egenregion rapporterar avvikelser och fallincidenter i det datasystem som används DF respons. De privata utförarna har ett eget databaserat verksamhetssystem som de rapporterar sina avvikelser i. Rapporteringsskyldigheten är välkänd för medarbetarna i samtliga verksamheter.

När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelse rapport. Den ansvariga

sjuusköterskan i tjänst gör en bedömning och vidtar akuta åtgärder. Den omvårdnadsansvariga sjuusköterskan 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 vård skada eller om vård skada uppstått har MAS involverats för utredning och beslut om ärendet ska anmälas vidare till IVO. MAS har en fortlöpande insyn dagligen och följer handläggningen av de avvikelser som rapporteras i DF respons för egenregiverksamheterna. När det gäller privata utförare finns det sekretess att ta hänsyn till. Därmed har kommunens MAS inte tillgång till de privata utförarnas verksamhetssystem. De privata utförarna skickar in en månadsredovisning på sina avvikelser samt handläggning av dessa.

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 anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarigare avvikelse/risk för vård skada/inträffad vård skada gör MAS denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Det kan också göras en utredning av MAS om avvikelser inom samma område uppstår frekvent i någon verksamhet. 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. För de privata entreprenörerna ska dessa själv anmäla till IVO efter det att samverkan har skett med kommunens MAS. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsnämnden. MAS informerar också boende/närstående och involverad personal både när anmälan görs samt när beslut kommer från IVO. Sjuusköterskor med enskilt ledningsuppdrag samt verksamhetschefer hos entreprenörer ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

Klagomål och synpunkter

Det har inkommit två klagomål till MAS kring hälso- och sjukvård. Ärenden är utrett och återkopplat.

Samverkan med patienter 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. Regelbundna vårdplaneringsmöten. Verksamheterna har inbjudit till vårdplaneringsmöten under året.

Sammanställning och analys

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

- Allvarliga klagomål som inkommer till MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse MAS och 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.

Införande av ICF och KVÅ inom hälso- och sjukvårdsverksamheten genom Pulsen Combine

Hälso- och sjukvårdspersonalen kommer framöver att lämna det gamla sättet att dokumentera i sina journaler och övergå till att lära sig 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 diagnostiserar 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 påverka 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 Definitions 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.

Arbetet med att använda ny dokumentationsmodell och nytt dokumentationssystem beräknas starta 2018. Ett gediget förberedelsearbete krävs där bl.a. utbildning i ovanstående terminologi behöver genomföras samt utbildning i det nya datajournalssystemet.

Resultat

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett av MAS tillsammans med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal ute i verksamheterna kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta har skett i varierande grad i de olika verksamheter relaterat till 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
- Granskning har skett av journaler i samtliga verksamheter gällande den palliativa vården i livets slutskede.

Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt men lokala avvikelser finns
- Dokumentation i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt utifrån krav på en personcentrerad vård samt vad gäller patient lagens krav om boendes och anhörigas delaktighet
- Arbetet med att upptäcka näringsbrist och dokumenterad planering av att erbjuda en fullgod nutrition har förbättrats i de flesta verksamheter. På Gustavsgården krävs dock en massiv satsning inom detta område. Fler riskbedömningar har utförts och fler vårdplaner har upprättats. Ett arbete med fokus på kvälls- och nattmål har varit pågående under 2016 och kommer att fortsätta under 2017. Resultatet i nattfaste-mätningarna går framåt och fler boende har såväl erbjudits som erhållit nattmål.
- Arbetet med att förebygga fallskador har givit synbart resultat. Fallavvikelseerna har minskat i antal från 2015.
- Arbetet med att fortlöpande analysera orsaker till brister i läkemedelshanteringen och vidta åtgärder har givit ett gott resultat. Läkemedelsavvikelseerna har ytterligare minskat i antal från 2015

Resultatmått – Indikatorer för hälso- och sjukvård

Riskbedömningar trycksår

	2014	2015	2016
Antal boende som erhållit riskbedömning för trycksår	216	215	192
Antal boende som hade risk att utveckla trycksår eller hade trycksår	67	63	59
Antal boende med risk eller sår som hade en upprättad vårdplan	82	63	36

MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016. Sammantaget resultat. I årets mätning ingår 231 platser.



Årets mätning avser 231 platser	Ljung 48/56 platser	Djurö-Hemmet 41 platser	Gustavs-Gården 101 platser	Slotts-Ovalen 41 platser
Boende som erhållit en riskbedömning för trycksår	46	36	68	40
Boende som har risk att utveckla trycksår/har trycksår	13	5	31	10
Boende med risk/trycksår som har en upprättad vårdplan	18	4	8	6

I MAS kartläggning september 2016

I verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt. 2015 hade sex boende trycksår vid mätningen. 2016 hade fem boende trycksår. När det gäller verksamheten på Ljung är inte kortids/växelvårdsenheten med i årets mätning. Denna verksamhet avser då 48 platser och det är samma antal i alla tabeller fortsättningsvis i denna rapport.

Tablett och insulinbehandlad diabetes inom särskilda boendeformer

Total 231/239 boendeplatser	2014	2015	2016
Antal boende som behandlas med insulin	30	29	30
Antal boende som behandlas med tabletter	6	4	4
Summa	36	34	34

MAS kartläggning september 2016

34 boende behandlas med tabletter eller insulin för diabetes inom särskilda boendeformer.

Läkemedel

Totalt 231/239 boendeplatser	2014	2015	2016
Boende som har ordination på fem till tio läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	130	145	108
Boende som har mer än 10 läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	53	49	56
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	95	85	95
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel som inte är av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	39	65	103

MAS kartläggning september 2014, 2015 och 2016

En förskjutning av lugnande läkemedel har skett med ett ökat antal boende som får läkemedel som inte är av benzodiazepinderivat. Målsättningen för året vara att minska på samtliga lugnande läkemedel. Detta resultat har inte uppnåtts.

**Läkemedel**

Totalt 231/239 platser Årets mätning avser 231 platser	Ljung 48/56 platser	Djurö- hemmet 41 platser	Gustavs- gården	Slotts- ovalen	Resultat totalt antal boende
Boende som har ordination på fem till tio läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	(40) 24	(28) 18	(61) 41	(20) 25	(149) 108
Boende som har mer än 10 läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	(7) 8	(23) 11	(28) 27	(5) 10	(49) 56
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	(25) 33	(14) 23	(37) 28	(9) 11	(85) 95
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel som inte är av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	(2) 20	(12) 9	(32) 60	(19) 14	(65) 103

MAS kartläggning 2016

Siffror inom () står för resultat som uppmättes 2015 och siffror utan parentes är resultatet för 2016. Antalet boende med ordinerade läkemedel i antal fem till tio samt fler än tio ordinerade läkemedel har minskat. När det gäller antalet lugnande läkemedel har ordinationerna av dessa läkemedel ökat från 150 år 2015 för att 2016 uppgå till 198 boende som har någon typ av lugnande läkemedel. När det gäller verksamheten på Ljung är inte kortids/växelvårdsenheten med i årets mätning. Denna verksamhet avser då 48 platser och det är samma antal i alla tabeller fortsättningsvis i denna rapport.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar har pågått under året och är pågående och det är ansvariga läkare som ansvarar för att detta arbete blir genomfört.

Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

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

Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas ytterligare utifrån riktlinjer kring det personcentrerade arbetssättet.

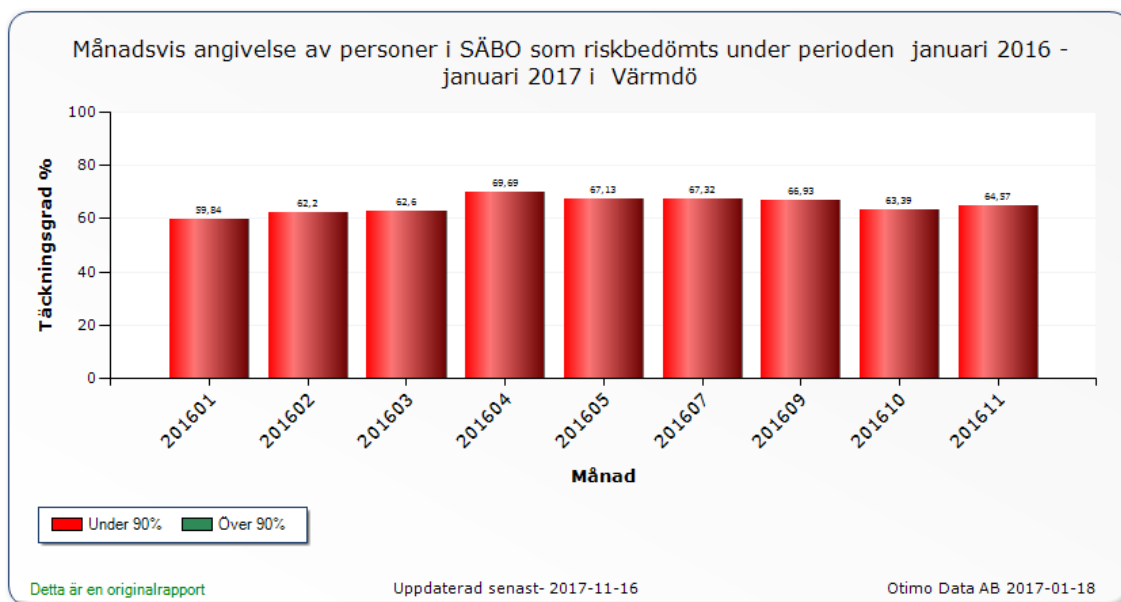
De flesta personer med demenssjukdom (drygt 90 %) drabbas någon gång under sin sjukdomstid av svåra psykiska symtom och beteendestörningar, BPSD- symtom. För att komma tillrätta med besvären krävs noggrann utredning av orsakerna till symtomen och därefter personcentrerade åtgärder. Ett bra hjälpmedel för detta är BPSD-registret (nationella kvalitetsregistret). Utbildning av administratörer i BPSD registret påbörjades under 2015. Under

2016 har en del administratörer slutat och tillsammans med brister i sjuksköterskekontinuiteten har arbetet avstannat i flera verksamheter. Målsättningen bör vara att samtliga personer med dessa symtom ska utredas, registreras och få en personcentrerad vård. Om så sker kan en del av BPSD-symtomen lindras eller helt upphöra och minskning av utdelande av lugnande läkemedel kan uppnås i större utsträckning. En framgångsfaktor ytterligare är lugn miljö, meningsfull tillvaro utifrån den enskildes behov, stabilitet och kontinuitet i personalgruppen samt rätt kompetens hos de som ger vård- och omsorg.

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används som hjälpmedel för att få till ett systematiskt arbetssätt och för att följa de boendes behov samt kunna utvärdera om vidtagna åtgärder ger önskat resultat. Alla steg i den vårdpreventiva processen ska registreras i Senior alert. Där kan sedan enheter inom vård och omsorg följa sina resultat och jämföra med resultat för hela Sverige och kommunen som helhet.

Att öka registreringar till 90% i Senior alert har varit ett mål för 2016. Det målet har inte infriats men det är ändå positivt att en ökning av registreringar med ca 20% har skett från föregående år. Faktorer som har påverkat resultatet är att det saknats sjuksköterskor i de olika boendeformerna periodvis i mer eller mindre omfattning. För att kunna uppnå ett mål med 90% registreringar är det viktigt med stabilitet och kontinuitet inom hälso- och sjukvårdspersonalens medarbetargrupper.



Genomförda registreringar i Senior alert för 2016. Antalet registreringar har ökat med ca 25 % sedan 2015.

**Riskbedömning nutrition och ätande**

Totalt 231/239 platser	2014	2015	2016
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	212	215	207
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	117	98	85
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	75	91	95
Antal boende som varit delaktiga kring innehåll, mål, föreslagna åtgärder samt utvärdering av resultat som dokumenterats på vårdplanen	43	52	58

MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016

Antal undernärda boende som är undernärda eller befinner sig i riskzon för undernäring ligger sammantaget på samma nivå som 2015. Variationerna är stora mellan de olika särskilda boendeformerna. Var god se nästa tabell för detaljinformation per boende.

Totalt 231/239 platser Årets mätning avser 231 platser	Ljung 56 platser Växelvård inte inkl. 8 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	(54) 48	(40) 37	(82) 83	(39) 39
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	(29) 6	(13) 18	(48) 54	(7) 7
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	(29) 20	(12) 18	(43) 51	(7) 6
Antal boende som varit delaktiga kring innehåll, mål, föreslagna åtgärder samt utvärdering av resultat som dokumenterats på vårdplanen	(5) 16	(11) 13	(32) 21	(4) 8

MAS kartläggning 2015

Siffror inom () står för resultat som uppmättes 2015 och siffror utan parentes är resultatet för 2016. Antalet boende som bedömdes ha en undernäring 2015 uppgick till 97 boende och för 2016 var 85 boende i undernäring eller i riskzonen. Stora variationer finns mellan utförarna. Ljung har minskat undernäringen relaterat till sitt resultat 2015 medan den ökat på Gustavsgården under 2016 i redan höga siffror från 2015. När det gäller verksamheten på Ljung är inte korttids/växelvårdsenheten med i årets mätning. Denna verksamhet avser då 48 platser och det är samma antal i alla tabeller



fortsättningsvis i denna rapport.

Måltidsstöd

Totalt 231/239 platser	2014	2015	2016
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	85	102	98
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	62	81	64
Antal boende som behöver hjälp att skära mat och som även behöver stöd vid själva måltiden	44	44	32
Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning	37	30	26

MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016

Måltidsstöd per verksamhet

Totalt 231/239 platser	Ljung 56 platser Växelvård inte inkl	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- ovalen 41 platser
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	(23) 16	(19) 15	(47) 54	(13) 13
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	(9) 16	(21) 8	(37) 32	(14) 13
Antal boende som behöver hjälp att skära maten och som även behöver stöd vid själva måltiden	(14) 7	(6) 10	(14) 6	(10) 9
Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning	(11) 6	(2) 5	(12) 10	(5) 5

MAS kartläggning 2015

Siffror inom () står för resultat som uppmättes 2015 och siffror utan parentes är resultatet för 2016. När det gäller verksamheten på Ljung är inte kortids/växelvårdsenheten med i årets mätning. Denna verksamhet avser då 48 platser och det är samma antal i alla tabeller fortsättningsvis i denna rapport.

Nattfaste mätning - SÄBO Värmdö kommun/MAS

Enhet 239 platser	Antal boende med under-närings-tillstånd eller risk för undernäring	Antal boende med nattfasta mer än 11 timmar	Boende som har nattmål dok. på plan	Antal boende som erbjudits nattmål 18/8	Boende som blivit erbjudna nattmål o tackat ja den 18/8
Slottsovalen	7	14	14	19	19
Ljung	29	28	32	12	10
Gustavsgården	28	44	72	53	45
Djuröhemmet	12	32	7	6	3
Summa	76	118	125	90	77

MAS indikator för nattfaste mätning augusti 2015



Verksamhet 239 platser	Boende som är undernärda eller har risk	Boende med beräknad nattfasta mer än 11 timmar	Boende som ska erbjudas nattmål enligt ordination	Boende som erbjudits natt mål	Boende som tackat ja till nattmål
Aleris Slottsovalen 42 platser	3	5	2	35	32
Attendo Ljung 56 platser	11	21	22	42	35
Gustavsgården 106 platser	57	38	64	38	56
Djuröhemmet 42 platser	14	20	9	0	0
Värmdö kommun totalt med 246 platser	100	84	97	115	123

MAS indikator för nattfaste mätning augusti 2016

Riskbedömning för fallrisk sammantaget samtliga särskilda boenden

Totalt 231/239 platser	2014	2015	2016
Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk	214	219	211
Antal boende som har en konstaterad fallrisk	172	164	159
Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan	133	152	140
Antal boende och/eller anhörig som varit delaktig i innehållet på vårdplanen	63	99	78

I MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016

Antalet boende med fallrisk har minskat något från föregående men är svårtolkat då inte lika många fallriskbedömningar utförts som under 2015. Arbetet med att upprätta planer och göra boende och i förekommande fall anhöriga delaktiga i planering och utvärdering av vården måste fortsätta.

Riskbedömning för fallrisk per särskilt boende

Totalt 231/239 platser	Ljung 56 platser Växelvård inte inkl.	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- ovalen 41 platser
Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk	(47) 48	(40) 38	(93) 87	(39) 38
Antal boende som har en konstaterad fallrisk	(34) 30	(26) 29	(84) 72	(20) 28
Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan	(34) 30	(21) 23	(79) 65	(18) 22
Antal boende och/eller anhörig som varit delaktig i innehållet på vårdplanen	(14) 14	(19) 18	(55) 32	(11) 14

MAS kartläggning 2015 och 2016.

Siffror inom () står för resultat som uppmättes 2015 och siffror utan parentes är resultatet för 2016. När det gäller verksamheten på Ljung är inte kortids/växelvårdsenheten med i årets mätning. Denna verksamhet avser då 48 platser och det är samma antal i alla tabeller fortsättningsvis i denna rapport.

Fallförebyggande arbete

Verksamheterna behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg. Individanpassade planer behöver vidareutvecklas.

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.

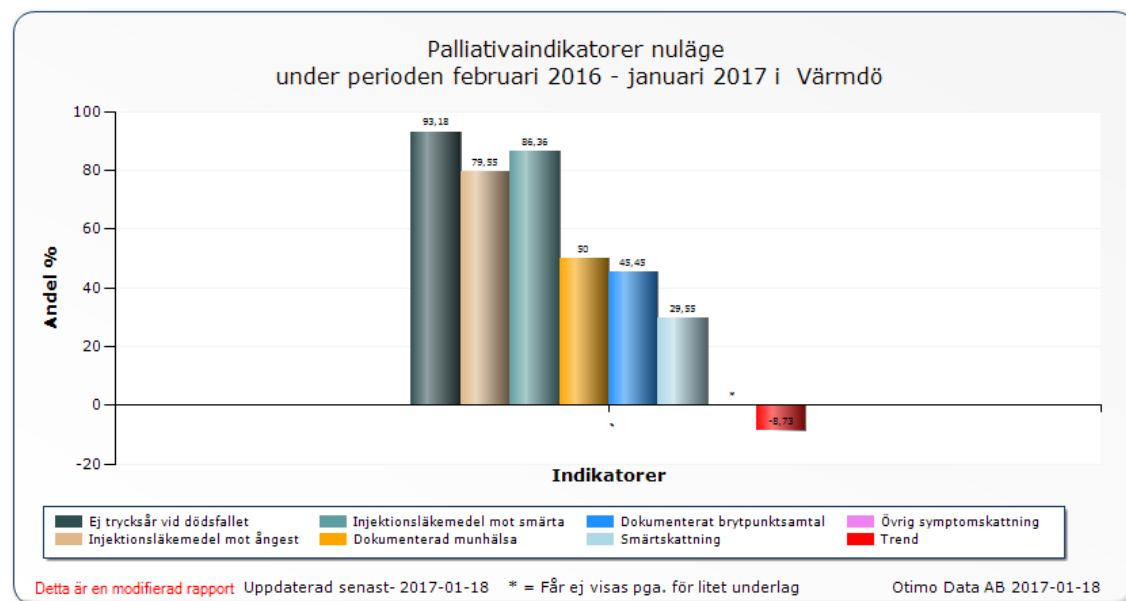
Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer samtliga särskilda boenden

Totalt 231/239 platser	2014	2015	2016
Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året	223	237	231
Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabiliteringsplan under det senaste året		202	160

MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016

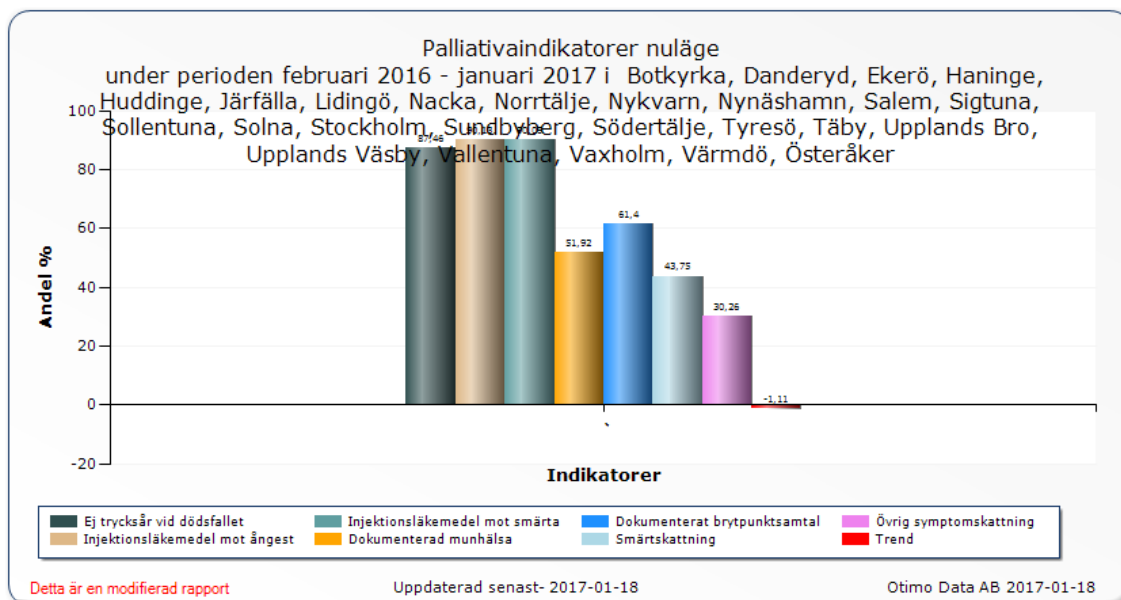
Alla boende har en upprättad ADL bedömning. (2014 genomfördes ingen mätning på upprättade och reviderade rehabiliteringsplaner därför är denna ruta tom)

Palliativ vård i livets slutskede



Ett fortsatt fokus krävs med att förbättra och dokumentera framförallt symtom och

smärtskattning samt munhälsa ska ske under 2017.



Sammantaget resultat Stockholmskommuner 2016

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2014

Verksamhet	Avvikelser	Fallrapporter	Summa
Gustavsgården	271	346	617
Djuröhemmet	42	47	89
Ljung	135	219	354
Slottsovalen	82	98	180
Totalt alla SÄBO	530	710	1240

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2015

Verksamhet	Avvikelser	Fallrapporter	Summa
Gustavsgården	171	275	446
Djuröhemmet	26	71	97
Ljung	156	116	272
Slottsovalen	51	38	89
Totalt alla SÄBO	404	500	904

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2016

Verksamhet	Avvikelser	Fallrapporter	Summa
Gustavsgården	110	191	301
Djuröhemmet	28	71	99
Ljung	118	102	220
Slottsovalen	19	53	72
Totalt alla SÄBO	275	417	692

Ett stort arbete har lagts på att ta fram orsaksanalyser till att avvikelser uppstår och att genomföra förändringar av rutiner, arbetssätt samt öka informationsflödet vilket har givit ett gott resultat. Sedan 2014 har den totala summan av inrapporterade avvikelser och fallrapporter nära på halverats vilket visar att arbetsinsatserna ger resultat.

Av de 275 avvikelserna för 2016 berör 220 läkemedelshanteringen. Övriga avvikelser berör främst brister i informationsöverföring och kommunikation, brister i omvårdnad och brister i hantering av larm och andra medicintekniska produkter.

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).

Anmälningsärenden till IVO under 2016

- **Gustavsgården**
En anmälan inlämnad relaterat till fallskada och fördröjd undersökning/behandling
Beslut från IVO har inte inkommit till kommunen ännu.
- **Djuröhemmet**
En anmälan inlämnad relaterat till uppkommen vårdskada i samband med förflyttning.
Beslut från IVO har inte inkommit till kommunen ännu.
- **Attendo Ljung**
En anmälan inlämnad av vårdgivaren avseende legitimerad yrkesutövare.
- **Aleris Slottsovalen**
Ingen anmälan inlämnad.

Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska