



## Patientsäkerhetsberättelse 2013

### MAS

### Djuröhemmet och Gustavsgården

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	sidan 3
Bakgrund	sidan 3
Övergripande mål och strategier	sidan 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	sidan 4
Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll	sidan 5
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	sidan 6
Samverkan för att förebygga vårdskador	sidan 10
Riskanalys	sidan 10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	sidan 11
Hantering av klagomål och synpunkter	sidan 11
Samverkan med patienter och närstående	sidan 11
Sammanställning och analys	sidan 11
Resultat	sidan 13
Övergripande mål och strategier för kommande år	sidan 16

## Sammanfattning

Inom Värmdö kommun arbetar vi för att uppnå en hög patientsäkerhet där den enskilde och dennes närstående kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och vårdpersonalen arbetar systematiskt för att minska risk för vårdskador och vårdskador. Ett omfattande förbättringsarbete har genomförts kring själva handläggningen av avvikelser och fallrapporter. De flesta avvikelser har skett inom området läkemedelshantering varvid detta område också varit föremål för olika genomgångar.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt under året inom en rad olika områden såsom att utföra riskbedömningar avseende fallrisk, risk att utveckla trycksår och att identifiera de boende som har en risk att falla. Under senare året har riskbedömningarna börjat att registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen pågår fortlöpande och kvaliteten i dokumentationen har förbättrats i jämförelse med 2012. Fokus har legat på att upprätta omvårdnadsplaner.

Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringstillägg har påbörjats under året och pågår.

När det gäller den interna samverkan har förbättringsarbetet framförallt varit inriktat på att skapa bra och tydliga former för informationsöverföring samt att fördela de dagliga arbetsinsatserna utifrån de boendes behov och medarbetares kompetens. Under året har teamets samlade betydelse lyfts utifrån en helhetssyn på den enskilde. Team möten och vårdplaneringsmöten har genomförts.

Patientsäkerhetsarbetet har stärkts ytterligare genom att verksamheterna har anslutit sig till Liverpool Care Pathway modellen (LCP). Detta är ett systematiskt arbetssätt att ge en kvalitetssäkrad vård i livet sista skede.

## Bakgrund

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

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:  
Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.  
Inspektionen för vård och omsorg, IVO kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.

Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, boende, andra vårdgivare och patientorganisationer. Vårdgivaren är skyldig att inrätta ett ledningssystem där patientsäkerhetsberättelsen är en del av ledningssystemet. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhetsarbete.

## **Övergripande mål och strategier**

Den enskilde ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete utifrån goda förutsättningar så att en säker vård av god kvalitet kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för boende, personal och övriga medborgare.

MAS har under året upprättat och implementerat flera riktlinjer för hälso- och sjukvårdsverksamheten som är en del i vårdgivarens ledningssystem. Till grund för detta arbete ligger "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet" enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9).

## **Mål 2013**

- Förbättra avvikelsehanteringen
- Förebygga fallskador och utveckla det fallförebyggande arbetet
- Minska antalet fall/fallskador
- Förbättra dokumentationen i omvårdnadsjournalen
- Förbättra och säkra rapportering och informationsöverföring
- Förebygga näringsbrist och säkerställa en god nutrition

## **Strategi**

Utföra vård och omsorgsinsatser som är grundade på evidens och utveckla det systematiska förbättringsarbetet

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **Vård och omsorgsstyrelsens ansvar**

Vård och omsorgsstyrelsen ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på att god hälso- och sjukvård upprätthålls. Vård och omsorgsstyrelsen ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

### **Verksamhetschefens ansvar**

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

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

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

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

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

MAS ansvarar för att anmäla risk för vårdskada eller vårdskada till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

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

Befattningshavaren ansvarar för de enskilda ledningsuppgifter som verksamhetschef skriftligt överlämnat till denne.

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

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

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

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter som inträffar i verksamheterna sker fortlöpande av verksamhetens medarbetare och ansvariga samt av MAS.

MAS har följt och följer detta arbete fortlöpande i avvikelssystemet i VIVA och i dialog med ansvariga i verksamheterna. MAS utreder avvikelser av allvarlig karaktär tillsammans med ansvariga i verksamheterna och fattar beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria.

Fortlöpande uppföljning har utförts/utförs också av MAS relaterat till specifika avvikelser som inträffar.

- En gång om året har det utförts en stor verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av MAS enligt fastställd metod som tas fram av MAS i samarbete med övriga deltagare i uppföljningsgruppen inom äldreheten inom Kundval och finansieringsavdelningen. Rapport

skrivs och verksamheterna upprättar handlingsplaner för ev. utvecklingsområden

- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan också ske oanmält eller relaterat till inkomna avvikelser eller klagomål
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker en gång per år av farmaceut. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Vårdhygienrond/genomgång sker en gång per år av hygiensjuksköterska från Vårdhygien
- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet
- Läkemedelsgenomgångar

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

### **Daglig planering och ansvarsfördelning**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet 2013 har varit att skapa bra rutiner för rapportering och ansvarsfördelning i det dagliga arbetet. Det har framkommit i avvikelshanteringen att denna del i det dagliga arbetet behöver utvecklas. Personalen behöver ett bra planeringsunderlag så att en tydlig ansvarsfördelning kan ske i den arbetsgrupp som ska arbeta relaterat till medarbetarens kompetens och erfarenhet för olika insatser som ska ges till den enskilde.

Verksamheterna har prövat sig fram med olika modeller.

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

MAS har formulerat en ny riktlinje för det fallförebyggande arbetet under 2013 och verksamheterna har påbörjat ett arbete med att arbeta i team kring den enskildes behov av vård och omsorg. Fokus har legat mycket på att skapa strukturerad samverkan runt den enskildes behov av fallförebyggande åtgärder för att förhindra ytterligare fall. Samtliga yrkeskategorier deltar enligt ett planerat schema för de olika avdelningarna. Under året har verksamheterna skapat lokala rutiner/processbeskrivningar för hur de ska arbeta med fallpreventiva åtgärder och samverkansformer.

### **Fallriskförebyggande arbete**

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Orsaker till att äldre faller är nedsatt muskelstyrka, balans och gångsvårigheter, syn, nedsatt reaktionsförmåga, inaktivitet och biverkningar av läkemedelsbehandling. Detta kan förebyggas med utprovning av rätt hjälpmedel samt undervisning till den

enskilde och personal. Träning i form av att kunna utföra gång i den omfattning den enskilde orkar i den dagliga livsföringen och balansträning är viktig för att behålla eller träna upp funktioner. Det är viktigt att fortlöpande gå igenom de läkemedel som den enskilde relaterat till ev. biverkningar som kan ha betydelse i ett fallförebyggande syfte. Anpassning av miljö samt individuellt utformad tillsyn är andra viktiga säkerhetsåtgärder.

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

Vid inflyttning till särskilt boende har den enskilde rätt att få en fallriskbedömning utförd samt information om resultat av denna. Den enskilde och i förkommande fall närstående ska vara delaktiga i vårdplanens upprättande.

Den enskilde med fallrisk ska ha en upprättad vårdplan. De åtgärder som presenteras av personal ska den enskilde informeras om där det går att se vilka individanpassade åtgärder som är utformade för att hindra fallincidenter och allvarliga skador.

Det är viktigt att personalen har förutsättningar att följa de ordinationer som finns formulerade av legitimerad personal t.ex. att få rätt hjälp vid förflyttningar av en eller två medarbetare, att få tillsyn och stöd att gå på toaletten innan det blir så akut att den enskilde ringer på klockan, väntar på personal som kanske är upptagna och börjar gå själv och faller i samband med detta.

Samtliga medarbetare har påbörjat ett arbete med att arbeta i team kring den enskilde för att skapa en gemensam målbild och varför vissa insatser behöver utföras i ett fallförebyggande syfte.

## **Nutrition**

Kosten som serveras på särskilda boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) som är ett instrument som används för att upptäcka risk för undernäring relaterat till ev. nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät och sväljsvårigheter, problem med tänder osv. Alla problem kring dokumentationen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Sjuksköterskan kan ordinera olika specialkost vid behov samt ordinera näringstillskott.

Personer med ätsvårigheter har oftast ett stort omvårdnadsbehov. Det är viktigt att det finns tid för att kunna genomföra matningar på ett professionellt sätt i lugnt tempo. Under året har verksamheterna arbetat med att göra riskbedömningar för att hitta boende som är i riskzon för att bli undernärda samt de som är undernärda. Vårdplaner har upprättats och åtgärder har

vidtagits.

### **Sondmatning**

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

### **Nattfasta**

Tiden från dagens sista måltid fram till första måltid på morgonen efter utgör den aktuella nattfastan. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Är nattfastan längre omvandlas kroppens byggstenar till energi vilket leder till förlust av viktiga proteiner. Verksamheterna har påbörjat ett arbete med att skapa rutiner, erbjuda och servera nattmål för de boende för att bryta nattfastan.

### **Trycksårsförebyggande arbete**

Ett trycksår orsakas av att cirkulationen i ett område av huden har försämrats på grund av tryck.

Om en del av huden utsätts för ett ihållande tryck påverkas cirkulationen i området snabbt. Om man är frisk och rörlig känner man obehag av den försämrade cirkulationen och byter ställning så att man till exempel sätter sig annorlunda på stolen eller lägger sig bekvämare i sängen.

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar.

### **Symtom**

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

MAS har under 2013 skrivit en riktlinje för trycksårsförebyggande arbete

Under året har verksamheternas medarbetare arbetat med att göra riskbedömningar enligt Nortonskalan (instrument för att mäta risk att utveckla trycksår) samt upprättat vårdplaner för de boende med risk för att få trycksår eller i de fall den enskilde redan haft ett trycksår. En del trycksår uppstår i den egna verksamheten men det är inte ovanligt att den enskilde redan har ett



trycksår som uppstått hos annan vårdgivare.

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

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

Arbetet i gruppen utmynnade i att det uttalades ett önskemål om att ansluta sig till LCP modellen (Liverpool Care Pathway). LCP modellen är ursprungligen framtagen i England och sprungen ur hospicevården. I Sverige är det Palliativ Utvecklingscentrum i Lund som administrerar LCP.

LCP modellen är ett strukturerat instrument som är indelat i tre steg. Det första avsnittet ansvarar läkare för. Det andra steget beskriver ett systematiskt arbetssätt under sista tiden i livet före döden inträder. Det tredje avsnittet handlar om kontakt och information till efterlevande.

Arbetet presenterades för chefer på olika nivåer samt samtlig legitimerad personal.

### **Rehabilitering**

En rehabiliteringsjournal ska upprättas vid inflyttning på särskilt boende. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska och kontaktperson även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast närvara. Hjälpmedel ska utprovas individuellt och förskrivas. Användningen av hjälpmedel ska följas upp. ADL (allmän daglig livsföring) ska utföras och dokumenteras i journalen.

Sjukgymnasten utför en förflyttningsbedömning för att bedöma den enskildes behov av stöd i samband med förflyttningar. Denna bedömning ska dokumenteras i journalen. Den personal som stödjer den enskilde vid förflyttningar ska känna till ordinationen och följa den för att minska risk för fallskador. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har under året arbetat med att reviderat och upprättat rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenteras för rehabilitering.

### **Mun och tandvård**

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

### **Hygien**

Under året har granskning skett av hygiensköterska från Vårdhygien. Även utbildning till personal har genomförts. Självskattningsskalor för att utvärdera verksamhetens arbete utifrån att följa de basala hygien rutiner har genomförts i verksamheterna. MAS har följt upp vårdhygienområdet i de årliga uppföljningarna. Självskattningsskalan är en temperaturmätning av hur verksamhetens medarbetare följer de hygienrutiner som finns. Varje medarbetare fyller i en liten enkät efter arbetspassets slut där frågor besvaras. Ledningen kan sedan göra en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna efterlevs.

### **Läkemedelsanvändning**

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

I läkarorganisationernas avtal med Stockholms Läns Landsting ingår att utföra läkemedelsgenomgångar.

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

- Under året har det pågått ett utvecklingsarbete med att arbeta med samverkan internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts där MAS, chefer och legitimerad personal deltagit
- MAS/rehab möten mellan MAS, sjukgymnaster/arbetsterapeuter har genomförts
- Samverkan i respektive verksamhet mellan MAS, verksamhetschef och sjuksköterska med ansvar för enskilda ledningsuppdrag enligt HSL§30 har skett med tät frekvens särskilt på Gustavsgården

### **Risakanalys**

Det finns ingen enhetlig framtagen mall för riskanalys för förvaltningen. MAS använder riskanalys enligt Socialstyrelsen. Riskanalys utförs vid utredningar där risk för vårdskada eller konstaterad vårdskada uppstått.

Verksamheterna utför riskanalyser t.ex. vid organisationsförändringar, inför sommarplanering etc.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet Avvikelse - fallincidenter**

Varje medarbetare inom vård och omsorgsverksamhet rapporterar avvikelser och fallincidenter i det datasystem som används (VIVA).

När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelse rapport. Den

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

Sjuksköterskor med enligt ledningsuppdrag i de bägge verksamheterna har ansvar även för avvikelser enligt HSL. Dessa sjuksköterskor är bra kontaktpersoner till MAS då det gäller avvikelser och avvikelshanteringen samt för hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheterna.

Om det finns risk för vårdskada eller om vårdskada uppstått ska MAS kontaktas. MAS har en fortlöpande insyn dagligen och följer handläggningen av de avvikelser som rapporteras i VIVA.

MAS sammanställer de rapporter och avvikelser som rapporteras en gång per år till Vård och omsorgsstyrelsen.

En fortlöpande samverkan mellan MAS och stab inom Pro-v samt verksamheterna sker fortlöpande.

Om MAS anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarigare avvikelse/risk för vårdskada/vårdskada gör hon denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Det kan också göras en utredning av MAS om avvikelser inom samma område uppstår frekvent i någon verksamhet. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt delegation från vårdgivare. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsstyrelsen och produktionschef. MAS informerar också boende/närstående och involverad personal både när anmälan görs samt när beslut kommer från IVO. Sjuksköterskor med enskilt ledningsuppdrag ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

### **Klagomål och synpunkter**

Det har inte inkommit några klagomål avseende hälso- och sjukvårdsinsatser till MAS

### **Samverkan med patienter och närstående**

Att skapa delaktighet för den enskilde i planering, vilka mål som sätts samt delaktighet i resultat skapar en delaktighet för den enskilde. Regelbundna vårdplaneringsmöten. Verksamheterna har inbjudit till vårdplaneringsmöten under året.

### **Utredning, analys och sammanställning**

## Klagomål

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

- Klagomål som inkommer till MAS utreds av denne.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

En fortlöpande granskning av inkomna avvikelser har skett av MAS under året Dialog kring åtgärder har förts i dialog med verksamheterna Utredningar har utförts av MAS i samverkan med verksamheternas medarbetare.

## Resultat

### Strukturmått

Genomgång/information/Implementering kring nya riktlinjer/styrdokument har skett av MAS inom följande områden för legitimerad personal

- Riktlinje trycksår och trycksårspåbyggande arbete till legitimerad personal
- Riktlinje kring fallprevention till legitimerad personal
- Riktlinje nutrition till legitimerad personal
- Riktlinje logg och logghantering till legitimerad personal
- Riktlinje för samtycke och direktåtkomst av journal till legitimerad personal
- Information/utbildning kring arbete med nutrition till Gustavsgårdens personal
- Information/utbildning till C husets personal kring fallförebyggande arbete enligt ny riktlinje

### Processmått

- Handläggningen av avvikelser och fallrapporter har förbättrats
- Antalet fall och avvikelser har minskat generellt sett i jämförelse med 2012

- Dokumentation i omvårdnadsjournalerna har förbättrats
- Ansvarsfördelning och rapportering i det dagliga arbetet har förbättrats
- Arbetet med att upptäcka näringsbrist och erbjuda en fullgod nutrition har förbättrats
- Arbetet med att förebygga fallskador har förbättrats
- Arbetsgrupp palliativ vård i livets slut slutfört sitt arbete

### Resultatmått

#### Riskbedömningar trycksår

Antal utförda riskbedömningar enligt Nortonskalan (trycksår)

Antal boende som hade en risk att utveckla trycksår/redan hade ett trycksår	23
Antal trycksår som uppstått i den egna verksamheten	3
Antal boende som hade trycksår redan vid inflyttningen	1

I MAS kartläggning september

I de bägge verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt.

#### Munhälsobedömning

Antal boende som tackat ja till munhälsobedömning	107
Antal boende som tackat nej till munhälsobedömning	10

MAS kartläggning september 2013

#### Läkemedel

Antal boende som hade erhållit läkemedelsgenomgångar i verksamheterna under 2013	129
Antal boende som hade 10 läkemedel eller mer samtidigt ordinerat	35

MAS kartläggning september 2013

#### Öppna jämförelser läkemedelsbehandling – Socialstyrelsen 2013

	<b>Andel i %</b>	<b>Kommun-ranking</b>
Andel som behandlats med 10 läkemedel eller fler samtidigt	17,7	118
Andel äldre som behandlats med antipsykotiska		

läkemedel	5,3	87
Andel boende som upplevde ängslan, oro eller ångest på särskilt boende	16	Snittvärdet för riket är 13

Samtliga särskilda boenden i Värmdö kommun

## Riskbedömning nutrition och ätande

### Undernäring

Antal som bedömdes ha risk för undernäring/var undernärd	59
--	----

### Måltidsstöd

Antal boende som kunde klara sin måltidssituation och äta helt självständigt	77
Antal boende som behövde hjälp att skära maten men även annat stöd under måltiden var	27
Antal som behövde få hjälp med matning var	20

I MAS kartläggning september 2013

### Öppna jämförelser – Socialstyrelsen 2013

Upplevelser av smak och trivsel vid måltider	Andel i %	Kommun ranking
Andel boende som uppgav att maten smakar mycket eller ganska bra	67	238
Andel boende som uppgav att de uppfattade att måltiderna alltid eller oftast är en trevlig stund	64	214

## Förflyttningar

### Säkra förflyttningar

Antal boende med konstaterad fallrisk	83
Antal boende som behöver hjälp av minst en personal vid förflyttning	53
Antal boende som behöver hjälp av minst två personal vid förflyttning	30

I MAS kartläggning september 2013

83 boende har behov av stöd vid förflyttningar av en eller två personal för att förflyttas säkert och det är en viktig och stor del av personalens vardag att planera, organisera och genomföra och ge de insatser så att boende kan erhålla säkra förflyttningar och vardagsaktivering för att förhindra fallskador men också i syfte att bibehålla sina funktioner.

### Balansträning

Antal boende som erhöll balansträning av arbetsterapeut/sjukgymnast	19
---	----

### Avvikelser och fallrapporter sammantaget särskilda boendeformer

<i>Verksamhet</i>	<i>Avvikelser</i>	<i>Fallrapporter</i>	<i>Summa</i>
Gustavsgården	381	346	727
Djuröhemmet	155	73	228
<i>Summa</i>	536	419	955

### Uppkomna skador relaterat till rapporterade fall

<i>Sårskada/ skrubbsår</i>	<i>Blåmärke/ svullnad</i>	<i>Stukning/ vrickning</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Summa</i>
62	59	4	11	136/419

### Avvikelser och fallrapporter 130101 - 131231 Gustavsgården 101 lägenheter

Fördelning per hus

<i>Hus</i>	<i>Avvikelser</i>	<i>Fallrapporter</i>	<i>Summa</i>
B huset	35	48	83
C huset	194	169	363
D huset	152	129	261
<i>Summa</i>	381	346	607

I jämförelse med siffrorna från 2012 har avvikelserna minskat i antal från 423 till 381 för 2013. Däremot har fallrapporterna ökat något från 2012 med 333 till 346 för 2013.

Ökningen av fall har skett på Gustavsgården framförallt C huset.

Avvikelser har skett främst inom området läkemedelshantering och avvikelserna berör själva utdelningen av läkemedel av delegerad personal, brist i hantering av golvlarm och omvårdnad.

C huset avviker från de andra enheterna under kväll och natt genom att det där sker flest avvikelser. C2 är speciellt belastat av avvikelser och fallincidenter.

En anmälan är lämnad till IVO enligt Lex Maria

### Avvikelser och fallrapporter 130101 - 131231 Djuröhemmet, 42 platser

Fördelning per avdelning

<i>Hus</i>	<i>Avvikelser</i>	<i>Fallrapporter</i>	<i>Summa</i>
Lillskär	21	19	40
Kobben	54	21	75
Storskär	80	33	113
<i>Summa</i>	155	73	228

Såväl avvikelser och fallincidenter har minskat under 2013 på Djuröhemmet. För år 2012 hade 129 fall inträffat mot 73 under 2013. Avvikelserna har minskat

från 186 2012 till 155 för året 2013.

Avvikelse har skett främst inom området läkemedelshandling. En tredjedel av avvikelser inom detta område gäller sjuksköterskans iordningställande i dosetter.

Ingen anmälan enligt Lex Maria.

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

### **Avvikelse och avvikelshantering**

Bägge verksamheterna behöver arbeta med att minska ner avvikelser inom läkemedelshandlingen. Likaså behöver arbetet fortsätta med att skapa goda handläggningsrutiner av avvikelserapporter, fallrapporter samt utvärdering av resultat av de vidtagna åtgärder. Fortsätta arbete med att implementera arbetsätt kring verksamhetsanalys av avvikelser, återföring kring resultat till medarbetare.

Nytt system för att rapportera och dokumentera avvikelser och fallrapporter kommer att tas i bruk under 2014.

### **Fallförebyggande arbete**

Bägge verksamheterna behöver arbeta med att stärka teamarbetet i syfte att definiera och följa upp individanpassade planer fortlöpande samt använda multifaktoriella åtgärder i det förebyggande arbetet. Toalettassistans och tillsyn behöver bli individanpassad utifrån den enskildes behov och vanor.

Samtliga boende 100 % av de med fallrisk ska ha en upprättad vårdplan med omvårdnads mål, samt omvårdnadsåtgärder.

### **Kvalitetssäkrad inkontinensvård**

En arbetsgrupp som sammankallas och leds av MAS ska ta fram en evidensbaserad arbetsmetod för kvalitetssäkrad inkontinensvård.

Ny riktlinje kommer att tas fram av MAS och implementeringsarbetet kommer att påbörjas under hösten 2014.

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

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetsätt(enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) ska fortsätta och intensifieras. Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån det personcentrerade arbetsättet.

Planering behöver ske under året för att en anslutning till BPSD registret ska kunna genomföras

### **Delaktighet i vård och behandling**

Arbetet med att skapa delaktighet för de boende och deras närstående i



vårdplaneringsmöten samt utvärdering av mål och utförda insatser ska fortsätta.

### **Palliativ vård i livets slutskede**

Utbildningar kommer att ges till medarbetare under året kring arbetsmetoder inom LCP modellen och implementeringen kommer att pågå under året. Samtliga avlidna 100 % ska vara registrerade i Svenska Palliativregistret. Demenssjuusköterska kommer att genomföra en studiecirkel om döden för sjuksköterskor.

### **Senior alert**

Samtliga riskbedömningar 100 % avseende nutrition, trycksårsrisk och fallrisk ska ske i Senior alert. Samtliga boende ska ha erbjudits/erhållit munhälsobedömning enligt ROAG.

### **Nutrition**

Fortsatt implementering av systematiskt arbete med att göra riskbedömningar. De boende ska erhålla en fullgod nutrition utifrån individuella behov. Att utforma arbetsmetoder för att bryta ofrivillig nattfasta är prioriterat. Samtliga boende 100 % ska ha erbjudits kvälls och/eller nattmål som ska vara dokumenterat i omvårdnadsjournalens vårdplan.

### **Ledningssystem**

Slutföra arbetet med att skapa ett fullödigt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån regelverkets krav.

Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska