



# **Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens sdf äldreomsorg**

## **Pilträdet servicehus**

**År 2012**

Ansvärlig för innehållet

**Verksamhetschef för 29§ HSL Odiini Nzeribe – Egen regi  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Kerstin Callinggård och  
Medicinskt Ansvarig för Rehabiliterings (MAR) Linnea Svanström  
Leistedt**



## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	6
Uppföljning genom egenkontroll .....	7
Antal vårdtillfällen i urvalet: 2 .....	19
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	27
Riskanalys .....	27
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	27
Hantering av klagomål och synpunkter .....	29
Sammanställning och analys .....	30
Samverkan med patienter och närstående .....	30
Resultat .....	30
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	31
Bilagor .....	31

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

Vid den årliga kvalitetsuppföljning gällande hälso- och sjukvården på Pilträdes Servicehus används kvalitetsinstrumentet QUSTA har inom samtliga områden formulerat skriftliga rutiner för det arbete som utförs, men rutinerna behöver förbättras och tydliggöras mera, för att de ska uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet. I år är det genomsnittliga resultat 91 % i kvalitetsuppföljningen föregående år låg genomsnittet på 85 % som mått på god kvalitet.

Områden som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är att genomföra munstatus och riskbedömningar som t.ex. inkontinens, trycksår och nutrition samt fortsätta utveckla kvalitén i dokumentationen. För att få godkänt krävs fullständiga uppgifter i enlighet med checklista för upprättande av journal vid inflyttning (60 poäng). Här behövs förbättringar för godkänd nivå, då ingen journal uppnådde 60 poäng. Medianvärdet för de granskade journalerna var 41 poäng. Intervall: 20 till 56 poäng. Totalt kan en granskad journal få max 84 poäng där det då även ingår uppdaterade status, upprättade planer utifrån bedömda risker, problem och resurser samt signerade texter. Medianvärdet för de granskade journalerna var 57 poäng. Intervall: 42 till 70 poäng. Två journaler över 69 kan lyftas fram, men behöver fortfarande utvecklas.

Genomförda riskbedömningar görs inte inom regeln 14 dagar men MNA har ökat med 22 % och Norton med 24 % dock förbättrats från föregående period medan Fallriskbedömning enligt Downton Fall har minskat med 14 %. När det gäller urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar så har det minskat med 2 %. Läkemedelsgenomgångar har ökat med 19 % jämfört med föregående period dock är det en bit kvar till önskad nivå.

Registrering sker i nationella kvalitets register som senior alert och svenska palliativregistret samt infektionsregistrering.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen visar upp ett bra resultat man har åtgärdat förra årets brister.

Inkomna avvikelser för perioden 2011-2012 ökat jämfört med samma period 2010-2011 men ligger fortfarande under jämfört med samma period 2009-2010. Under perioden har inga avvikelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.



## 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.

### Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Att regelbundet följa upp hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna genom anmälda som oanmälda besök. Ansvariga för uppföljningarna är Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)

### Mål för verksamheten på Pilträdet Servicehus:

1. Alla boende med inkontinenshjälpmedel utreds.
2. Att minska antalet förskrivna läkemedel per boende.
3. Att minska risken för fall och därmed även fallskador.
4. Inga trycksår skall uppstå under tiden du vistas på Pilträdet servicehus.
5. Vid nedsatt funktionsförmåga efter sjukhusvistelse återgå till tidigare funktionsnivå.

### Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

Huvudmålet med vårt patientsäkerhetsarbete är att riskförebyggande jobba med att eliminera undvikbara risker, skador och därmed förknippat lidande. Därför jobbar vi systematiskt och analytiskt med följande områden:

Brister i läkemedelshantering/användning.

Brister i vårdhygien.

Fallskador

Brister i informationsöverföring.

Brister i kommunikation patient/personal/annan vårdgivare

Brister i vårdkedjan.

Inkontinens

Läkemedelsgenomgångar

Trycksår och sårbehandling

Nutrition

Samtliga prioriterade riskområden beaktas samtidigt och det jobbas systematiskt med uppföljning och förbättring.

En viktig del av det strategiska arbetet är att ha en god samverkan med patienten/ den boende. Vården blir säkrare om den boende involveras och får kunskap så att han/hon kan bli ”övervakare” av den egna vård-



processen. På så sätt kan den boendes och närståendes kunskaper och erfarenheter bättre tas tillvara.

Samverkan med läkarorganisationen är en viktig del i att säkra vården. Vi har ett samverkansavtal som tydliggör ansvarsområdet och vilka rutiner vi följer för att säkra en god vård. Vi har regelbundna möten med representanter från läkarorganisation.

Uppföljning av effektmål och övergripande mål görs av MAS och MAR en gång per år och löpande under året av enhetschefen och representanter ur den paramedicinskagruppen och sjuksköterskegruppen.

MAS och MAR gör årligen en syn av verksamheten och använder då sig av kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Instrumentet består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform. Den består av en del frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler. QUSTA fastställer sedan en gräns för vad som är en godkänd kvalitetsnivå.

Vid besöken utförs även en syn av verksamhetens lokaler och utrymmen ifråga om hygien och ordning. Man ser över medicintekniska produkter samt förrådshanteringen. Personalens bemötande och arbetsätt granskas visuellt. Man intervjuar personal kring arbetsätt och rutiner.

## **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.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd

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

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

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



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

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

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

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

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

Årligen följs verksamhetens rutiner genom QUSTA kvalitetsuppföljning. Målet med QUSTA är att säkerställa en minimigräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Om verksamheten beskriver en kvalitet över denna nivå skall det lyftas fram i rapporten, och om det finns brister anges dessa på en separat åtgärdsplan. Verksamhetschefen får en återkoppling av MAS/MAR och resultatet från genomgången av QUSTA återförs i en skriftlig rapport som resultera i en handlingsplan som verksamheten upprättar.

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

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

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### **Verksamhetsuppföljning**

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



### **Infektionsregistrering**

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

### **Senior alert**

Sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnaster registrerar i Senior-alert.

### **Svenska Palliativ registret**

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

### **Dokumentationsutbildning**

MAS/MAR har genomfört en dokumentationsutbildning för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter utifrån de resultat av dokumentationsgranskningen som genomförts i samband med QUSTA uppföljningen.

### **Apoteksgranskning**

Apoteket har under året granskat läkemedelsförråden. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive verksamhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§*

Framförallt använder vi QUSTA som ett internt revisionsinstrument.

Egenkontroll genom att vi vart tredje månad kontrollerar alla signeringslistor och räknar alla luckor för att se vad bristerna finns.

Egenkontroll genom att vi vart tredje månad under en dag kontrollerar om alla följer basala hygienrutiner.

## **QUSTA**

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av MAS/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 medicin-tekniska produkter, fall och rehabilitering.

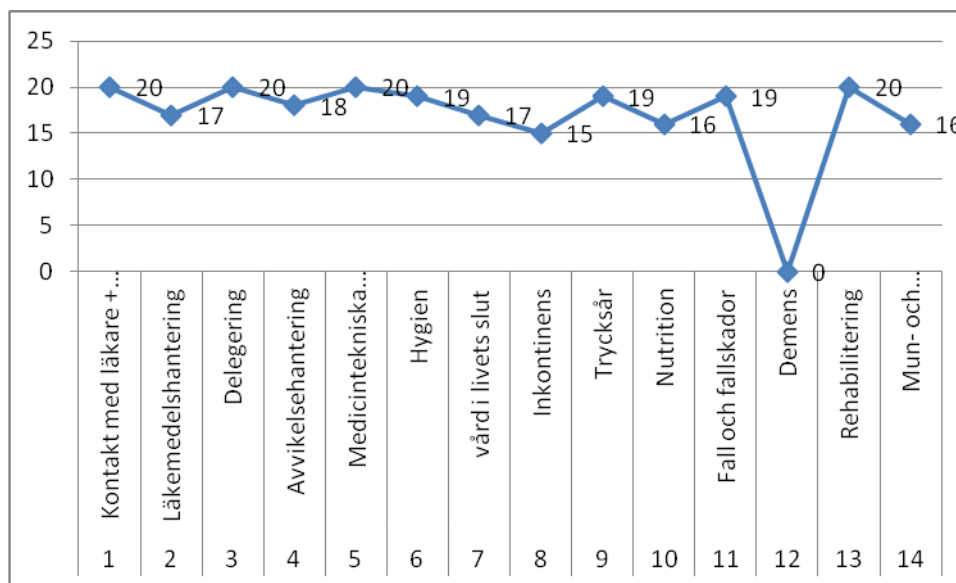
Varje kapitel i instrumentet, förutom dokumentationen, har poängsatts till 20 poäng. Pilträdet har inte någon enhet för demenshandikappade och uppnår maximalt 260 poäng. Kvalitetsuppföljningar ska stimulera verksamheterna till ständig förbättring och vidare- utveckling.

*Jämförelse av verksamhetens resultat av upprättade rutiner i procent under åren*

	2012	2011	2010
Pilträdet	91 %	85 %	82 %

## Resultat av QUSTA 2012

Resultat av uppföljningen är en redovisning av samtliga kvalitetsområden i QUSTA år 2012.



## 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. Rutinen ska upprättas så att det syns vilken verksamhet som äger den. En tydligare struktur. Övrig personal ska känna till MAS/MAR- riktlinjer som går att läsa på MAS hemsida [www.stockholm.se/kungsholmen/mas](http://www.stockholm.se/kungsholmen/mas)

Pilträdet servicehus har gemensamma rutiner för hela huset som alla ska arbeta utefter. Verksamheten har inom samtliga områden formulerat skriftliga rutiner för det arbete som utförs, men rutinerna behöver för-





bättras och tydliggörs mera, för att de ska uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet. Det är viktigt att rutinerna hålls levande, vilket är ett ständigt arbete.

#### *Förbättringsåtgärder*

- Fortsätta utveckla rutinerna och verka för att alla medarbetare följer de rutiner som arbetats fram i verksamheten.

#### Handlingsplan

- Lokala rutiner har upprättats och man jobbar ständigt med att utveckla och uppdatera de befintliga.

#### *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.

- Fungerar bra idag.

#### *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.

#### *Förbättringsåtgärder*

- Åtgärda de anmärkningar som framkommer vid den externa kvalitetsgranskningen.
- Verka för att det alltid signeras på signeringslistan när läkemedel överlämnats till en boende, finns brister idag.
- Göra egenkontroll av signeringslistor.

#### Handlingsplan

- De anmärkningar som framkom under läkemedelsgranskning är nu åtgärdade. Bland annat rörde det sig om att man ska skriva signaturen efter delad ap-dos i Vodok och inte hemma hos den boende.
- Egenkontroll osignerade mediciner görs en gång per kvartal. Reslutatas upp på teamträffar och på arbetsplatsmöten. Ständig påminnelse/information kring dokumentation och signering av läkemedel erhålls vid dessa möten.



### 3. Delegering

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

### Förbättringsåtgärder

Delegeringsrutinerna vid delegering fungerar men:

- Pärnarna där iordningställda delegeringsblanketter förvaras måste struktureras upp så att det tydligt syns vilka delegeringar som är aktuella och vilka som inte längre gäller.

### Handlingsplan

- Pärnarna systematiseras på ett sådant sett att man lätt kan urskilja vilka delegeringar som är aktuella och vilka som behöver förnyas eller arkiveras.

### 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 avvikelsehantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

### Förbättringsåtgärder

- Verka för att dokumentera även läkemedelsavvikelser i journalen under sökordet ”läkemedel avsteg”, saknas ibland idag.
- Kvarstående åtgärd: Säkra att registreringar av läkemedel och dokumentera i journalen.

### Handlingsplan

- Utbildning i Vodok samt en genomgång om vilka sökord man ska dokumentera under.

### 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 sjukgymnaster, arbetsterapeuter 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 översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.



- Fungerar

#### 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.

#### Förbättringsåtgärder

- Verka för att alltid använda köksförkläden vid iordningställande av mat.

#### Handlingsplan

- Patientsäkerhetsarbete: Egenkontroll att var tredje månad under en dag kontrollera om alla följer basala hygienrutiner.
- Påminna personalen att använda köksförkläde vid iordningställande av mat.
- Hygienutbildning för samtlig personal under året.
- E-utbildning i basala hygienrutiner.

#### 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.

#### Förbättringsåtgärder

- Verka för att involvera boende och närstående i ett tidigt skede om vilken vård man önskar.
- Verka för att alltid upprätta vårdplan vid vård i livets slut. Fungerar inte alltid fullt ut.



#### Handlingsplan

- Två sjuksköterskor kommer under våren att gå en utbildning i LCP. Ett arbetsätt som vi har för avsikt att implementera under kommande år.

#### 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.

#### Förbättringsåtgärder

- Alla boende med inkontinensproblem ska utredas innan inkontinenshjälpmedel förskrivs. Hjälpmedel får inte lämnas ut innan utredning är genomförd.
- Plan ska upprättas när det finns inkontinensproblematik.
- Dokumentera inkontinensutredningen och inkontinenshjälpmedel under rätt sökord i journalen.

#### Handlingsplan

- Sjuksköterskan planerar kvartalsvis in vilka som skall erbjudas en utredning. Hartman och Tena bjuds in för att informera samtlig personal om inkontinenshjälpmedel.

#### 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.

#### Förbättringsåtgärder

- Viktigt att genomföra riskbedömningar och dokumentera dem i status under sökordet hud/vävnad och att en plan upprättas, finns brister idag.

#### Handlingsplan

- Sjuksköterskorna dokumenterar i status under rätt sökord och man upprättar en plan. Vi kommer även arbeta vidare med riskbedömningar och nyttjandet av skattningsskala 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.

#### Förbättringsåtgärder

- Viktigt att riskbedömningar görs på boende med HSL insatser minst en per år, fungerar inte fullt ut.
- Viktigt att dokumentera uppräta plan och vidtagna planerade åtgärder i journalen, fungerar inte fullt ut.

#### Handlingsplan

- Enhetschefen ansvarar för att följa upp antalet utförda planer. Resultaten tas upp på ssk/rehab- mötena. Flera personer ur personalgruppen har fått utbildning i kost och nutrition och fungerar på enheten som kostombud

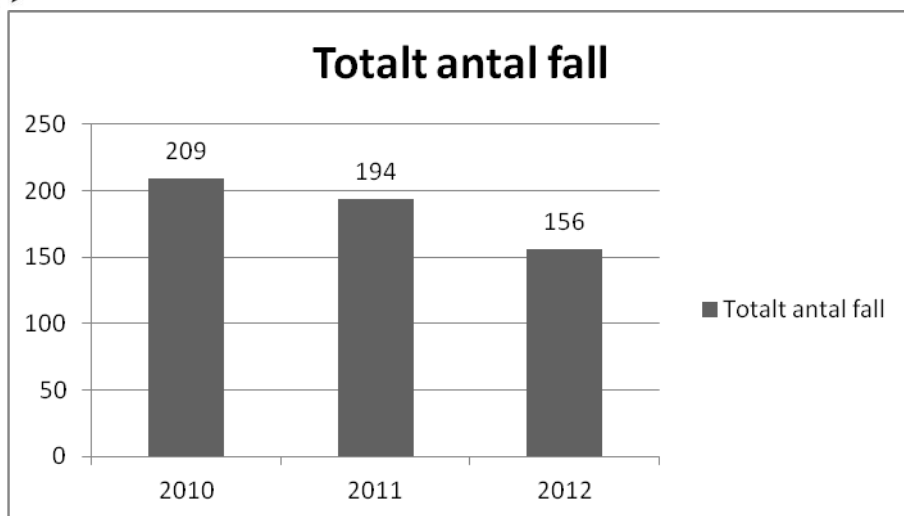
#### 11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, vanligen leder fallet inte till någon skada. För att på bästa sätt förebygga fall och fallskador bör enheten ha skriftliga rutiner för detta. Riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen, för att identifiera personer med risk. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska undervisa omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetssätt. Det fallförebyggande arbetet ska involvera samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal (teamarbete). När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterska kontakta läkare. Alla fall ska analyseras. Analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

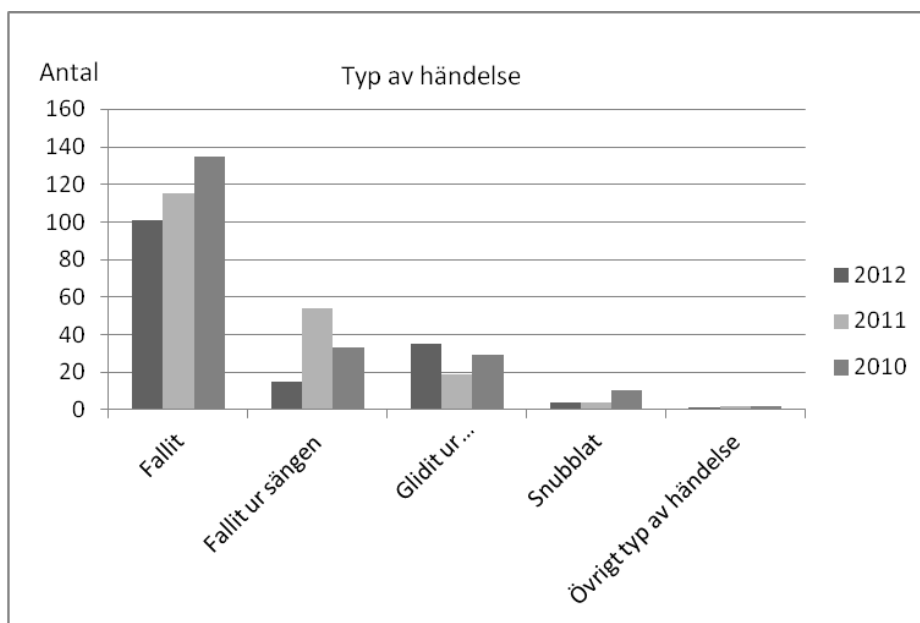
- Säkra informationsöverföring till sjukgymnast/arbetsterapeut om inträffade fallolyckor.

#### Handlingsplan

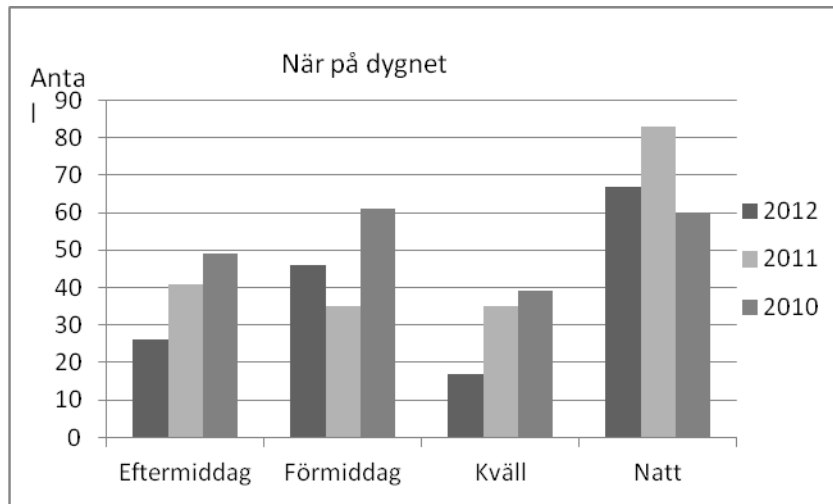
- Medarbetarna får återigen information om hur man dokumenterar och vilka blanketter man använder sig av vid fallolyckor. Rehabpersonalen har tagit fram en tydligare och enklare blankett vid fall. Den kommer att utvärderas under vt-2013



Antalet fall har successivt minskat från 2010. Som grund till minskningen ligger ett stort arbete kring fallförebyggande åtgärder. Man kan även notera att en del boende med en hög fall frekvens avlidit eller av någon anledning flyttat från servicehuset. Det föreligger även ett visst mörkertal då den boende fallit men på egenhand tar sig upp utan att kontakta personalen.



När de boende faller så blir skadan oftast inte så omfattande. Under 2012 var det tre fall med utgången fraktur. Det vanligaste utgången är dock att den boende får mindre sår eller blåmärken efter fallet.



De flesta fallen sker nattetid eller på förmiddagen. Det kan bland annat bero på trötthet, förvirring eller medicineringen.

### 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, ordineras. 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.

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

- UTGÅR

### 13. Rehabilitering

Vid inflyttning ska sjukgymnast och arbetsterapeut delta i att upprätta journal. Alla nyinflyttade ska erbjudas ett ADL-status. 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 förskrivnas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp.

- Fungerar

#### *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.

#### Förbättringsåtgärder

- Viktigt att sjuksköterskan upprättar munstatus och gör riskbedömning vid inflyttning, bedömningsinstrument finns i VODOK samt dokumenterar i status.

#### Handlingsplan

- Sjuksköterskan skall vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning rubriceras som en munvårdstatus. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Individen skall erbjudas munhalsbedömning årligen och omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

#### **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 17 stycken slumpmässigt utvalda journaler = 15 %. Samtliga journaler som granskades hade påbörjats under 2011. 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 finna 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 20 till 56 poäng. 3 journaler är kompletta avseende allmänna uppgifter. Det som oftast saknas är kompletta uppgifter om samtycke, planeringsansvarig personal och ofullständiga ID-kontroller. Ingen journal var komplett gällande anamnes. Brister finns rörande sökorden restriktioner, pågående vård, kontaktorsak, medicinsk diagnos och hälsohistoria. Att bedöma och dokumentera inkomststatus har förbättrats och genomsnittet ligger på 16 poäng av 20. Det finns fortfarande vissa brister. 2 av journalerna har komplett inkomststatus utifrån checklistans krav (20 poäng). De sökord som är kopplade till riskbedömningarna har förbättrats sedan föregående uppföljning men görs inte alltid inom 14 dagar.

#### Förbättringsåtgärder

Vid upprättande av journaler vid inflyttning ska den checklista som upprättats till MAS regler Dokumentation följas.

#### *Del 2. Hela journalen*

Medianvärdet för de granskade journalerna var 57 poäng. Intervallen mellan lägsta och högsta poäng var 42 till 70 poäng. Två journaler över 69 kan lyftas fram, men behöver fortfarande utvecklas. Det som sticker ut är att inte riskbedömningar görs inom 14 dagar.

#### Utvecklingsområden

Att i större utsträckning använda planerna på rätt sätt och att koppla planerade åtgärder till planer samt utförda åtgärder till dessa för att bättre kunna följa processen i alla steg och följa upp planerna. Viktigt att avsluta alla planer som inte är aktuella.

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. 3 journaler uppnådde 14 poäng.

I tre av journalerna framgår det inte hur id-kontrollen har skett och i 7 saknas det helt. I två journaler saknas uppgifter om vem som är uppgiftslämnare och i en av journalerna är det otydligt vem som är uppgiftslämnare.

Endast 9 journaler är fullständiga vad det gäller planeringsansvarig personal. I 8 journaler saknas uppgifter arbetsterapeut och i 2 journaler saknas läkare.

I en journal saknades upplysning samtycke helt och 14 journal saknade komplett uppgift om upplysning samtycke och två var fullständiga.

#### Anamnes totalt 16 poäng medianvärde 10

Uppgifter finns i stort men 7 av journalerna är mycket ofullständiga och man har inte så mycket som nått upp till 10 p. Det är också viktigt att använda sökorden rätt.

En journal saknar nästan helt anamnes. I 5 journaler saknas Hälsohistoria då sökordet inte används korrekt, 5 journaler saknar helt kontaktorsak och en journal saknar överkänslighet.

Det saknas i 2 journaler att man har tagit över läkemedelsansvaret och 5 journaler saknar medicinska diagnoser.

I 13 journaler finns inga uppgifter om pågående vård, uppgifter om Restriktioner föreligger eller inte, saknas i samtliga journaler.

#### 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 använt dessa sökord i samband med inflyttning.

Sökord som i stor utsträckning saknades var, andning/cirkulation (9), hud/vävnad (5) och smärta (6).

2 av journalerna har komplett inkomststatus utifrån checklistans krav (20 poäng). De sökord som är kopplade till riskbedömningarna har inte genomförts inom 14 dagar i 10 av 17 journaler.

#### Uppdaterat status enligt checklista 20 poäng, uppnått medianvärde 14 poäng.



De flesta journaler har ett status som uppdaterats över tid. 6 av journalerna uppnår 16 till 20 poäng.

#### Plan totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 1

Inom det område som det oftast finns planer är fallprevention. Diagnos/mål dokumenteras i huvudsak men man följer inte upp tidsatta mål och planerade åtgärder kopplas inte alltid till planen vilket gör det svårare att följa hela processen.

#### Riskbedömningar totalt 6 poäng, uppnått medianvärde 2

I 4 av 17 journaler har samtliga riskbedömningar genomförts inom 14 dagar vid inflyttning.

Två journaler saknar MNA helt. I övriga 11 journaler har samtliga riskbedömningar genomförts men inte inom 14 dagar.

#### Inkontinensutredning total 2 poäng, uppnått medianvärde 1

I sju journaler saknas utredning vid inflyttning.

#### ADL enligt Sunnås totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 1

I samtliga journaler fanns en bedömning av ADL enligt Sunnås men i åtta journaler har bedömningen inte genomförts inom 14 dagar.

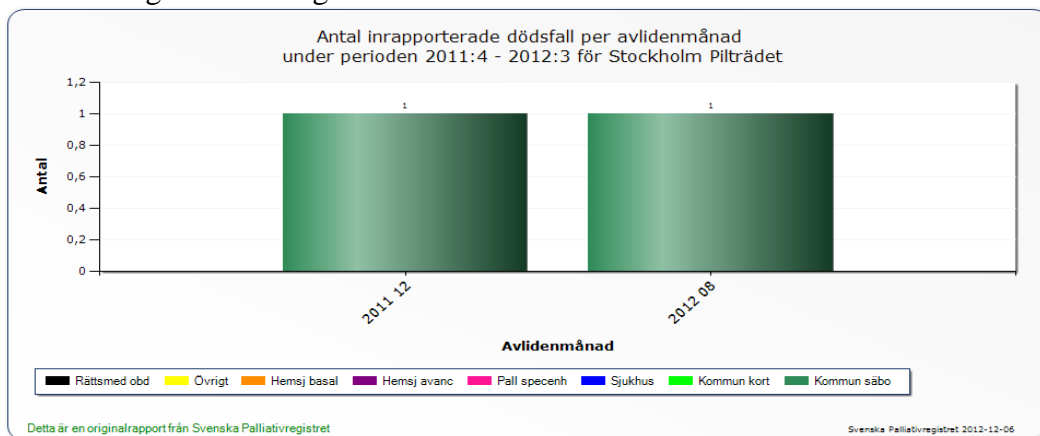
#### Signerade anteckningar totalt 2 poäng, uppnått medianvärde 2

I 5 journaler fanns det osignerade texter.

## Övrigt

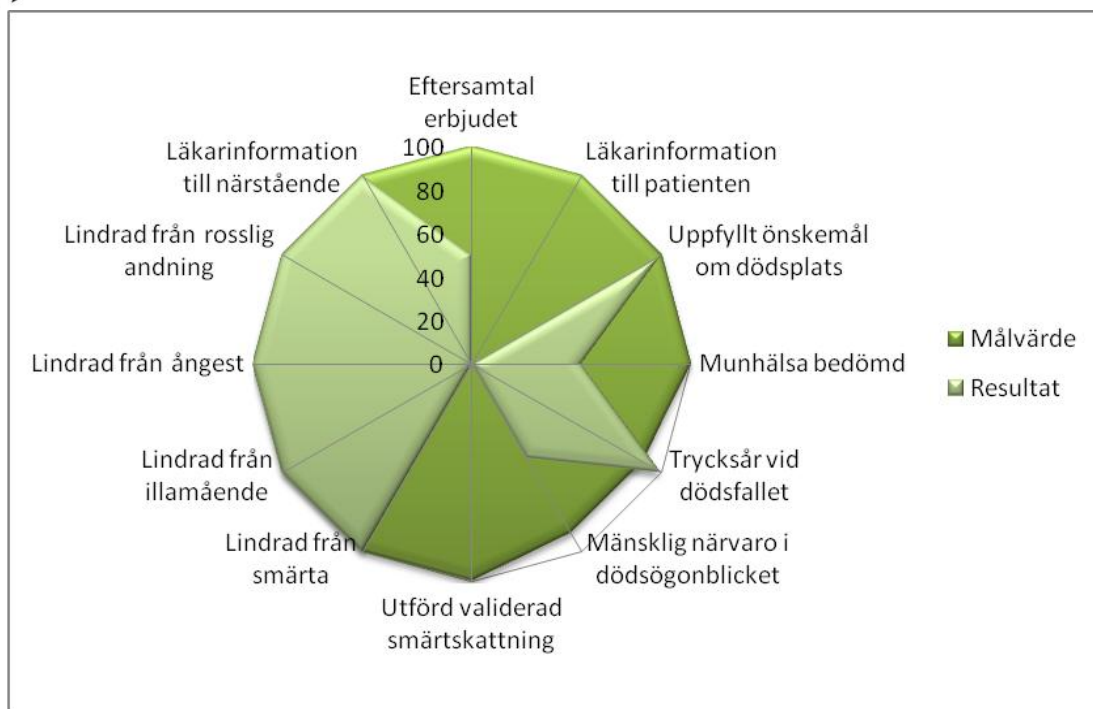
*Svenska palliativa registret.*

Samtliga avdelningar registrerar i Svenska palliativa registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet. I relation till månadsstatiken har cirka 100 % av de avlidna på Pilträdet registrerats i registret.



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

Antal vårdtillfällen i urvalet: 2



### 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 3 incidens (fall/100 vårdtagare). När det gäller Pneumoni 3, Sårinfektion 3, annan hud och mjukdelsinfektion 1 incidens (fall/100 vårdtagare). Se tabell Infektionsregistrering Kvartal 4, 2011 till Kvartal 3, 2012

### Senior alert sammanställning

Registreringar av genomförda riskbedömningar/Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index)

Enhet	2011 okt	nov	dec	2012 jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	Total
Kungsholmen Pilträdet servicehus	0	0	0	0	4	1	2	0	0	0	0	0	7

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*

#### **Sammanfattning**

Vid granskningen gick vi igenom och diskuterade enhetens skriftliga lokala rutiner för läkemedelshantering, kontroll gjordes av förvaring och narkotikakontroll i akut- och buffert förråd samt gjordes stickprovskontroll på förvaring av läkemedel hos de boende.

Den praktiska läkemedelshanteringens upplevs fungera bra på servicehuset, skriftliga rutiner är väl utformade, dock kan några kompletteringar/ändringar göras enligt förslag nedan.

#### **Uppföljning av föregående kvalitetsgranskning**

Flertalet förslag som gavs vid föregående granskning har genomförts, det som kvarstår är att:

- Komplettera Apo-dos rutinen med hur akuta ordinationsändringar ska hanteras.
- Se över pärmen med delegeringar och se till att den som tar emot en delegering också undertecknar denna.
- 

#### **Förslag till förbättringar**

- Se över dokument gällande ansvarsfördelning och uppdatera det eller ersätt det med dokument som finns från MAS.
- Vid uppdatering bör rutinen kompletteras med vem som utarbetat rutinerna och vem som godkänner dem.
- Dokumentation av läkemedel som iordningställs och administreras av sjuksköterska ska endast dokumenteras i Vodok enligt MAS riktlinjer. För att tydliggöra dokumentationen kan en mer specifik beskrivning göras i den lokala rutinen.
- Se till att alla listor med signaturförtydligande som sitter i de boendes pärmar är uppdaterade. Alternativt kan en lista förvaras i delegeringspärmerna som då skrivs på när delegering ges, vilket underlättar att hålla listan komplett, separat lista för sjuksköterskor måste då också upprättas.
- Rekommenderar att vid behovs läkemedel som ges och signeras av personalen skrivs längst ned på signeringslistan för att separera stående ordinationer, det bör tydlig framgå vilket läkemedel det är och att det ska ges vid behov.
- Uppdatera beställningsrutinen vid övergång till ny leverantör av läkemedel.

#### **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 anta-



let vårdtagare som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerat och haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för.

	<b>Antal vårdtagare som OAS-ansvarat för</b>
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	109
<b>1/10 2010 - 30/9 2011</b>	103
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	103

### **Byte av vårdform<sup>1</sup>**

Vårdtagare som behövt byta vårdform på dagtid och på jourtid har ökat något jämfört med 2010-2011 men lägre jämfört med 2009-2010.

	<b>Byte av vårdform till sjukhus - dagtid</b>	<b>Byte av vårdform till sjukhus - jourtid</b>	<b>Summa</b>
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	26	33	59
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	40	14	54
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	38	35	73

### **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 har minskat jämfört med tidigare år. Statistiken visar dock på att de flesta vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem.

	<b>Avlidna på - boendet</b>	<b>Avlidna på - annan plats tex. sjukhus</b>	<b>Summa</b>
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	2	3	5
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	22	6	28
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	11	11	22

### **Trycksår<sup>2</sup>**

Antalet trycksår har är samma jämfört med år 2011.

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

<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.



	Kategori 1 <sup>3</sup>	Kategori 2 <sup>3</sup>	Kategori 3 <sup>3</sup>	Kategori 4 <sup>3</sup>	Summa
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	1	2	1	0	4
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	2	1	1	0	4
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	2	3	1	0	6

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 minskt något jämfört föregående perioder. Även användandet av urinkateter har ökat något.

	Inkontinens - hjälpmedel	Kateter
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	37	6
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	40	4
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	59	7

### 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 ökat något jämfört med föregående perioder.

	Apodos	Dosett	Apodos + dosett	Summa
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	73	8	18	100
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	63	10	16	89
<b>1/10 2009 - 30/9</b>	65	6	15	86

<sup>3</sup> Sårrets 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.



<b>2010</b>				
-------------	--	--	--	--

### Ordinerade läkemedel<sup>2</sup>

Förbrukningen av fler läkemedel än tio har minskat jämfört med år 2011 och 2010. Övervägande har mindre än tio.

	<b>Mindre än tio ordinerade läkemedel</b>	<b>Mer än tio ordinerade läkemedel</b>	<b>Summa</b>
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	85	15	100
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	70	18	88
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	66	20	86

### Specifik omvårdnad<sup>2</sup>

Den specifika omvårdnaden har ökat jämfört med föregående perioder.

	<b>Specifik Omvårdnad</b> pegsond/ iv.dropp/ syrgas/ sug/ stort sår, respirator, mm	<b>Vårdrelaterade infektioner</b> MRSA/VRE/ESBL/ HEPATIT
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	11	1
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	8	2
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	9	2

### Riskbedömningar

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





### Pilträdet's servicehus

Genomförda riskbedömningar enligt MNA har ökat med 22 % och Norton med 24 % jämfört med föregående års period. Fallriskbedömning enligt Downton Fall har minskat med 14 %. När det gäller urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar så har det minskat med 2 %. Läkemedelsgenomgångar har ökat med 19 % jämfört med föregående period, se tabell nedan.

Kvalitetsindikatorn<sup>4</sup> andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende Downton Fall Risk är utförd var totalt på Pilträdet.

Kvalitetsindikatorn<sup>5</sup> andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende nutrition/malnutrition är utförd var totalt på Pilträdet.

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

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

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

<b>Totalt</b>	Downton Fall Risk	MNA	Norton
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	49 %	84 %	84 %
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	63 %	62 %	60 %
<b>1/10 2009 – 30/9 2010</b>	55 %	56 %	66 %

<b>Totalt</b>	Inkontinensutredning	Läkemedelsgenomgång
<b>1/11-2010- 30/9 2012</b>	19 %	67 %
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	21 %	48 %
<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 be-

<sup>4</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

<sup>5</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

<sup>6</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

<sup>7</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

<sup>8</sup> Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011



döma 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 sedan tidigare periods ökning om 8 %, minskat med 21 % sedan föregående period.

	ADL bedömning enligt Sunnås
<b>1/11-2011- 30/9 2012</b>	4 %
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	25 %
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	17 %

### 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 ligger på samma jämfört med föregående period men ökat jämfört med perioden tidigare.

	BMI
<b>1/11-2010- 30/9 2012</b>	37 %
<b>1/10-2010- 30/9 2011</b>	36 %
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	20 %

### Hälso- och sjukvårdspersonal

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

#### Sjuksköterskor

Antal boende/ tillgänglig plats	Sjuksköterska 1/10 2012	Sjuksköterska 1/10 2011	Sjuksköterska 1/10 2010
<b>Pilträdet</b>	33	33	33

#### Arbetsterapeuter

Antal boende/ tillgänglig plats	Arbetsterapeut 1/10 2012	Arbetsterapeut 1/10 2011	Arbetsterapeut 1/10 2010
<b>Pilträdet</b>	115	115	144

#### Sjukgymnast



<b>Antal boende/ tillgänglig plats</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2012</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2011</b>	<b>Sjukgymnast 1/10 2010</b>
<b>Pilträdet</b>	68	77	144

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §*

Ett avtal finns med Vårdhygien vilket innebär att Vårdhygien kan kontaktas för råd och rekommendationer samt genomföra hygienronder inom verksamheten. Vårdhygien tillhandahåller även utbildning för samtliga anställda på Pilträdes Servicehus.

Kungsholmens stadsdelsförvaltning har ett avtal med Apoteket där Apoteket ska utföra årliga granskningar Pilträdes servicehus utför läkemedelshanteringen.

### **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 också lokala rutiner för läkarorganisationen för Legevisitten Läkare/SÄBO och Serafen och Pilträdet Samverkansmöten mellan de olika aktörerna sker regelbundet under året.

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Under det gångna året har en riskanalys tagits fram avseende årets semesterplanering.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 §*

### **Avvikelse**

När en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra skada eller sjukdom hos en boende. Skrivs en avvikelse rapport som dokumenteras i vårt journalsystem. Avvikelsen rapporteras till MAS/MAR och närmas-



te chef. Varje avdelning analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelserna på teammöten och enskilt med berörda. Avvikelse hantering är en av grundstenarna i vårt förbättringsarbete och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser.

### **Enhetschef**

Enhetschefen har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten.

Enhetschef ansvarar vidare för att:

- riktlinjerna är kända och följs av all personal
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser
- regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser medberörd personal
- det finns rutiner på enheten så att medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

### **Omvårdnadsansvarig sjuksköterska**

Ansvarar för att:

- vidta de åtgärder som behövs för vårdtagarens säkerhet
- dokumentera åtgärder
- utreda orsaker till avvikelserna
- informera enhetschefen om avvikelserna
- rapportera allvarliga avvikelser till MAS
- informera vårdtagaren/närstående om avvikelserna

### **Sjukgymnast och Arbetsterapeut**

Ansvarar för att:

- medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter
- medverka i arbetet med avvikelser som rör rehabiliteringsfrågor
- dokumentera avvikelser rörande området rehabilitering
- utreda orsaker till avvikelser inom området rehabilitering och hjälpmedel

## **Avvikelser**

### **Inkomna avvikelser**

Inkomna avvikelser för perioden 2011-2012 ökat jämfört med samma period 2010-2011 men ligger fortfarande under jämfört med samma period 2009-2010. Under perioden har ingen avvikelse föranlett anmälan enligt Lex Maria.

	<b>Fall med skada</b>	<b>Läkemedel</b> (utebliven/förväxlat/dubbel dos)	<b>Övriga</b> MTP/brister i vårdkedjan/kommunikation	<b>Summa</b>



			tion/omvårdnad, dokumentation mm	
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	43	25	4	72
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	49	15	0	54
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	53	37	0	90

Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten.

### Fall avvikelser och Fallincidenter

Antalet registrerade fallavvikelser under perioden 2011-2012 är lägre i jämförelse med perioderna 2010-2011 och 2009-2010. En fallolycka under denna period ledde till fraktur.

	Fall med skada	Fall utan skada	Summa
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	43	115	158
<b>1/10 2010–30/9 2011</b>	49	164	213
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	53	153	206

### Läkemedels- och övriga avvikelser

Läkemedelsavvikelsena har för perioden 2011-2012 har ökat jämfört med 2011-2012 men minskat med jämfört med samma period 2009-2010. Övriga avvikelser har för perioden ökat jämfört med föregående perioder.

	Läkemedel Utebliven, Förväx- lat, Dubbel dos	Övriga MTP, brister i vårdkedjan, kommuni- kation, omvårdnad, do- kumentation mm	Summa
<b>1/10 2011-30/9-2012</b>	25	4	29
<b>1/10 2010 – 30/9 2011</b>	15	0	15
<b>1/10 2009 - 30/9 2010</b>	37	0	37

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Under året har ett tiotal klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten. Klagomålen har bland annat berört kvalitén på utförda insatser och bemötandet ifrån personalen.

Alla berörda brukare har blivit kontaktade, berörd personal informerad och i den mån vi har funnit brister så har vi åtgärdat dem. Klagomålen



och synpunkterna tas upp och diskuteras på teammöten och i andra forum på verksamheten. Om behövt resulterar det till nya rutiner och ett förändrat arbetssätt. Återkoppling på synpunkter/ klagomål har besvarats skriftligt och muntligt inom två veckor.

## **Sammanställning och analys**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

## **Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I samband med inskrivning av patienten så informerar vi deras närstående att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och gjorde åtgärder löpande. Närstående får delta i vårdplaneringar och i andra mötesforum. På så sätt kan närståendes kunskaper och erfarenheter om sin närståendes sjukdomstillstånd bättre tas tillvara.

## **Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### **ÅTAGANDE:**

#### **Att minska antalet förskrivna läkemedel per boende.**

Vi arbetar med läkemedelsgenomgång med symtomskattningskala och har haft kontinuerliga uppföljningar av den boendes allmäntillstånd. Under året kan man se att antalet läkemedel per boende till viss del har minskat men det är svårt att dra några entydiga slutsatser till just arbetet kring läkemedelsgenomgångar. Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat med 19 %.

### **ÅTAGANDE:**

#### **Att minska risken för fall och därmed även fallskador.**

Bråkarna har erbjudits att få stöd att förebygga och minska risken för fallskador. Målet för verksamhetsåret om att minska antalet fall med 10 % har uppnåtts. Under år 2012 har vi haft 156 fall, tre av fallolyckorna ledde till frakturer. Antalet fallriskbedömningar enligt Downton Fall minskade med 14 %, ett resultat som vi kommer att analysera och jobba vidare med under 2013.



**ÅTAGANDE:**

**Inga trycksår skall uppstå under tiden du vistas på Pilträdet servicehus.**

Samtliga brukare har under året fått den sårbehandling som krävts och inga trycksår har uppstått under tiden de vistats på Pilträdet.

**ÅTAGANDE:**

**Vid nedsatt funktionsförmåga efter sjukhusvistelse återgå till tidigare funktionsnivå.**

Rehabiliteringspersonalen har in den mån det varit möjligt att utföra rehabiliteringsinsatser uppnått ett gott resultat.

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

Målen 2013 för verksamheten på Pilträdet Servicehus

1. Anhöriga skall känna sig trygga och vara väl informerade om att det finns olika stödfunktioner som kan beviljas när behov uppstår
2. Boende har god vård och omsorg
3. Boende har stöd till en god matsituation
4. Boende har en meningsfull tillvaro
5. Boende blir respektfullt bemötta och är delaktiga
6. Boende är trygga

Strategi 2013

Samma strategier som för 2012 men mer fokus på riskbedömningar, hygien och inkontinensutredningar.

Fortsätta implementera Senior alert.

## **Bilagor**

<b>Sammanställning av avvikelse från 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011</b>	<b>Pilträdet Egen regi **115</b>		
--	--	--	--



<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011</b>	<b>Pilträdet Egen regi</b> **115		
<b>Fall med skada</b> allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.	<b>Fall utan skada</b>	<b>Läkemedel</b> Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos	<b>Övriga MTP</b> , brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm
43*	115*	25*	4*

<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011</b>	<b>Pilträdet Egen regi</b> **115		
<b>Fall med skada</b> allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.	<b>Fall utan skada</b>	<b>Läkemedel</b> Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos	<b>Övriga MTP</b> , brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm
49*	164*	15*	0*

<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010</b>	<b>Pilträdet Egen regi</b> **115		
<b>Fall med skada</b> allt fr. blåmärke, sårskada till fraktur.	<b>Fall utan skada</b>	<b>Läkemedel</b> Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos	<b>Övriga MTP</b> , brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm
53*	153*	37*	0*

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

<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2011 – till och med 30 september 2012</b>	<b>Pilträdet Egen regi</b> **115
<b>Byte av vårdform till sjukhus</b> - dagtid - jourtid	<b>Avlidna på</b> - boendet - annan plats
26*	2*
33*	3*





<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011</b>	<b>Pilträdet</b> <b>Egen regi</b> **115
<b>Byte av vårdform till sjukhus</b> - dagtid - jourtid	<b>Avlidna på</b> - boendet - annan plats
40*	22*
14*	6*

<b>Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010</b>	<b>Pilträdet</b> <b>Egen regi</b> **115
<b>Byte av vårdform till sjukhus</b> - dagtid - jourtid	<b>Avlidna på</b> - boendet - annan plats
38*	11*
35*	11*

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

<b>Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2011 – till och med 30 september 2012</b>	<b>Pilträdet</b> <b>Egen regi</b> *106 **115
<b>Trycksår</b> Stadium 1/2/3/4	1/2/1/0
<b>Inkontinens/ KAD</b>	37 6
<b>Specifik Om- Vårdnad sond/ dropp/ sug/ O<sub>2</sub>/ sår, resp. mm</b>	11
<b>Apodos</b>	73
<b>Dosett</b>	8
<b>Apodos +dosett</b>	19
<b>Mindre än åtta ord. läkemedel</b>	85
<b>Mer än åtta ord. läkemedel</b>	15



<b>Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2010</b>	<b>Pilträdet</b> <b>Egen regi</b> *103 **115
<b>Trycksår</b> Stadium 1/2/3/4	2/1/1/0
<b>Inkontinens/ KAD</b>	40 4
<b>Specifik Om- Vårdnad</b> sond/ dropp/ sug/ O <sub>2</sub> / sår, resp. mm	8
<b>Apodos</b>	63
<b>Dosett</b>	10
<b>Apodos +dosett</b>	16
<b>Mindre än åtta</b> ord. läke- medel	70
<b>Mer än åtta</b> ord. läkemedel	18

<b>Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010</b>	<b>Pilträdet</b> <b>Egen regi</b> *103 **115
<b>Trycksår</b> Stadium 1/2/3/4	2/3/1/0
<b>Inkontinens/ KAD</b>	59 7
<b>Specifik Om- Vårdnad</b> sond/ dropp/ sug/ O <sub>2</sub> / sår, resp. mm	9
<b>Apodos</b>	65
<b>Dosett</b>	6
<b>Apodos +dosett</b>	15
<b>Mindre än åtta</b> ord. läke- medel	66
<b>Mer än åtta</b> ord. läkemedel	20

\* 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



<b>Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2011 till 30 september 2012</b>	<b>Egen regi Pilträdet</b> **116
<b>*Downtown Fall Index</b>	49 procent
<b>*MNA</b>	84 procent
<b>*Norton</b>	84 procent
	<b>Egen regi Pilträdet</b> **** 126
<b>****Inkontinensutredning</b>	19procent
<b>****Läkemedelsgenomgångar</b>	67procent

<b>Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2010 till 30 september 2011</b>	<b>Egen regi Pilträdet</b> **106
<b>*Downtown Fall Index</b>	63 procent
<b>*MNA</b>	62procent
<b>*Norton</b>	60procent
	<b>Egen regi Pilträdet</b> **** 140
<b>****Inkontinensutredning</b>	21 procent
<b>****Läkemedelsgenomgångar</b>	48 procent

<b>Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2009 till 30 september 2010</b>	<b>Egen regi Pilträdet</b> **113
<b>*Downtown Fall Index</b>	55 procent
<b>*MNA</b>	56 procent
<b>*Norton</b>	66 procent
	<b>Egen regi Pilträdet</b> *** 165
<b>****Inkontinensutredning</b>	2 procent
<b>****Läkemedelsgenomgångar</b>	45 procent

\*Antalet boende med genomförd riskbedömning

\*\* Antal boende vid mätdatum

\*\*\*Antal pågående journaler under perioden

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



## Infektionsregistrering Kvartal 4- 2011 till Kvartal 3- 2012

Kungsholmens stad Pilträdet

	2012 Kvartal 1	2012 Kvartal 2	2012 Kvartal 3	2011 Kvartal 4	Totalt antal infektioner under året	Medel- värde per kvartal
<b>Totalt antal boende under pågående registrering</b>	107	110	112	105		109
<b>Antal boende med suprapubisk urinkateter</b>	0	0	0	0		0
<b>Antal boende med urinkateter via urinröret</b>	5	4	6	5		5
<b>Antal boende utan urinkateter</b>	102	106	106	100		104
<b>Indikation för antibiotikabehandling, antal nya fall:</b>						
Pneumoni	2	2	2	5	11	3
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	5	3	3	1	12	3
Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår)	2	4	5	1	12	3
Annan hud och mjukdelsinfektion (ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem)	2	1	0	0	3	1
Clostridium difficile-diarré	0	0	0	0	0	0
Annan infektion	0	0	0	4	4	1
<b>Utbrottsbenägna virusinfektioner, antal nya fall:</b>						
Influensa	0	0	0	0	0	0
Virusorsakad magsjuka	0	0	0	0	0	0
<b>Incidens (fall/100 vårdtagare):</b>						
Pneumoni	2	2	2	5	<b>Medelvärde</b>	3
Urinvägsinfektion hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter					#DIVISION/0!	
Urinvägsinfektion hos vårdtagare med urinkateter via urinröret	0	0	0	0		0
Urinvägsinfektion hos vårdtagare utan urinkateter	5	3	3	1		3
Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår)	2	4	4	1		3
Annan hud och mjukdelsinfektion (ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem)	2	1	0	0		1
Clostridium difficile-diarré	0	0	0	0		0
Annan infektion	0	0	0	4		1
Influensa	0	0	0	0		0
Virusorsakad magsjuka	0	0	0	0		0

