



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens sdf äldreomsorg

**Fridhemmets servicehus**

**År 2012**

Ansvarig för innehållet

**Verksamhetschef för 29§ HSL Maria Klarberg - entreprenör Temabo AB**

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) Kerstin Callinggård**

**Medicinskt Ansvarig för Rehabiliterings Linnea Svanström Leistedt (MAR)**



## Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning .....   | 3  |
| Övergripande mål och strategier .....  | 3  |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....  | 4  |
| Struktur för uppföljning/utvärdering .....   | 5  |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....  | 5  |
| Uppföljning genom egenkontroll .....   | 6  |
| Resultat av kvalitetsuppföljningen. ....   | 8  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....   | 23 |
| Riskanalys .....   | 24 |
| Vårt mål är att riskbedömningarna på de boende vad gäller utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda inom fjorton dagar efter inflyttning. .... | 24 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....   | 24 |
| Hantering av klagomål och synpunkter .....   | 25 |
| Sammanställning och analys .....   | 26 |
| Samverkan med patienter och närstående .....   | 26 |
| Resultat.....  | 27 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år .....  | 27 |
| Tabeller .....   | 28 |

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



## Sammanfattning

Nedan sammanfattas några åtgärder som vidtagits på Fridhemmet. Dessa syftar till att uppnå mesta möjliga patientsäkerhet.

- Det har i slutet av året införts tvärprofessionella dagliga mötesforum för att säkra upp informationsöverföringen mellan olika kategorier. Där diskuteras och planeras även in och utflyttningar. Deltar gör 1 representant från paramedicin, 1 representant från sjuksköterskorna, teamledarna och verksamhetschef
- Under hösten 2012 har Fridhemmet påbörjat ett arbete med att starta upp och förankra Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister. I senior Alert registreras riskbedömningar, vidtagna åtgärder och resultat inom områden som trycksår, fall och undernäring. Det kommer att vara en del i att utveckla ett förebyggande arbetssätt med den boendes i centrum.
- Fall och medicinavvikelser dokumenteras på Stockholms stads blankett enligt Kungsholmens MAS riktlinjer. Sjuksköterskan lägger in avvikelserna i dokumentationssystemet VODOK när det gäller hälso- och sjukvård. Allvarliga avvikelser rapporteras direkt till chef. Övriga avvikelser hanteras löpande enligt Temabos avvikelserutiner. På kvalitetsforum som hålls en gång per månad så diskuteras samtliga avvikelser, analyseras och det görs en bedömning hur vi går vidare med våra analyser. Det bestäms också i vilket forum avvikelserna ska fortsätta diskuteras.

På grund av organisatoriska problem så har inte kvalitetsarbetet fortskridit på det sätt som skulle ha varit önskvärt. Vi tar med oss erfarenheter samt resultat från året och arbetar vidare med vår utvecklings- och kvalitetsarbete under 2013.

## Övergripande mål och strategier

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

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

Den 1 januari 2011 införs en ny patientsäkerhetslag. Syftet med lagen är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling.

Vårdgivaren får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Fridhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Kungs-



holmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Dessa riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Målet för hälso- och sjukvården vid Frihemmets vård- och omsorgsboende är:

- Arbeta strukturerat med bedömningsinstrumenten som finns för trycksår, malnutrition och fallprevention. Öka antalet bedömningar som utförs.
- Öka andelen boende som finns registrerade i senior alert, samt använda detta som ett tvärprofessionellt arbetssätt
- Utveckla teamarbetet så alla sjuksköterskor hör till ett speciellt team.
- Vi påbörjar ett arbete med att se över servicehuset vad gäller hygienrutiner.

#### Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

Riskerna i verksamheten identifieras, analyseras, bedöms och vid behov ska orsaker till risker åtgärdas.

Vid väsentliga förändringar i verksamheten ska särskilda riskbedömningar göras.

#### Arbetsmetod

Den boendeansvariga sjuksköterskan och sjukgymnasten skall vid nyinflyttning samt vid förändringar i de boendes hälsotillstånd identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förhindra fallskador, malnutrition samt trycksår.

Riskbedömningen utförs enligt separat instruktion för respektive område.

Riskbedömning fall (Downton)

Riskbedömning malnutrition (MNA)

Riskbedömning trycksår (Nortonskalan)

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

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

VD på Temabo AB är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsberättelsen.

Verksamhetschef enligt HSL 29§ ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvali-



tet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Enligt avtal har stadsdelsförvaltningens MAS och MAR ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

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

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

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

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

- Månadsstatistik till MAS
- Kvalitetsindikatorer
- Infektionsregistrering
- Uppföljning av antal fall
- Uppföljning av antal trycksår
- Åtgärder på individnivå
- Uppföljning av läkemedelsavvikelser
- Senior Alert registrering
- Ett arbete har pågått under året med att uppdatera lokala rutiner, detta ska vara klart våren 2013.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

- Registrering sker i Senior Alert enligt lokal rutin sedan slutet av 2012.



- Registrering sker i Palliativa registret sedan länge.
- Infektionsregistrering sker
- Sjukgymnast arbetar med fallprevention tillsammans med övrig personal i vårdteamen
- Arbete med riskbedömningar görs för alla boende samt vid förändringar av boendes tillstånd/situation
- Utbildning i lyftkörkort har genomförts under 2012.
- Färre läkemedelsavvikelser under 2012 jämfört med 2011

## Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

- GAP analys har genomförts
- Fridhemmet deltog i Äldreguiden under 2012
- Avvikelse rapporter skrivs regelbundet
- Avvikelse rapporter följs på kvalitetsforum
- Årlig kontroll av hjälpmedel
- Årlig kontroll av lyftsele
- Apotekskontroll utförd under 2012
- Narkotikakontroll utförs regelbundet
- Patientbunden narkotikakontroll sker månadsvis
- Månatliga kontroller av läkemedelsförråd

### Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning, jämfört med 2010, 2011 och 2012

Förbättringsåtgärderna handlar mycket om att strukturera upp arbetet med tydliga rutiner. Fridhemmets servicehus har inte utvecklats de senaste åren utan står kvar på cirka samma resultat jämfört med tidigare års uppföljning. Det har saknats kontinuitet i ledningsfunktionen vilket vi bedömer påverkar resultatet.

|      |      |      |
|------|------|------|
| 2010 | 2011 | 2012 |
| 79 % | 80 % | 79 % |

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av stadsdelsförvaltningens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR). Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska



och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan vård- och omsorgsboenden och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

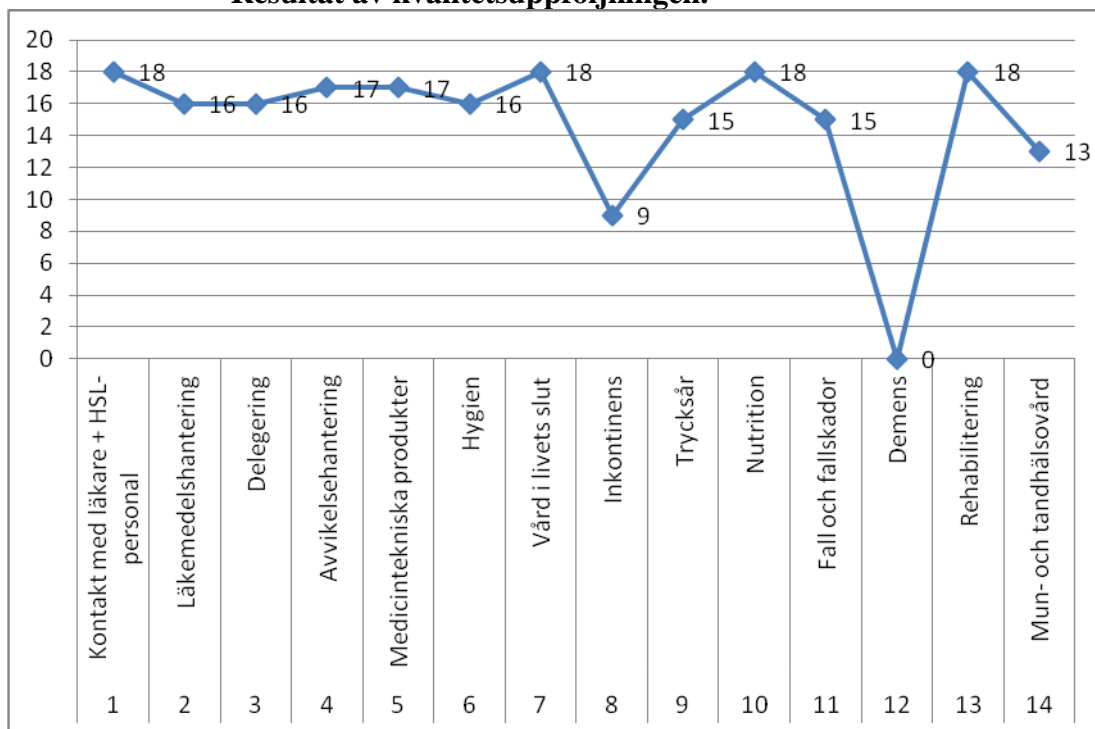
Det är viktigt att det finns skriftliga lokala rutiner för att all personal ska kunna erbjuda en god och säker vård. Det är också viktigt att all HSL-personal på samtliga plan har ett gemensamt arbetssätt med gemensamma rutiner för hela verksamheten. Det underlättar för nyanställd personal att sätta sig in i arbetet.

Fridhemmets servicehus har formulerat skriftliga rutiner för det arbete som utförs men de finns inte åtkomligt för all HSL personal. Rutinerna behöver även ses över och utvecklas mera, för att de ska uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet.

MAS och MAR har granskat 21 stycken slumpmässigt utvalda journaler som påbörjades under 2011 -2012. För att få godkänt krävs fullständiga uppgifter i enlighet med checklista för upprättande av journal vid inflyttning (60 poäng). Det avser uppgifter inom Allmänna uppgifter, Anamnes, Inkomststatus, Riskbedömningar, Inkontinensutredning och ADL – Sunnås enligt ovan checklista. Här behövs förbättringar för godkänd nivå, då ingen journal uppnådde 60 poäng. Medianvärdet för de granskade journalerna var 41 poäng. Intervall: 21 till 53 poäng. Bristerna inom Allmänna uppgifter och Anamnes påverkar poängen mest.

Totalt kan en granskad journal få max 84 poäng. I det ingår uppdaterade status, upprättade planer utifrån bedömda risker, problem och resurser samt signerade texter. Medianvärdet för de granskade journalerna var 53 poäng. Intervall: 39 till 75 poäng. En journal på 75 poäng kan lyftas fram, men behöver fortfarande utvecklas. Det som sticker ut är att inte riskbedömningar görs inom 14 dagar.

### Resultat av kvalitetsuppföljningen.



#### Rutinpärmen

Rutinpärmen ska vara så tydlig att tillfälliga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter och även ordinarie legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som ska utarbetas enligt QUSTA. Det är viktigt att det är tydligt vilka MAS/MAR regler som gäller i verksamheten. Lokala rutinen ska upprättas så att det syns vilken verksamhet som äger den och vem som upprättat den. En tydligare struktur. Övrig personal ska känna till MAS/MAR-regler som går att läsa på MAS hemsida [www.stockholm.se/kungsholmen/mas](http://www.stockholm.se/kungsholmen/mas)

#### 1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

#### Förbättringsåtgärd

- Det finns idag en separat pärm för kontakt med läkare. Denna pärm behöver uppdateras. Om enheten anser att det behövs en separat pärm för detta ändamål måste det tydliggöras var man finner den och hänvisa till den i den lokala rutinpärmen.
- Se över aktuella telefonnummer, faxnummer mm.
- Göra rutinerna kända för samtlig personal.





## 2. Läkemedelshantering

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

### Förbättringsåtgärd

- Åtgärda de förslag till förbättring som framkom i apotekets kvalitetsgranskning.
- Samtliga läkemedel ska förvaras inlåsta i skåp.
- Alltid dokumentera i journalen när man tagit över läkemedelshantering, saknas i viss mån idag.
- Viktigt att signera inte vid överlämnandet av läkemedel. Det finns luckor på signeringslistorna,
- Patientsäkerhetsarbete: Egenkontroll, att vid var tredje månad kontrollera alla signeringslistor och räkna alla luckor för att se vad bristerna finns.

## 3. Delegering

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

### Förbättringsåtgärd

Den lokala rutinen måste bli tydligare så att en person som inte är legitimerad förstår att det är HSL - personal som utför delegeringen.

- Kontrollera att alla delgeringar är aktuella.
- Kunskapskontroll ska alltid utföras även vid förlängning och följas upp under tiden de gäller inte bara ibland.
- Skriva till i den lokala rutinen att MAS alltid ska informera när en delegering återkallas.
- En sjuksköterska bör inte ha fler än tjugodelegeringar. Fördela ansvaret.

## 4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.



### **Förbättringsåtgärd**

- Viktigt att det finns lokala rutiner kring avvikelshantering, saknas.
- Saknas lokal rutin för risk och händelseanalys.
- Rutin för hur man återkoppla åtgärder som genomförts till personal när händelse inträffat

Viktigt att sjuksköterskorna i det mobila teamet för in sina avvikelser.

- Chef får följa upp avtalet och se till att man för in sina avvikelser.

### **5. Medicinteknisk produkt (MTP)**

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta övervakning/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

### **Förbättringsåtgärd**

- Lokala rutiner behöver ses över och kompletteras.
- Hur ansvar för hantering och utbildning fördelats ska framgå av rutin.
- Personalens kompetens för hantering och användning av hjälpmedel behöver följas upp och utbildningsbehov åtgärdas.

### **6. Hygien**

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

### **Förbättringsåtgärd**

- Viktigt att alla arbetar utefter basala hygienrutiner och använder skyddsutrustning alltid, inte ibland.
- Det ska finnas möjlighet för personal att utföra handhygien hemma hos vårdtagare där man har ett stort omvårdnadsbehov.
- Viktigt att tänka på livsmedelshygien även på servicehus när man hjälper vårdtagare
- Egen kontroll- Att samtlig personal genomgår vårdhygiens webb baserade hygienutbildning.



- Egenkontroll- Informera om livsmedelshygien och köksförkläden, samt inte gå mellan omvårdnaden och iordningställande av ex. frukost.

### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Viktigt att i ett tidigt skede ta reda på hur man önskar ha det vid vård i livets slut.
- Ha en rutin på att upprätta vårdplan vid vård i livets slut.

### **8. Inkontinens**

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Alla sjuksköterskor har inte utbildning i förskrivning av inkontinensartiklar.
- Lokal rutin gällande kvarliggande kateter saknas.
- Viktigt att toalettassistans tillgodoses.
- Viktigt att utredning sker av sjuksköterska med förskrivningsrätt i samverkan med teamet.
- Viktigt att utredning, status, plan och planerade åtgärder dokumenteras i journalen under rätt sökord.

### **9. Trycksår**

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.



### **Förbättringsåtgärd**

- Viktigt att vara uppdaterad på det senaste inom området.
- Viktigt att utredning, status, plan och planerade åtgärder dokumenteras i journalen under rätt sökord
- Viktigt att använda sig av skattningskala vid smärta.

## **10. Nutrition**

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Förbättringsåtgärd**

- Viktigt att även arbetsterapeut och sjukgymnast informeras när en risk upptäckts.
- Viktigt att utredning, status, plan och planerade åtgärder dokumenteras i journalen under rätt sökord.

## **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Förbättringsåtgärd**

- Komplettera lokal rutin om åtgärder när vårdtagare faller ofta.
- Förbättra samordning och planering av åtgärder vid risk, t.ex. vid teammöten mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.
- Upprätta planer för fallprevention vid väsentlig risk.



## **12. Demens**

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

På servicehuset finns enstaka personer med demenshandikapp. Finns ett speciellt team som arbetar med dessa personer.

### **Förbättringsåtgärd**

Denna del utgår och räknas inte med i poängsammanställningen, då det i själva verket inte ska bo personer med demensdiagnos på servicehuset.

## **13. Rehabilitering**

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. ADL-status ska erbjudas alla nyinflyttade och utföras efter samtycke.

### **Förbättringsåtgärd**

- Se över möjligheter att erbjuda arbetsterapeutisk gruppträning vid större behov.
- Säkra att ADL bedömningar följs upp vid behov och att årlig bedömning erbjuds.

## **14 Mun- och tandhälsovård**

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

### **Förbättringsåtgärd**

- Samtlig personal ska känna till överenskommelsen.
- Riskbedömningar ska alltid göras av sjuksköterska och munstatus upprättas. Bedömningsinstrument finns i Vodok.
- Personalen ska ha tillgång till munhalsbedömningskortet. Ska finnas i den enskildes hem.



## **Åtgärd Lokala Rutiner**

På grund av organisatoriska problem så har inte kvalitetsarbetet med att upprätta lokala rutiner fortskridit på det sätt som skulle ha varit önskvärt. Vi tar med oss erfarenheter samt resultat från året och arbetar vidare med vår utvecklings- och kvalitetsarbete under 2013.

## **Dokumentation**

För att kunna kvalitetssäkra vården måste det finnas komplett information under allmänna uppgifter, anamnes. Som ett utgångsläge behövs komplett inkomststatus, genomförda riskbedömningar och ADL bedömning enligt Sunnås. Detta ska ligga till grund för den fortsatta vården och vara ett stöd för att bedöma förändringar i hälsotillstånd och funktion.

MAS och MAR har granskat 21 stycken slumpmässigt utvalda journaler = 15 %. Fem journaler från 2011 och övriga 16 journaler som granskades hade påbörjats under 2012.

Journalerna har granskats efter en mall som utgår från Vodok's – sökordsträd. Allmänna uppgifter och anamnes ska upprättas dag ett och senast inom tre dagar ska det finnas ett fullständigt inkomststatus. Senast inom fjorton dagar ska riskbedömningarna fall, nutrition och trycksår och ADL enligt Sunnås utförts samt att inkontinensutredning påbörjats. Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheten framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på kvantitet och kvalitet avseende sökord, fullständigt 2p, delvis 1p och enstaka 0p.

### *Del 1. Upprättande av journal*

För att få godkänt krävs fullständiga uppgifter i enlighet med checklista för upprättande av journal vid inflyttning. Det avser uppgifter inom Allmänna uppgifter, Anamnes, Inkomststatus, Riskbedömningar, Inkontinensutredning och ADL - Sunnås = 60poäng.

### *Del 2. Hela journalen*

Totalt kan en granskad journal uppnå 84 poäng. I det ingår uppdaterade status, upprättade planer utifrån bedömda risker, problem och resurser samt signerade texter= 24 poäng.

## **Resultat och analys**

### *Del 1. Upprättande av journal*

Ingen journal uppnådde 60 poäng vilket är godkänt enligt checklistan för upprättande av journal vid inflyttning. Medianvärdet är 41 poäng. Intervallet är 21 till 53 poäng.

Två journaler är kompletta avseende allmänna uppgifter. Det som oftast saknas är kompletta uppgifter om samtycke, planeringsansvarig perso-



nal och ofullständiga ID-kontroller. Ingen journal var komplett gällande anamnes. Brister finns rörande sökorden läkemedelsansvaret, restriktioner, pågående vård och medicinsk diagnos. Att bedöma och dokumentera inkomststatus har förbättrats och genomsnittet ligger på 16 poäng av 20. Det finns fortfarande vissa brister. Tre av journalerna har komplett inkomststatus utifrån checklistans krav (20 poäng). Riskbedömningarna har förbättrats sedan föregående uppföljning men görs inte alltid inom 14 dagar.

### **Förbättringsåtgärder**

Vid upprättande av journaler vid inflyttning ska tidsramen i den checklista som upprättats till MAS regler om dokumentation följas.

#### *Del 2. Hela journalen*

Medianvärdet för de granskade journalerna var 53 poäng. Intervallen mellan lägsta och högsta poäng var 39 till 75 poäng. En journal på 75 poäng kan lyftas fram, men behöver fortfarande utvecklas. Det som sticker ut är att inte riskbedömningar görs inom 14 dagar.

### **Utvecklingsområden**

- Att i större utsträckning upprätta planer för att bättre kunna följa processen i alla steg.
- Att alltid upprätta planer när en riskbedömning visar på en risk inom ett område.

OBS! En viktig åtgärd är att se över journaler upprättade före 2012 och säkra att det finns allmänna uppgifter och aktuellt status.

### **Redovisning av journalgranskning**

Allmänna uppgifter totalt 14 poäng medianvärde på granskade journaler 11.

De allmänna uppgifterna dokumenteras inte alltid korrekt inom den tidsram som reglerna bestämmer. Två journaler uppnådde 14 poäng.

I åtta av journalerna har man inte genomfört Id kontroll vid inflyttning och i sex journaler saknas uppgifter om vem som är uppgiftslämnare.

11 journaler är fullständiga vad det gäller planeringsansvarig personal. I sju journaler saknas uppgifter om arbetsterapeut och i två journaler saknas läkare. I en journal saknades uppgift om ansvarig sjuksköterska och i flera journaler var inte uppgiften aktuell.

Nio journaler var fullständiga avseende upplysning samtycke. I 12 journaler saknade komplett uppgifter framförallt i fråga om samtycke till registrering i nationella kvalitetsregister.

Anamnes totalt 16 poäng medianvärde 9

Anamnes inhämtas inte under den tidsram som reglerna bestämmer och ingen journal har uppnått 16 poäng.



Fyra journaler saknar nästan helt anamnes. Fem journaler saknar hälsohistoria och i 11 journaler saknas uppgift om läkemedelsansvaret samt i nio journaler saknas medicinska diagnoser. I fem journaler finns inga uppgifter om pågående vård. I fyra journaler finns uppgift om restriktioner föreligger eller inte.

Godkänt inkomststatus enligt checklista 20 poäng, uppnått medianvärde 16 poäng.

Det är viktigt att alltid ta in komplett inkomststatus för att man ska kunna följa vårdprocessen framöver. Några av journalsystemets sökord krävs inte vid inflyttning, om status inte avviker inom området som Känselfunktion, Fysiskmiljö, Rörelsefunktion och Muskel och ledfunktion. I granskade journaler har man till viss del använt dessa sökord i samband med inflyttning.

Sökord som i stor utsträckning saknades var andning/cirkulation (10), hud/vävnad (8) smärta (8) och elimination (7).

Tre av journalerna har komplett inkomststatus utifrån checklistans krav (20 poäng).

Uppdaterat status enligt checklista 20 poäng, uppnått medianvärde 12 poäng.

De flesta journaler har ett status som uppdaterats över tid. Fem av journalerna uppnår 16 till 20 poäng.

Plan totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 0

I fyra journaler fanns det upprättade planer. Inom område fallprevention där det finns risk saknas planer.

Riskbedömningar totalt 6 poäng, uppnått medianvärde 3

I sex av 21 journaler har samtliga riskbedömningar genomförts inom 14 dagar vid inflyttning.

Fem journaler saknar MNA helt och Norton saknas i fyra journaler.

Inkontinensutredning total 2 poäng, uppnått medianvärde 2

14 journaler hade en utredning genomförts vid inflyttning.

ADL enligt Sunnås totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 1

I 18 journaler fanns en bedömning av ADL enligt Sunnås alla hade dock inte genomförts inom 14 dagar.

Signerade anteckningar totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 2

I tre journaler fanns det osignerade texter.





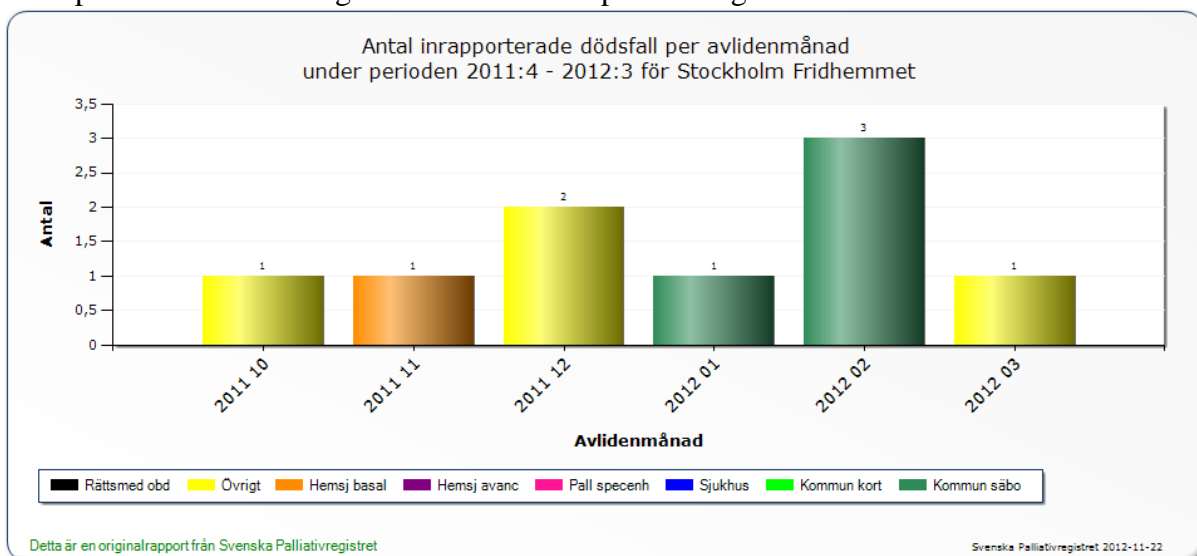
### Åtgärder för att höja kvaliteten på journaler

Vi behöver arbeta vidare med att säkra riskbedömningarna. Bedömning av fall, nutrition, trycksår och ADL enligt Sunnås, ska ske inom 14 dagar efter den boende flyttat in. Samt en åtgärdsplan ska upprättas om något riskområde identifieras. Ett arbetssätt i team som inkluderar Senior Alert registreringar kommer att säkra upp att dessa bedömningar utförs i tid.

### Övrigt

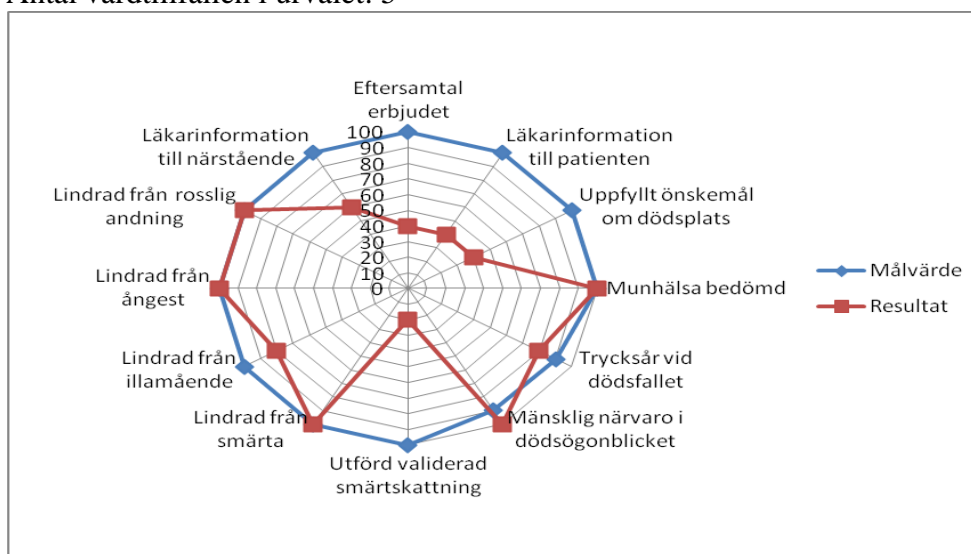
#### Palliativa registret

Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet. I relation till månadsstatistiken har ca 35 % av de avlidna på Fridhemmet är registrerade i Svenska palliativregistret



### Resultat kvalitetsindikator palliativ vård i livets slut under perioden 2011:4 - 2012:3 för Stockholm Fridhemmet

Antal vårdtillfällen i urvalet: 5





### Infektionsregistrering

Enheten har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som sammanställts av MAS och anmälts in till Vårdhygien. Medelvärde hos vårdtagare med urinkateter och urinvägsinfektion ligger på 0 och urinvägsinfektioner hos vårdtagare utan urinkateter är mindre 10 incidens (fall/100 vårdtagare). När det gäller Pneumoni 3, Sårinfektion 5, annan hud och mjukdelsinfektion 3 incidens (fall/100 vårdtagare). Se tabell Infektionsregistrering Kvartal 4, 2011 till Kvartal 3, 2012

### Senior alert

Senior alert har införts på enheten. Sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut är registrerare. Antal riskbedömningar som registrerats under perioden 1/10-2011 till 30/9-2012.

| Enhet                                    | 2011 okt | nov | dec | 2012 jan | feb | mar | apr | maj | jun | jul | aug | sep |
|--|----------|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Kungsholmen<br>Fridhemmets<br>Servicehus | 1        | 0   | 0   | 0        | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   |
| Total                                    | 1        | 0   | 0   | 0        | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   |

### Pascal

Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera dosdispenserade läkemedel. Pascal har ersatt Apotekets e-dos. Under året 2012 har sjuksköterskorna erhållit utbildning i Pascal verktyget

### Apotekets kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd

Apoteket har under år 2012 granskat läkemedelsförråden. Akut- och buffertförråden är ett litet förråd med läkemedel där landstinget står för kostnaden och som enbart ska användas vid akuta situationer. Läkemedelshanteringen ska genomgå en extern granskning minst en gång om året. Stadsdelsnämnden har tecknat ett avtal med apoteket gällande granskningen. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och hon följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska.

### Sammanfattning av granskningen

Vid denna granskning gjordes en uppföljning av föregående års rapport och kontroll av läkemedelsförvaringen samt stickprov på behållningen av narkotika. Fridhemmet upplevs ha en väl fungerande läkemedelshantering och god ordning i läkemedelsförråden. Övergripande riktlinjer finns från Kungsholmens MAS samt lokala rutiner för enheten, dock bör några kompletteringar göras enligt förslag nedan.



## Uppföljning av föregående kvalitetsgranskning

Dokument gällande ansvarsfördelning finns nu.

Telefonordinationer signeras nu enligt uppgift.

Övriga förslag till förbättring kvarstår och tas åter upp i rapporten.

### Förslag till förbättringar

- Komplettera lokal rutin med hur vid behovsläkemedel ska hanteras och dokumenteras.
- Komplettera lokal rutin med var iordningställda doser som inte kan förvaras i Dosett ska dokumenteras, t.ex. flytande, injektioner, plåster mm.
- Tydliggör för all personal med delegering att sjuksköterskan alltid måste kontaktas innan ett vid behovs läkemedel ges.
- Det bör tydliggöras vem som ska godkänna de ruiner som skrivs specifikt för enheten.
- Uppdatera listor med signaturförtydligande både för personal med delegering och för sjuksköterskor, även läkare bör finnas med.

### HSL- indikatorer

En jämförande statistik har gjorts under perioden 2011 till 2012, 2010 till 2011 och 2009 till 2010. I nedan tabell visas ett medelvärde på antalet vårdtagare som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerat och haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för.

|                       | Antal vårdtagare som OAS-ansvarat för |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1/10 2011 – 30/9 2012 | 126                                   |
| 1/10 2010 - 30/9 2011 | 124                                   |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 124                                   |

### Byte av vårdform<sup>1</sup>

Vårdtagare som behövt byta vårdform på dagtid och på jourtid har minskat jämfört med föregående perioder.

|                       | Byte av vårdform till sjukhus - dagtid | Byte av vårdform till sjukhus - jourtid | Summa |
|-----------------------|--|---|-------|
| 1/10 2011 – 30/9 2012 | 84                                     | 41                                      | 125   |
| 1/10-2010- 30/9 2011  | 101                                    | 33                                      | 134   |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 108                                    | 41                                      | 149   |

### Avlidna<sup>1</sup>

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Antalet avlidna är har ökat något jämfört med föregående perioder. Statistiken visar dock på att de flesta vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem.

<sup>1</sup> Statistiken grundas på antal vårdtagare.



|                              | Avlidna på<br>- boendet | Avlidna på<br>- annan plats tex. sjukhus | Summa |
|------------------------------|-------------------------|--|-------|
| <b>1/10 2011 – 30/9 2012</b> | 17                      | 9  | 26    |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 11                      | 11                                       | 22    |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 11                      | 13                                       | 24    |

### Trycksår<sup>2</sup>

Antalet trycksår är samma jämfört med år 2010- 2011.

|                              | Kategori 1 <sup>3</sup> | Kategori 2 <sup>3</sup> | Kategori 3 <sup>3</sup> | Kategori 4 <sup>3</sup> | Summa |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| <b>1/10 2011– 30/9 2012</b>  | 2                       | 0                       | 0                       | 1                       | 3     |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 2                       | 0                       | 0                       | 1                       | 3     |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 1                       | 1                       | 1                       | 1                       | 4     |

Sjuksköterskorna uppger även att vårdtagaren ofta fått trycksår redan under sjukhusvistelsen före hemkomsten till boendet, som de sedan läker. Sjuksköterskorna arbetar mycket med att förebygga trycksår.

### Förskrivna inkontinenshjälpmedel<sup>2</sup>

Förbrukningen av inkontinenshjälpmedel har minskat jämfört med föregående perioder. Även användandet av urinkateter har minskat.

|                              | Inkontinens - hjälpmedel | Kateter |
|------------------------------|--------------------------|---------|
| <b>1/10 2011 – 30/9 2012</b> | 36                       | 3       |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 51                       | 3       |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 43                       | 4       |

### Apodos och dosett<sup>2</sup>

Statistiken grundar sig på den läkemedelshantering där sjuksköterskan övertagit läkemedelsansvaret. Antalet vårdtagare som fick hjälp med sina läkemedel har minskat något jämfört med föregående perioder.

|                              | Apodos | Dosett | Apodos +<br>dosett | Summa |
|------------------------------|--------|--------|--------------------|-------|
| <b>1/10 2011– 30/9 2012</b>  | 50     | 20     | 15                 | 85    |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 52     | 19     | 16                 | 87    |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 59     | 17     | 10                 | 86    |

<sup>2</sup> För varje enhet har statistiken grundats på medelvärdet dvs. inkomna uppgifter gällande antal vårdtagare summeras och delas med antal månader(12). Indikatorerna går inte att beräkna enbart på antal registreringar pga. att det kan vara samma vårdtagare som har insatser från sjuksköterska samtliga månader.

<sup>3</sup> Sårets svårighetsgrad kategoriindelning

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

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

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

Såret är ofta nekrotiskt.

**Kategori 4.** Djupt sår med sårhåla. Sår genom alla hudlager och fettväv samt underliggande muskler, senor/ben.

Fistlar exempelvis till tarm kan förekomma. Större risk för sårinfektion föreligger.



### Ordinerade läkemedel<sup>2</sup>

Förbrukningen av fler läkemedel än tio har ökat jämfört med år föregående perioder och mindre än tio har minskat, vilket inte är så positivt.

|                              | Mindre än tio ordinerade läkemedel | Mer än tio ordinerade läkemedel | Summa |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------|
| <b>1/10 2011– 30/9-2012</b>  | 56                                 | 29                              | 85    |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 70                                 | 18                              | 88    |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 63                                 | 23                              | 86    |

### Specifik omvårdnad<sup>2</sup>

Den specifika omvårdnaden och vårdrelaterade infektioner har ökat något jämfört med föregående perioder.

|                              | Specifik Omvårdnad<br>pegsond/ iv.dropp/ syrgas/<br>sug/ stort sår, respirator, mm | Vårdrelaterade infektioner<br>MRSA/VRE/ESBL/HE<br>PATIT |
|------------------------------|--|---|
| <b>1/10 2011– 30/9-2012</b>  | 19   | 5   |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 17   | 4   |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 16   | 4   |

### Riskbedömningar

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde inte tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst en gång om året eller efter behov. Målet är att uppnå 100 % innan årets slut, tabell 9.

Instrument som ska användas är:

- Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus
- Norton för att mäta risk för trycksår
- Vårdprogram för urininkontinens/Kvalitetssäkringsprogram NIKOLA

### Fridhemets servicehus

Genomförda riskbedömningar enligt MNA och Norton har minskat med 7 % jämfört med föregående års period men ökat med ca 14,5% jämfört med år 2009. Fallriskbedömning enligt Downton Fall har ökat med 7 % jämfört med föregående års period och med 14 % jämfört med år 2009. När det gäller urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar så har det minskat med 21 % och Läkemedelsgenomgångar har minskat med 15 % jämfört med föregående period (tabell 9).



Kvalitetsindikatorn<sup>4</sup> andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende Downtown Fall Risk är utförd var totalt 75 %, se tabell 9,

Kvalitetsindikatorn<sup>5</sup> andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende nutrition/malnutrition är utförd var totalt 48 %, se tabell 9,

Kvalitetsindikatorn<sup>6</sup> andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende Norton var det totalt 49 %.

Kvalitetsindikatorn<sup>7</sup> andel boende med individuellt utredd inkontinens och uppföljning av utredning var det totalt 22 %.

Kvalitetsindikatorn<sup>8</sup> andel boende vars läkemedelsordination genomgått en årlig läkemedelsgenomgång var det totalt 36 %.

| <b>Totalt</b>                 | Downtown Fall Risk | MNA  | Norton |
|-------------------------------|--------------------|------|--------|
| <b>1/10 2011 – 30/9 -2012</b> | 75 %               | 48 % | 49 %   |
| <b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>  | 68 %               | 55 % | 56 %   |
| <b>1/10 2009 – 30/9 2010</b>  | 51 %               | 33 % | 35 %   |

| <b>Totalt</b>                 | Inkontinensutredning | Läkemedelsgenomgång |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>1/10 2011 – 30/9 -2012</b> | 22                   | 36                  |
| <b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>  | 34 %                 | 51 %                |
| <b>1/10 2009 – 30/9 2010</b>  | 2 %                  | 45 %                |

## Övriga indikatorer

### ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd har ökat med 4 % jämfört med samma period föregående år.

|                              | ADL bedömning enligt Sunnås |
|------------------------------|-----------------------------|
| <b>1/10 2011 – 30/9 2012</b> | 40 %                        |
| <b>1/10-2010- 30/9 2011</b>  | 36 %                        |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 50 %                        |

<sup>4</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2012.

<sup>5</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2012.

<sup>6</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2012.

<sup>7</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2011 till 30 september 2012

<sup>8</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2011 till 30 september 2012



### Body Mass Index (BMI)

Ideal BMI för äldre förefaller ligga mellan 23 och 27. Kvalitetsindikatorn antal boende med ett BMI på 22 eller mindre än 22 har minskat jämfört med föregående period.

|                       | BMI  |
|-----------------------|------|
| 1/10 2011 – 30/9-2012 | 18 % |
| 1/10-2010- 30/9 2011  | 20 % |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 25 % |

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårdspersonal omräknat till heltid. En jämförelse mellan år 2012, 2011 och år 2010.

#### Sjuksköterskor

| Antal boende/ tillgänglig plats | Sjuksköterska 1/10 2012 | Sjuksköterska 1/10 2011 | Sjuksköterska 1/10 2010 |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Fridhemmet                      | 34                      | 34                      | 34                      |

#### Arbetsterapeuter

| Antal boende/ tillgänglig plats | Arbetsterapeut 1/10 2012 | Arbetsterapeut 1/10 2011 | Arbetsterapeut 1/10 2010 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fridhemmet                      | 135                      | 135                      | 135                      |

#### Sjukgymnast

| Antal boende/ tillgänglig plats | Sjukgymnast 1/10 2012 | Sjukgymnast 1/10 2011 | Sjukgymnast 1/10 2010 |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fridhemmet                      | 135                   | 135                   | 135                   |

## Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Avtal med Vårdhygien finns. Kontakten med hygiensköterska fungerar väl. Samverkan sker med Tandvårdsenheten avseende munhygien. De har genomfört utbildning i munhalsbedömning.

### Lokal samverkansöverenskommelse om gemensamma rutiner avseende läkarinsatserna i särskilda boenden inom äldreomsorgen.

Landstinget ansvarar för läkarinsatserna i särskilda boenden och kommunen ansvarar för all övrig hälso- och sjukvård upp till sjuksköterska, sjukgymnast- och arbetsterapeut. Insatserna ska utföras i samråd med den boende och närstående, när så är möjligt. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet. Det finns en lokal rutin framtagen för läkarorganisationen



Stockholms Geriatriken och Fridhemmet servicehus. Samverkansmöten mellan de olika aktörerna sker regelbundet under året.

## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vårt mål är att riskbedömningarna på de boende vad gäller utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall ska vara genomförda inom fjorton dagar efter inflyttning.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

### Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

Fallavvikelser hanteras enligt befintlig rutin för fallavvikelser.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter och för över dessa till VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen.

Se tidigare kapitel: Struktur och uppföljning.

### Registrerade avvikelser<sup>9</sup>

Inkomna avvikelser för perioden 2011-2012 har minskat jämfört med tidigare perioder. Under perioden har ingen avvikelse föranlett anmälan enligt Lex Maria.

|                              | Fall med skada | Läkemedel (utebliven/ förväxlat/dubbel dos) | Övriga MTP/brister i vårdkedjan/kommunikation/omvårdnad, dokumentation mm | Summa |
|------------------------------|----------------|---|---|-------|
| <b>1/10-2011-30/9 2012</b>   | 101            | 30  | 15  | 146   |
| <b>1/10 2010 – 30/9 2011</b> | 99             | 72  | 13  | 184   |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 99             | 96  | 10  | 205   |

<sup>9</sup> Statistiken grundas på antal avvikelse som registrerats i verksamheten.





### Fall avvikelser och Fallincidenter

Sammantaget ligger andelen fallincidenter på samma nivå de senaste två åren liksom fördelningen av fall med eller utan skada. En viss minskning av totala andelen fall kan ses i förhållande till perioden 2009-2011. Elva av fallolyckorna orsakade fraktur.

|                              | Fall med skada | Fall utan skada | Summa |
|------------------------------|----------------|-----------------|-------|
| <b>1/10-2011-30/9 2012</b>   | 101            | 211             | 312   |
| <b>1/10 2010–30/9 2011</b>   | 99             | 213             | 312   |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 99             | 262             | 361   |

### Läkemedels- och övriga avvikelser

Läkemedelsavvikelsena har för perioden 2011-2012 minskat med jämfört med samma period 2010-2011 och 2009 -2010. Här finns ett mörkertal av ej registrerade avvikelser. Övriga avvikelser har för perioden 2011- 2012 ökat något jämfört med samma period 2010-2011 och 2009-2010.

|                              | Läkemedel<br>Utebliven, Förväxlat,<br>Dubbel dos | Övriga MTP, brister i<br>vårdkedjan, kommunika-<br>tion, omvårdnad, doku-<br>mentation mm | Summa |
|------------------------------|--|---|-------|
| <b>1/10-2011-30/9 2012</b>   | 30   | 15  | 45    |
| <b>1/10 2010 – 30/9 2011</b> | 72   | 13  | 85    |
| <b>1/10 2009 - 30/9 2010</b> | 96   | 10  | 106   |

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras.

Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD samt uppdragsgivare informeras omgående. Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d v s inte direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse ska de hanteras enligt synpunkts- och klagomålshantering. Om så inte önskas är det möjligt att frångå handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålsblanketten och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma huruvida det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett, med inlämnad skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att



det finns namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Bekräftande av mottagandet av synpunkt/ klagomål till avsändaren.

Detta sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå.

Analysering och utredning av ärenden med hjälp av en handlingsplan.

Information till berörd medarbetare. Verksamhetschefen informerar VD samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Till den som lämnat in synpunkten eller klagomålet ges återkoppling genom handlingsplanen.

Återkoppling av handlingsplan på Kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att det ska gå att dra lärdom av det inträffade samt att händelsen inte upprepas igen.

En slutrapport skrivs när handlingsplanen är åtgärdad och dialog har förts med den som framförde klagomålet. Slutrapporten och därtill hörande handlingar förvaras av verksamhetschef. Vid ärenden där uppdragsgivare samt VD varit informerade skickas även en slutrapport till dessa.

## **Sammanställning och analys**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6

På vårt kvalitetsforum en gång per månad går vi igenom avvikelser, dessa diskuteras och analyseras. Där beslutas även hur avvikelserna ska kommuniceras vidare. Akuta avvikelser behandlas genast och rapporteras till Temabos VD. Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål i månadsrapporten. Denna redovisas vid verksamhetschefsträff och vid de månatliga arbetsplatsträffarna på Fridhemmet.

## **Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Fridhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes personliga förhållanden.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Vi ger ingen information utan att först ha den boendes godkännande. Denna instruktion gäller under förutsättning att den boende ger sitt godkännande. I annat fall gäller full sekretess inom de områden boende önskar.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr innehållande namn och telefonnummer till



verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten.

Fridhemmet bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Kallar till att delta vid samordnad vårdplanering där även biståndshandläggare deltar och även inbjudan till boende/närståenderåd.

Verksamhetschefen skriver veckobrev. Detta anslås på anslagstavla i entrén vid Fridhemmet. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

## **Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Pga organisatoriska problem på Fridhemmet under 2012 har resultatuppfyllelsen inte varit möjlig.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

De mål som prioriteras på Fridhemmet under 2013 är

- De lokala HSL rutinerna ska vara klara.
- Fortsatt registrering i Senior Alert
- Ett utvecklingsarbete omkring vård i livets slut ska påbörjas
- Inkontinenshjälpmedel är ett prioriterat område där vi behöver se över rutinerna samt arbeta fram ett fungerande arbetssätt



## Tabeller

| Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2011– till och med 30 september 2012 | Fridhemmet<br>**135 | Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2010– till och med 30 september 2011 | Fridhemmet<br>**135 | Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2009– till och med 30 september 2010 | Fridhemmet<br>**135 |
|---|---------------------|---|---------------------|---|---------------------|
| Fall med skada allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.                          | 101*                | Fall med skada allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.                          | 99*                 | Fall med skada allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.                          | 99*                 |
| Fall utan skada   | 211*                | Fall utan skada   | 213*                | Fall utan skada   | 262*                |
| Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos  | 30*                 | Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos  | 72*                 | Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos  | 96*                 |
| Övriga MTP, brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm                 | 19*                 | Övriga MTP, brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm                 | 13*                 | Övriga MTP, brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm                 | 10*                 |

Statistiken grundas på \* antal avvikelser som registrerats i verksamheten, \*\* antal platser/äldreboende .

| Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2011 – till och med 30 september 2012 | Fridhemmet<br>**135                      | Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011 | Fridhemmet<br>**135                      | Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010 | Fridhemmet<br>**135                      |
|--|--|--|--|--|--|
| Byte av vårdform till sjukhus<br>- dagtid<br>- jourtid   | Avlidna på<br>- boendet<br>- annan plats | Byte av vårdform till sjukhus<br>- dagtid<br>- jourtid   | Avlidna på<br>- boendet<br>- annan plats | Byte av vårdform till sjukhus<br>- dagtid<br>- jourtid   | Avlidna på<br>- boendet<br>- annan plats |
| 84*  | 17*                                      | 101*   | 11*                                      | 108*   | 11*                                      |
| 41*  | 9*                                       | 33*  | 11*                                      | 41*  | 13*                                      |

Statistiken grundas på \* antal vårdtagare som bytt vårdnivå och avlidit. \*\* antal platser/äldreboende



| Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2011 – till och med 30 september 2012 | Fridhemmet<br>*126<br>**135 | Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011 | Fridhemmet<br>*124<br>**135 | Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010 | Fridhemmet<br>*124<br>**135 |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Trycksår Stadium 1/2/3/4   | 1/1/0/0                     | Trycksår Stadium 1/2/3/4   | 2/0/0/1                     | Trycksår Stadium 1/2/3/4   | 1/1/1/1                     |
| Inkontinens/<br>KAD  | 36<br>3                     | Inkontinens/<br>KAD  | 51<br>3                     | Inkontinens/<br>KAD  | 43<br>4                     |
| Specifik Omvårdnad sond/dropp/sug/ O <sub>2</sub> / sår, resp. mm                                  | 19                          | Specifik Omvårdnad sond/ dropp/sug/ O <sub>2</sub> / sår, resp. mm                                 | 17                          | Specifik Omvårdnad sond/ dropp/sug/ O <sub>2</sub> / sår, resp. mm                                 | 16                          |
| Apodos   | 50                          | Apodos   | 52                          | Apodos   | 59                          |
| Dosett   | 20                          | Dosett   | 19                          | Dosett   | 17                          |
| Apodos +dosett   | 15                          | Apodos +dosett   | 16                          | Apodos +dosett   | 10                          |
| Mindre än tio ord. läkemedel   | 56                          | Mindre än tio ord. läkemedel   | 70                          | Mindre än tio ord. läkemedel   | 63                          |
| Mer än tio ord. läkemedel  | 29                          | Mer än tio ord. läkemedel  | 18                          | Mer än tio ord. läkemedel  | 23                          |

\* För varje enhet har statistiken grundats på medelvärdet dvs. inkomna uppgifter gällande antal vårdtagare summeras och delas med antal månader(12). Indikatorerna går inte att beräkna enbart på antal registreringar pga. att det kan vara samma vårdtagare som har insatser från sjuksköterska samtliga månader.

\*\* antal platser/äldreboende

| Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2011 till 30 september 2012 | Fridhemmet<br>**126    | Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2010 till 30 september 2011 | Fridhemmet<br>**130    | Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2009 till 30 september 2010 | Fridhemmet<br>**128    |
|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|
| *Downtown Fall Index   | 75 %                   | *Downtown Fall Index   | 68 %                   | *Downtown Fall Index   | 51 %                   |
| *MNA   | 48 %                   | *MNA   | 55 %                   | *MNA   | 33 %                   |
| *Norton  | 49 %                   | *Norton  | 56 %                   | *Norton  | 35 %                   |
|  | Fridhemmet<br>**** 163 |  | Fridhemmet<br>**** 163 |  | Fridhemmet<br>**** 157 |
| ****Inkontinensutredning   | 22 %                   | ****Inkontinensutredning   | 34 %                   | ****Inkontinensutredning   | 2 %                    |
| ****Läkemedelsgenomgångar  | 36 %                   | ****Läkemedelsgenomgångar  | 51 %                   | ****Läkemedelsgenomgångar  | 45 %                   |

\*Antalet boende med genomförd riskbedömning

\*\* Antal boende vid mätdatum

\*\*\*Antal pågående journaler under perioden

\*\*\*\* Antal genomförda läkemedelsgenomgångar/inkontinensutredningar



Bilaga 1.

**Infektionsregistrering kvartal 4 - 2011 - kvartal 3-2012  
Fridhemmet**

|  | 2012<br>Kvartal 1 | 2012<br>Kvartal 2 | 2012<br>Kvartal 3 | 2011<br>Kvartal 4 | Totalt<br>antal<br>infek-<br>tioner<br>under<br>året | Medel-<br>värde<br>per<br>kvartal |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|-----------------------------------|
| <b>Totalt antal boende under pågående registrering</b>                         | 130               | 125               | 128               | 129               |  | 128                               |
| <b>Antal boende med suprapubisk urinkateter</b>                                | 1                 | 0                 | 0                 | 0                 |  | 0                                 |
| <b>Antal boende med urinkateter via urinröret</b>                              | 3                 | 3                 | 2                 | 2                 |  | 3                                 |
| <b>Antal boende utan urinkateter</b>   | 126               | 122               | 126               | 127               |  | 125                               |
| <b>Indikation för antibiotikabehandling, antal nya fall:</b>                   |                   |                   |                   |                   |  |                                   |
| Pneumoni   | 5                 | 5                 | 4                 | 3                 | 17   | 4                                 |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter                   | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  | 0                                 |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare med urinkateter via urinröret                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  | 0                                 |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare utan urinkateter                              | 15                | 10                | 15                | 8                 | 48   | 12                                |
| Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår)            | 13                | 10                | 1                 | 3                 | 27   | 7                                 |
| Annan hud och mjukdelsinfektion<br>(ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem) | 3                 | 2                 | 4                 | 5                 | 14   | 4                                 |
| Clostridium difficile-diarré   | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  | 0                                 |
| Annan infektion  | 2                 | 0                 | 2                 | 1                 | 5  | 1                                 |
| <b>Utbrottsbenägna virusinfektioner, antal nya fall:</b>                       |                   |                   |                   |                   |  |                                   |
| Influensa  | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  | 0                                 |
| Virusorsakad magsjuka  | 28                | 0                 | 0                 | 0                 | 28   | 7                                 |
|  |                   |                   |                   |                   |  | <b>Medel-<br/>värde</b>           |
| <b>Incidens (fall/100 vårdtagare):</b>   |                   |                   |                   |                   |  |                                   |
| Pneumoni   | 4                 | 4                 | 3                 | 2                 | 3  |                                   |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter                   | 0                 |                   |                   |                   | 0  |                                   |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare med urinkateter via urinröret                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  |                                   |
| Urinvägsinfektion hos vårdtagare utan urinkateter                              | 12                | 8                 | 12                | 6                 | 10   |                                   |
| Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår)            | 10                | 8                 | 1                 | 2                 | 5  |                                   |
| Annan hud och mjukdelsinfektion<br>(ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem) | 2                 | 2                 | 3                 | 4                 | 3  |                                   |
| Clostridium difficile-diarré   | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  |                                   |
| Annan infektion  | 2                 | 0                 | 2                 | 1                 | 1  |                                   |
| Influensa  | 0                 | 0                 | 0                 | 0                 | 0  |                                   |
| Virusorsakad magsjuka  | 22                | 0                 | 0                 | 0                 | 5  |                                   |