



Handläggare
Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Kvalitets- och utvecklingsavdelningen
Vård- och omsorgsnämnden

Diarienummer
2016 VON/0016

Patientsäkerhetsberättelse för 2015

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Äldreomsorg - Särskilda boenden inom Värmdö kommun

Innehållsförteckning

Inledning	sidan 3
Sammanfattning	sidan 3
Bakgrund	sidan 4
Övergripande mål och strategier	sidan 5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	sidan 6
Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll	sidan 6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	sidan 7
Samverkan för att förebygga vårdskador	sidan 12
Riskanalys	sidan 12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	sidan 13
Hantering av klagomål och synpunkter	sidan 14
Samverkan med patienter och närstående	sidan 14
Sammanställning och analys	sidan 14
Resultat	sidan 16
- Strukturmått	
- Processmått	
- Resultatmått - Indikatorer för hälso- och sjukvård	
Övergripande mål och strategier för kommande år	sidan 29



Inledning

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

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

Från SKL

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

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

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

Ur Motion 61 – Personcentrerad vård, SKL 2015

Sammanfattning

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

Förbättringsarbetet kring handläggning av avvikelserna utvecklas hela tiden. De flesta avvikelser har skett inom området läkemedelshantering och fall varvid dessa områden också varit föremål för olika genomgångar och utredningar för att därigenom kunna analysera orsak till det inträffade och på så vis har riktade åtgärder kunnat vidtas. När det gäller fallincidenter är det personer med demenssjukdomar och kognitiv nedsättning som står för flertalet fall.

Stora arbetsinsatser har genomförts i verksamheterna kring det fallpreventiva arbetet. Ett fortsatt

arbete behöver ske i syfte att minska fallskador. Verksamheternas personal och ledning behöver fortsätta arbetet med att engagera hela teamet runt den boende som bl.a. inkluderar, riskbedömning, patientundervisning och delaktighet samt behövlig tillsyn för den enskilde.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt under året inom en rad olika områden t.ex. att utföra riskbedömningar avseende fallrisk, risk att utveckla trycksår och att identifiera de boende som har en risk att bli undernärda. Under året har riskbedömningarna registrerats i Senior alert (nationellt kvalitetsregister) i större utsträckning än förra året. Gustavsgården har kommit längst med att registrera riskbedömningar i Senior alert.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen, utifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2014. Kvaliteten i dokumentationen har generellt förbättrats i jämförelse med 2013. Fokus har legat på att samla teamets kompetens för att på bästa sätt kunna uppfylla den enskildes behov och för att bibehålla och stärka kvarvarande resurser hos den enskilde. Ett arbete med att skapa delaktighet för den enskilde och dennes närstående i vårdens planering, genomförande och utvärdering har påbörjats och indikatorerna visar bättre resultat nu än tidigare.

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

När det gäller den interna samverkan i de olika verksamheterna har förbättringsarbetet som igångsattes 2013 fortsatt utvecklats till en ofta bättre fungerande ansvars och arbetsfördelning i det dagliga arbetet. Verksamheterna har framförallt fortsatt arbetet med att skapa bra och tydliga former för informationsöverföring och teamsamverkan mellan de olika yrkesgrupperna. Samtliga personalkategorier möts fortlöpande med viss bestämd frekvens eller då behov uppstår t.ex. efter en boende har varit med om en fallincident. Team möten och vårdplaneringsmöten har genomförts på samtliga särskilda boenden.

Arbetsätt ute i verksamheterna har kvalitetssäkrats och förfinats. Ett område är fördelning och ansvar för dagens uppgifter utifrån de boendes behov som tydligt förbättrats vilket framgår i de sjunkande siffrorna för avvikelser och fall. Läkemedelsavvikelseerna har minskat genom flertalet vidtagna åtgärder men detta arbete behöver fortgå för att uppnå lagstiftningens mål att läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig. Under året har teamets samlade betydelse lyfts utifrån en helhetssyn på den enskilde. Team möten och vårdplaneringsmöten har genomförts på samtliga boenden.

Arbetet med vård i livets slutskede har tagit fart på allvar vilket syns i utdrag från Svenska Palliativregistret.

Bakgrund

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

- Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

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

I Värmdö kommun skriver MAS en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som varje utförare skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet.

Övergripande mål och strategier

Den enskilde ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med vården. Den enskilde ska på ett naturligt sätt erbjudas att själv vara delaktig i de beslut som fattas kring planering och utvärdering och som dokumenteras på de olika planerna för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete utifrån goda förutsättningar så att en säker vård av god kvalitet kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för boende, personal och övriga medborgare.

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

Mål 2015

- Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt med tydlig dokumentation i omvårdnadsjournalen
- Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga.
- Att i högre grad föreslå och pröva omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel
- Att öka registrering i Senior Alert till 90 %

Strategi

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vård och omsorgsnämndens ansvar

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

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

Verksamhetschefens ansvar

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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

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

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

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

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

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

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

(Gäller verksamhetschefens arbetsområde)

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

Icke legitimerad yrkesutövare

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

Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter som inträffar i

verksamheterna sker fortlöpande av verksamhetens medarbetare och hälso- och sjukvårdsansvariga samt av MAS.

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

- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av MAS enligt fastställd metod som tas fram av MAS i samarbete med övriga deltagare i uppföljningsgruppen. Rapport skrivs och verksamheterna upprättar handlingsplaner för ev. utvecklingsområden. Ny uppföljning sker då åtgärder ska ha genomförts
- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan också ske oanmält eller relaterat till inkomna avvikelser eller klagomål
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker en gång per år av farmaceut. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Vårdhygienrund/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet
- Läkemedelsgenomgångar som läkare ansvarar för att genomföra tillsammans med personal på boendet
- Fortlöpande granskning av omvårdnads dokumentation vid verksamhetsuppföljning och som stickprov
- Kartläggning av vårdbehov och mätning av indikatorer för utförda hälso- och sjukvårdsinsatser sker årligen av MAS inom de särskilda boendeformerna.
- Samverkansmöten med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan MAS och boendets ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet sker varje månad.
- Stormöten inom HSL med samtliga utförare inom kommunens särskilda boendeformer för äldre sker en gång per termin. På dessa möten medverkar chefer och all hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet med dessa möten är att verksamheterna berättar om sina framgångsfaktorer och hur de t.ex. har lyckats komma närmare de satta mål eller uppfyllt målområden inom ett område i vården.

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

Personcentrerad omvårdnad och omsorg

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad



omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom). För detta krävs utbildning och fortlöpande kompetensutveckling av personal samt en hög grad av empatiskt förhållningssätt. Även för de personer som inte har en demenssjukdom ska vård- och omsorg utformas utifrån ett personcentrerat synsätt.

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

Det innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bemöter den enskilde som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner.

Personalen strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes eget perspektiv. Den demenssjuke ska ses som en aktiv samverkanspartner

Personal bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen och strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen. Personalen försöker upprätta en relation till den demenssjuke och dess närstående. Ett arbete med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg har påbörjats i verksamheterna under 2014 och fortsätter under 2015.

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

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

Enligt de Nationella riktlinjerna bör boendeenheterna vara småskaliga, ingen exakt siffra anges men 6-8 personer per enhet anges som en lämplig siffra. Lugn miljö är mycket viktigt eftersom personer med demenssjukdom är mycket stresskänsliga. Miljön i övrigt bör också anpassas vad det gäller t ex färgval, ljussättning, ljudnivå mm. Långa korridorer uppmuntrar t ex till vandringsbeteende vilket kan vara mycket tröttande för en person med svår demenssjukdom. Den miljöanpassning som krävs för personer med demenssjukdom kan vara svår att tillgodose på en avdelning som är avsedd för somatisk vård. Placering av personer med demenssjukdom på somatiska enheter har ökat under 2015. Alla personer med demenssjukdom har rätt till en jämlik vård av god kvalitet av personal som har kompetens för detta arbete.

Medförfattare i detta stycke har varit demenssjuksköterska Inger Ekroth

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

Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov

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

Under året har utförarna fortsatt att omsätta sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. Samtliga utförare har genomfört team möten med olika deltagande

yrkeskategorier enligt en viss struktur.

Fallriskförebyggande arbete

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

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

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

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

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

Lokalernas utformning har en avgörande betydelse för hur personalen ska kunna ha uppsikt över framförallt de personer som har en kognitiv nedsättning med fallrisk.

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

Nutrition

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

Kosten som serveras på särskilda boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre

har. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar.

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

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

Senior alert – Ett nationellt kvalitetsregister

Senior är ett nationellt kvalitetsregister där det finns möjlighet att registrera riskbedömningar för att hitta personer som kan ha risk för undernäring, fallrisk samt trycksårskick. Samtliga särskilda boenden ska använda systemet. Arbetet med att börja använda Senior alert har gått trögt. Utbildningssatsningar har arrangerats och genomförts via Nestors försorg ute i de olika verksamheterna. Gustavsgården är det särskilda boende som har kommit längst i att använda Senior alert.

Sondmatning

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

Ett fåtal boende får sin näring via PEG sond matning.

Nattfasta

Tiden från dagens sista måltid fram till första måltid på morgonen efter utgör den aktuella nattfastan. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Är nattfastan längre omvandlas kroppens byggstenar till energi vilket leder till förlust av viktiga proteiner. Verksamheterna har fortsatt arbetet med att göra riskbedömningar för att upptäcka risk/undernäringstillstånd. Ett större antal vårdplaner för de boendes nutrition. Ett viktigt arbete har också varit att tillse att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig. En samlad indikator s.k. ”nattfastemätningar” genomförs av MAS tre gånger per år. Verksamheterna redovisar ett antal indikatorer på utförda satsningar kring nattfasta och nattmål. Resultaten från dessa mätningar har visat ett behov av att fortsätta insatser krävs för att få fullt genomslag.

Trycksårförebyggande arbete

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

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan

göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar. Det är få trycksår som uppstått i verksamheterna. Varje boende som flyttar in på särskilt boende ska få en riskbedömning utförd av sjuksköterska för att upptäcka om det finns risk för trycksår eller om trycksår redan finns. Vid risk för sår eller förekomst av trycksår upprättas en vårdplan.

Symtom på trycksår

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

Under året har verksamheternas medarbetare arbetat med att göra riskbedömningar enligt Nortonskalan (instrument för att mäta risk att utveckla trycksår) samt upprättat vårdplaner för de boende med risk för att få trycksår eller i de fall den enskilde redan haft ett trycksår. En del mycket få trycksår uppstår i den egna verksamheten. I ett fåtal fall kan trycksåret ha uppstått hos annan vårdgivare t.ex. slutenvården.

Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret

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

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

LCP modellen är ett strukturerat instrument som är indelat i olika steg.

Ett nationellt arbete pågår med experter inom den palliativa vården som kommer att utmyнна i att det tas fram en nationell vårdplan för vård i livets slutskede. Fram till dess så används LCP planen i egen regi verksamheterna.

De privata utförarna arbetar utifrån de nationella riktlinjerna för palliativ vård i livets slutskede. Under 2015 har det inte gått att ansluta nya enheter till LCP då den nya nationella vårdplanen för vård i livets slutskede kommer att ersätta LCP dokumenten. Principerna för vård i livets slutskede kommer att kvarstå till stora delar i den nya nationella planen.

Rehabilitering

En rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning på särskilt boende. Vid vårdplaneringar är det en målsättning att förutom sjuksköterska och kontaktperson även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut närvarar. Hjälpmedel utprovas individuellt och förskrivs.

Användningen av hjälpmedel följs upp.

ADL (allmän daglig livsföring) utförs och dokumenterats i journalen.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten utför förflyttningsbedömning för att bedöma den enskildes

behov av stöd i samband med förflyttningar. Denna bedömning har 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/fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar fortlopande med att revidera och upprätta rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenterats för rehabilitering. Ett annat stort område har varit att delta med sina kompetenser på team möten i verksamheterna samt hållit förflyttningsutbildningar.

Mun och tandvård

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

De flesta boende inom särskilda boendeformer har under året tackat ja till erbjudandet.

Hygien

Under året har granskning skett av hygiensköterska från Vårdhygien. Självskattning enligt instrument från Vårdhygien har utförts i samtliga verksamheter. Denna skattning (egenkontroll) görs för att utvärdera i vilken grad verksamhetens medarbetare följer de basala hygien rutiner i verksamheterna. Ledningen kan sedan göra en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna efterlevs. Självskattningskontroller utförs i samtliga verksamheter.

Läkemedelsanvändning

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum och rutiner internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts i större grupp och i mindre grupper i varje verksamhet där MAS, chefer och legitimerad personal deltagit
- Möten med primärvården har genomförts
- Ett arbete med externa aktörer som primärvård, kommunen samt geriatrik och slutenvård har inletts under 2015 genom Nestors försorg och kommer att fortsätta under 2016. Syftet med detta arbete är att få till samverkansavtal inom vissa områden.
- MAS ingår i ett nätverk i Nestor, att arbeta vidare med de nationella kvalitetsregistren. Arbetet kommer att fortgå under 2016.

Risikanalys

I det nya avvikelssystemet DF respons som togs i bruk i maj 2014 finns en modul kring



riskanalys. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. MAS använder även riskanalys enligt Socialstyrelsen vid större utredningar och anmälningsärenden. Riskanalys i DF respons har i de flesta fall utförts vid utredningar av avvikelser och i de fall en avvikelse rapporterats som en lex Maria anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Verksamheterna utför även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering etc. Riskanalys ingår även som en del av det nya ledningssystemet i verksamhetssystemet ”Stratsys”.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

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

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

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

Om MAS anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarigare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör MAS denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Det kan också göras en utredning av MAS om avvikelser inom samma område uppstår frekvent i någon verksamhet. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt delegation från vårdgivare. För de privata entreprenörerna ska dessa själv anmäla till IVO efter det att samverkan har skett med kommunens MAS. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsnämnden. MAS informerar också boende/närstående och involverad personal både när anmälan görs samt när beslut kommer från IVO.

Sjuksköterskor med enskilt ledningsuppdrag samt verksamhetschefer hos entreprenörer ansvarar



för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

Klagomål och synpunkter

Det har inkommit ett klagomål till MAS kring hälso- och sjukvård. Ärendet är utrett och återkopplat.

Samverkan med patienter och närstående

Det har skett ett fortsatt utvecklingsarbete under året med att tydliggöra boendes och anhörigas rätt till delaktighet i vård och omvårdnad. Att skapa delaktighet för den enskilde i planering, vilka mål som sätts samt delaktighet i resultat skapar en delaktighet för den enskilde. Regelbundna vårdplaneringsmöten. Verksamheterna har inbjudit till vårdplaneringsmöten under året.

Utredning, analys och sammanställning

Klagomål

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

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

Införande av ICF (Classification of functioning Disability) och KVÅ (kvalificerade vårdåtgärder) inom hälso- och sjukvårdsverksamheten genom Pulsen Combine i Värmdö kommun

Hälso och sjukvårdspersonalen kommer framöver att lämna det gamla sättet att dokumentera i sina journaler och övergå till att lära sig att använda helt nya delar av struktur och klassifikationskataloger som har tagits fram på nationell nivå.

Socialstyrelsen har uppdrag inom den nationella strategin för e - hälsa att ta ett samordningsansvar för att utveckla förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om att informationen som dokumenteras ska kunna återanvändas för olika syften såsom informationsöverföring mellan personal inom vård och omsorg. Informationen ska dessutom kunna användas för uppföljning på olika nivåer, för kvalitetssäkring, styrning. Detta förutsätter en nationell informationsstruktur för vården och omsorgen. För att undvika risk för missförstånd krävs enhetlig och entydig användning av begrepp, termer och klassifikationer dvs. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

ICF – Classification of Functioning Disability and Classification

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

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

med komponenterna omgivningsfaktorer € och personliga faktorer.

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

Klassifikationen har en hierarkisk uppbyggnad med alfanumeriska koder för komponenterna:

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

KVÅ - Klassifikation av vårdåtgärder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. Klassifikation av vårdåtgärder omfattar både kirurgiska åtgärder baserat på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för inrapportering till patientregistret. Socialstyrelsen har tillsammans med organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) utvecklat åtgärds-koder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i KVÅ sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärds-koder i KVÅ gör.

NANDA- International Nursing Diagnoses Definitions and Classification

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

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

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

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

Arbetet med att använda ny dokumentationsmodell och nytt dokumentationssystem beräknas starta 2016-2017.

Resultat

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett av MAS tillsammans med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal ute i verksamheterna kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta har skett i varierande grad i de olika verksamheter relaterat till patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.
- Mätning av olika indikatorer sker fortlöpande och sammanfattas i bl.a. patientsäkerhetsberättelsen
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser

Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt men lokala avvikelser finns
- Antalet avvikelser har minskat i jämförelse med 2014. Antalet läkemedelsavvikelser har minskat. Antal fall har minskat
- Dokumentationen i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt utifrån krav på en personcentrerad vård
- Ansvarsfördelning och rapportering i det dagliga arbetet har utvecklas fortlöpande
- Arbetet med att upptäcka näringsbrist och dokumenterad planering av att erbjuda en fullgod nutrition har förbättrats. Fler riskbedömningar har utförts och fler vårdplaner har upprättats. Ett arbete med fokus på kvälls- och nattmål har varit pågående under 2015 och kommer att fortsätta under 2016
- Arbetet med att förebygga fallskador har givit synbart resultat. Verksamheterna har arbetat i multiprofessionella team.
- Läkemedelsavvikelsena har minskat i antal
- Vård i livets slutskede har förbättrats utifrån de gällande krav som idag anges av Socialstyrelsen och som registreras och redovisas i Svenska Palliativregistret. Registrering i Svenska palliativregistret har ökat. Flera kvalitetsparametrar som registret innehåller har fått bättre genomslag i det dagliga arbetet.
- Delaktigheten för den enskilde och dennes närstående har ökat

Resultatmätt – Indikatorer för hälso- och sjukvård

Riskbedömningar trycksår

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

MAS kartläggning 2014 och 2015

	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Boende som erhållit en riskbedömning för trycksår	49	40	95	39
Boende som har risk att utveckla trycksår/har trycksår	20	3	33	7
Boende med risk/trycksår som har en upprättad vårdplan	14	5	38	7

I MAS kartläggning september 2015

I verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt. Arbetet med att förebygga trycksår uppvisar gott resultat. Nivåerna håller sig på ungefär samma nivå som 2013.

Tablett och insulinbehandlad diabetes inom särskilda boendeformer

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

MAS kartläggning september 2015

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

Läkemedel

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

av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	39	65
---	-----------	-----------

MAS kartläggning september 2014 och 2015

Läkemedel

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- hemmet 41 platser	Gustavs- gården	Slotts- ovalen
Boende som har ordination på fem till tio läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	40	28	61	20
Boende som har mer än 10 läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	7	9	28	5
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	25	14	37	9
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel som inte är av typ benzodiazepinderivat (Både stående ordination och vid behovsordination)	2	12	32	19

MAS kartläggning 2015

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Antal boende som har lugnande läkemedel totalt från de bägge grupperna benzodiazepinderivat och övriga	27	26	69	28

MAS kartläggning 2015

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

Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

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

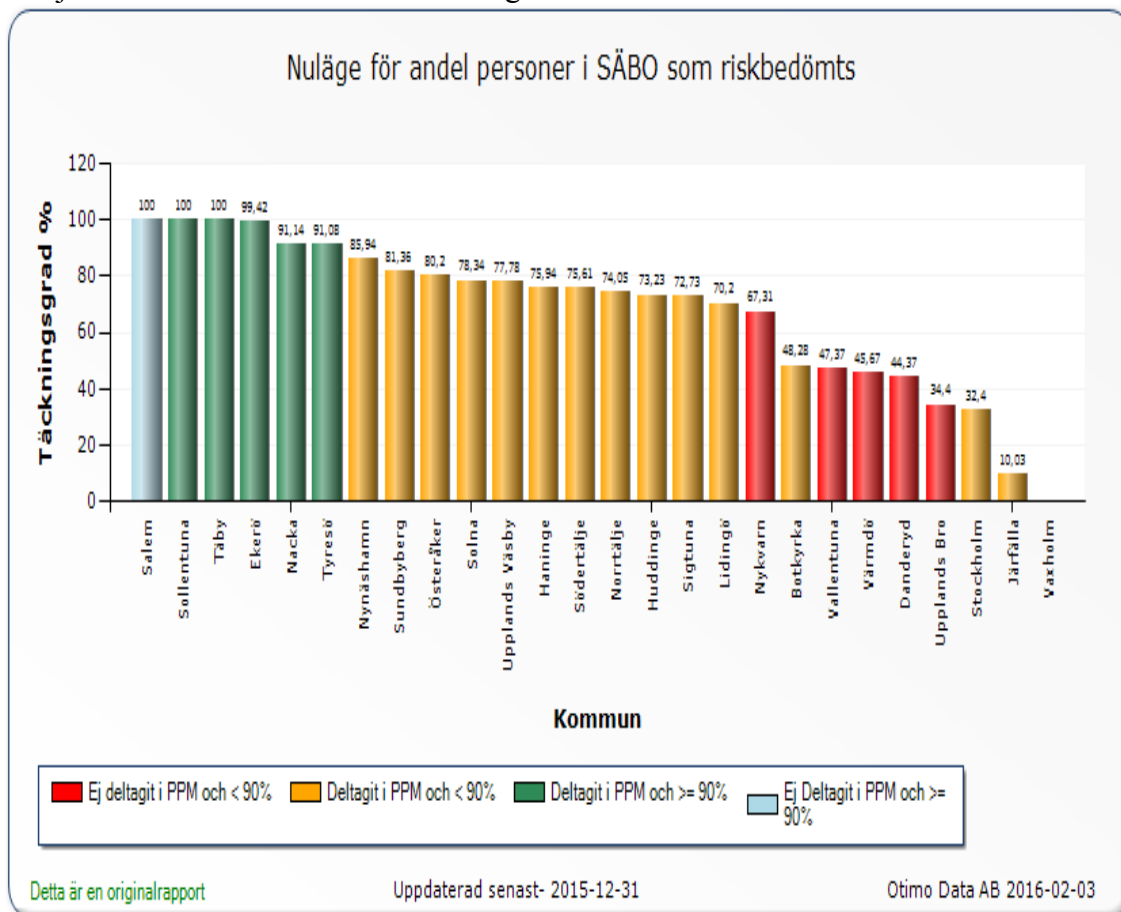
Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån det personcentrerade arbetssättet.

De flesta personer med demenssjukdom (drygt 90 %) drabbas någon gång under sin sjukdomstid av svåra psykiska symtom och beteendestörningar, BPSD- symtom. För att komma tillrätta med besvären krävs noggrann utredning av orsakerna till symtomen och därefter personcentrerade åtgärder. Ett bra hjälpmedel för detta är BPSD-registret (nationella kvalitetsregistret). Utbildning av administratörer i BPSD registret har påbörjats under 2015. Under 2015 har ett fåtal registreringar genomförts i systemet. Målsättningen bör vara att samtliga personer med dessa symtom ska utredas, registreras och få en personcentrerad vård.

Om så sker kan en stor del av BPSD-symtomen lindras eller helt upphöra
 Medförfattare i detta stycke har varit demenssjuksköterska Inger Ekroth

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används som hjälpmedel för att få till ett systematiskt arbetssätt och för att följa sina resultat. Alla steg i den vårdpreventiva processen ska registreras i Senior alert. Där kan sedan enheter inom vård och omsorg följa sina resultat och jämföra med resultat för hela Sverige.



Arbetet med att registrera riskbedömningar i Senior alert har inte tagit fart i samtliga verksamheter. Gustavsgården har kommit längst i detta arbete. Att öka registreringar i Senior alert kommer att bli ett prioriterat mål för 2016.

Mätningar/indikator enligt ovan kommer att läggas till av MAS

Riskbedömning nutrition och ätande

Totalt 239 platser	2014	2015
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	212	215
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	117	98
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	75	91
Antal boende som varit delaktiga kring innehåll, mål, föreslagna		

åtgärder samt utvärdering av resultat som dokumenterats på vårdplanen	43	52
---	----	----

MAS kartläggning 2014 och 2015

Antal undernärda boende har minskat från föregående år. Antalet upprättade vårdplaner med de för risk för under näring har ökat från föregående år.

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	54	40	82	39
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	29	13	48	7
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	29	12	43	7
Antal boende som varit delaktiga kring innehåll, mål, föreslagna åtgärder samt utvärdering av resultat som dokumenterats på vårdplanen	5	11	32	4

MAS kartläggning 2015
Måltidsstöd

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

MAS kartläggning 2014 och 2015
Måltidsstöd per verksamhet

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- ovalen 41 platser
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	23	19	47	13
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	9	21	37	14
Antal boende som behöver hjälp att skära maten och som även behöver stöd vid själva måltiden	14	6	14	10
Antal boende som behöver hjälp med allt				

inklusive matning	11	2	12	5
-------------------	----	---	----	---

MAS kartläggning 2015

Nattfastemätning 2015-03-27 SÄBO Värmdö kommun

Enhet	Antal boende med under-närings-tillstånd eller risk för	Antal boende med nattfasta mer än 11 timmar	Boende som har nattmål dok. på plan	Antal boende som erbjudits nattmål 27/3	Boende som blivit erbjudna nattmål o tackat ja den 27/3
Slotsovalen	11	3	14	30	25
Ljung	25	28	24	14	11
Gustavsgården	18	63	24	24	13
Djuröhemmet	13	29	2	1	1
Summa	67	123	64	69	50

MAS indikator för nattfastemätning

Nattfastemätning 2015-08-18 SÄBO Värmdö kommun/MAS

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

MAS indikator för nattfastemätning

Nattfastemätning 2015-12-18 SÄBO Värmdö kommun/MAS

Enhet	Antal boende med under-närings-tillstånd eller risk för undernäring	Antal boende med nattfasta mer än 11 timmar	Boende som har nattmål dok. på plan	Antal boende som erbjudits nattmål 18/12	Boende som blivit erbjudna nattmål o tackat ja den 18/12
Slotsovalen	4	3	19	30	27
Ljung	23	15	27	31	18
Gustavsgården	Svar saknas från c hus 26	26	24	22	22
Djuröhemmet	18	25	9	11	11
Summa	71	69	79	94	78

MAS indikator för nattfastemätning
Riskbedömning för fallrisk sammantaget samtliga särskilda boenden

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

I MAS kartläggning 2014 och 2015

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

Riskbedömning för fallrisk per särskilt boende

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- ovalen 41 platser
Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk	47	40	93	39
Antal boende som har en konstaterad fallrisk	34	26	84	20
Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan	34	21	79	18
Antal boende och/eller anhörig som varit delaktig i innehållet på vårdplanen	14	19	55	11

MAS kartläggning 2015
Fallförebyggande arbete

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

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

Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer samtliga särskilda boenden

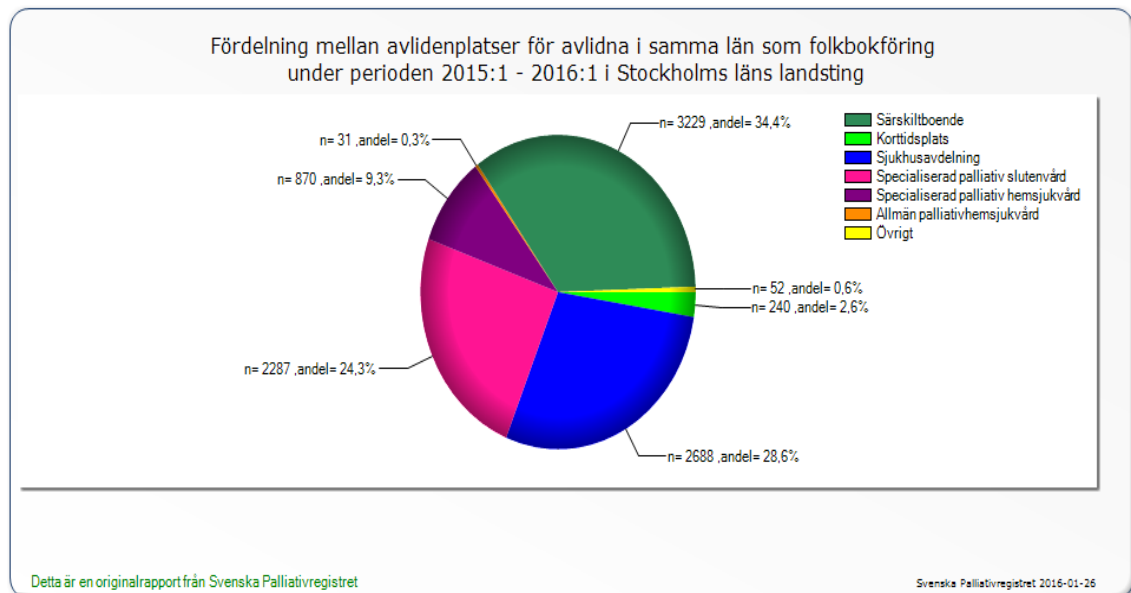
Totalt 239 platser	2014	2015
Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året	223	237
Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabplan under det senaste året		202

MAS kartläggning 2015

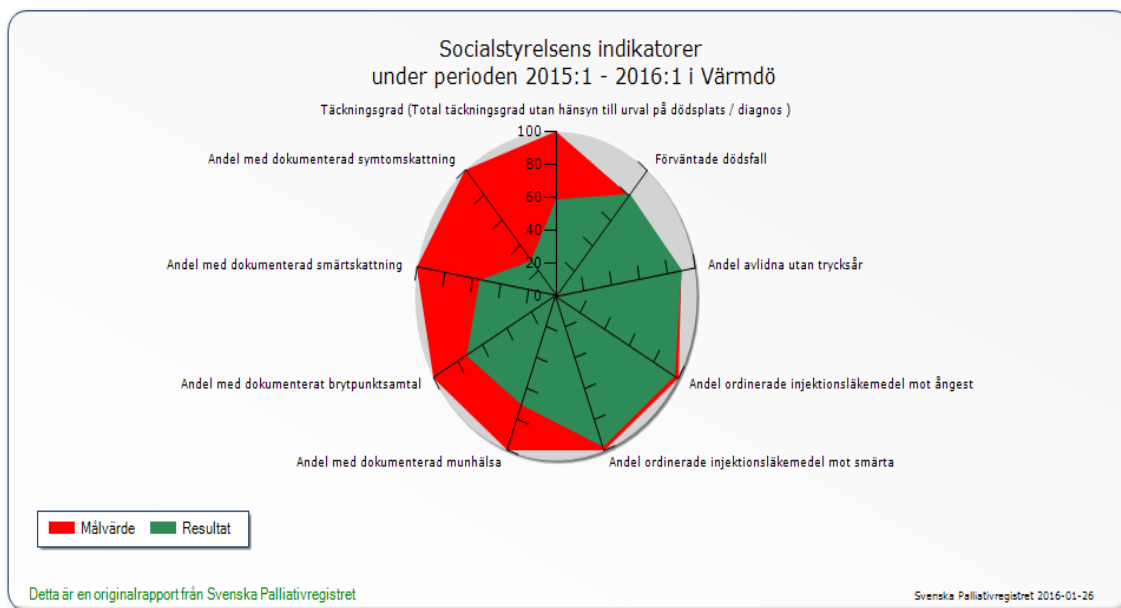
Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer per särskilt boende

Totalt 239 platser	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året	55	40	103	39
Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabplan under det senaste året	49	31	83	39

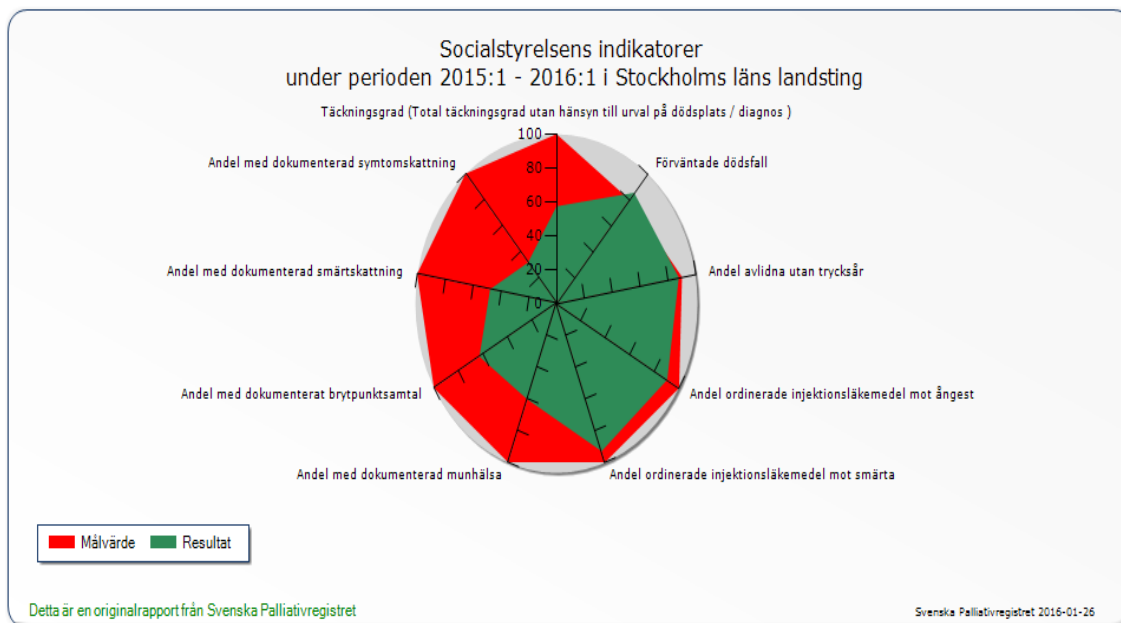
MAS kartläggning 2015

Palliativ vård i livets slutskede


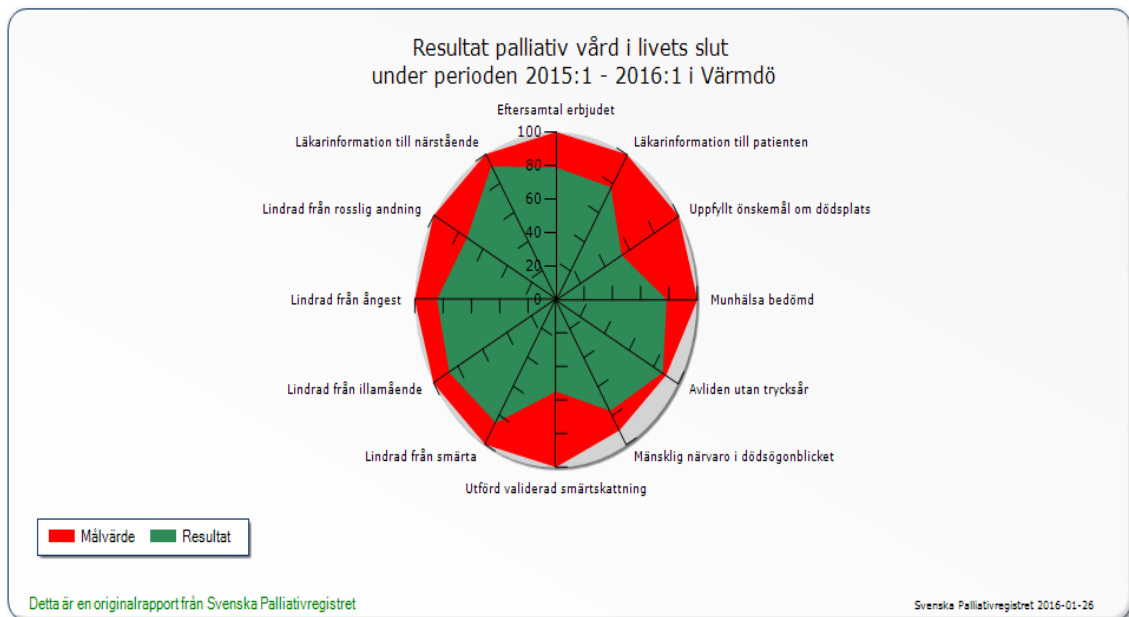
Svenska palliativregistret. En fördelning var den boende/patienten avlider i Stockholms län.



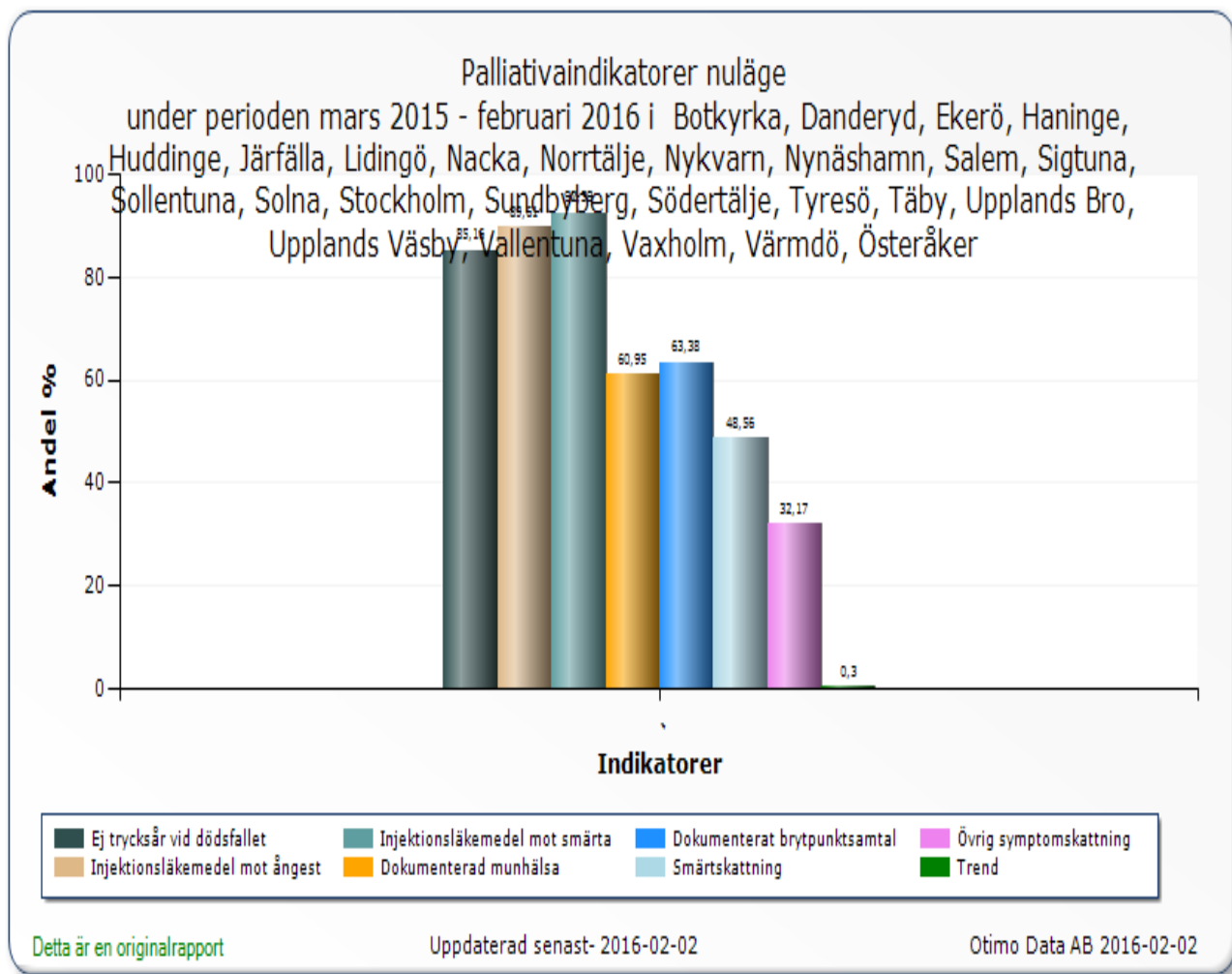
Svenska Palliativregistret. Värmdö kommun 2015-2016 avseende indikatorer
De gröna fälten i spindeldiagrammet redovisar ett gott resultat. Utvecklingsområden är symtomskattning, smärtskattning, brytpunktssamtal som genomförs av läkare, dokumenterad munhälsa.



Svenska Palliativregistret. Stockholms Län 2015-2016 avseende indikatorer
Värmdö kommun har ungefär samma resultat som Stockholms Län sammantaget.

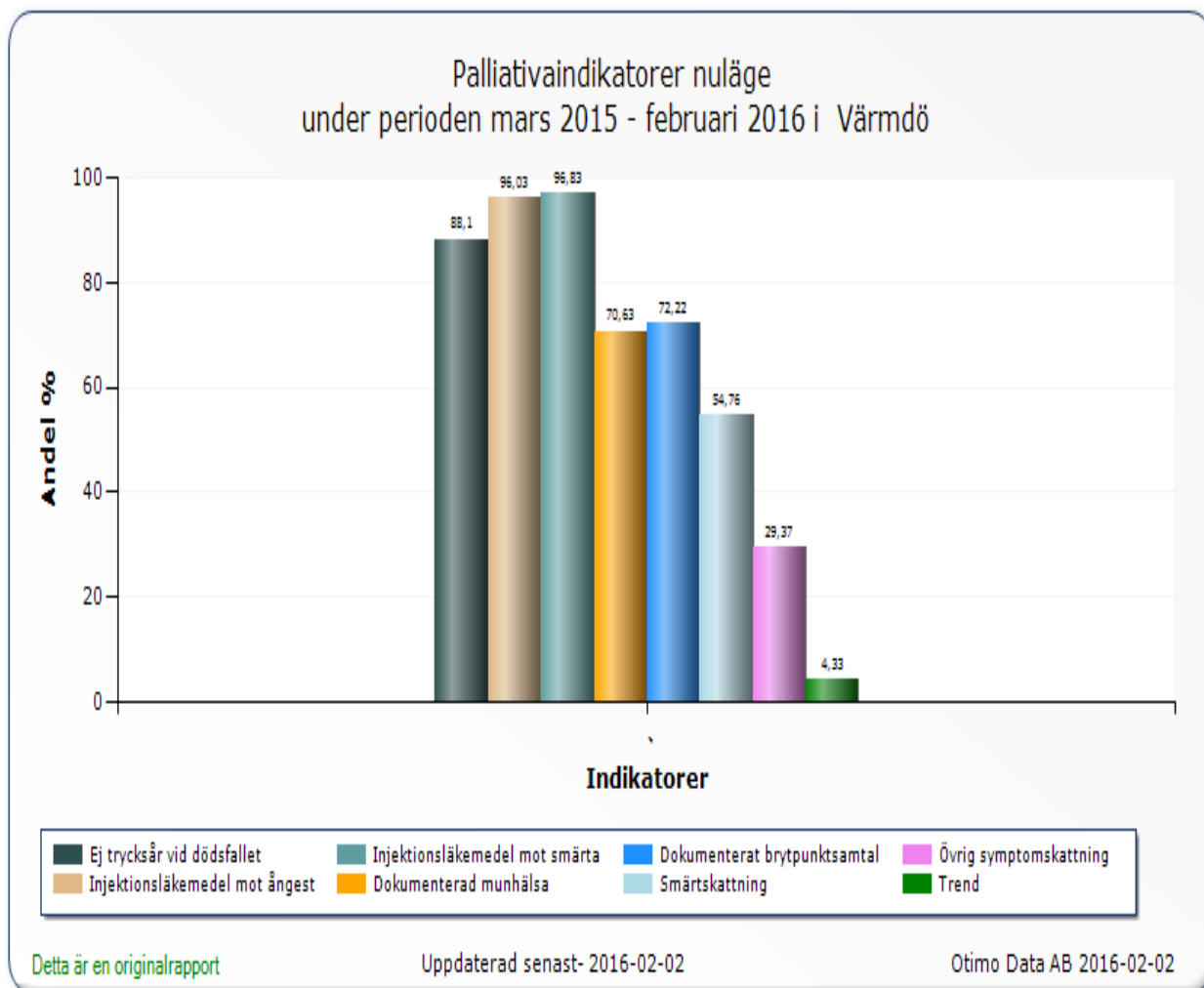


Svenska Palliativregistret avseende resultat för Värmdö kommun avseende resultat 2015-2016
De största utvecklingsområden för Värmdö kommun generellt är läkarinformation till patient, önskemål om dödsplats, och dokumenterad smärtskattning och övrig symtomskattning.



Svenska Palliativregistret. Samtliga kommuner Stockholm.

Inga trycksår vid dödsfallet 87.08, Ordination av läkemedel mot ångest 92.25., ordination av läkemedel mot smärta 94.06, säkring av munhälsa 64.34, Dokumenterat brytpunktssamtal 61.76, Antal smärtskattningar 51.94, antal annan symtomskattning 38.24



Svenska Palliativregistret. Värmdö kommun

Inga trycksår vid dödsfallet 88,1, ordination av läkemedel mot ångest 96,03., ordination av läkemedel mot smärta 99,83, säkring av munhälsa 70,63, Dokumenterat brytpunktsamtal 72,22, Antal smärtskattningar 54,75, antal annan symtomskattning 29,37

Indikatorer palliativ vård-Jämförelse	Stockholms län	Värmdö kommun
Inga trycksår vid dödsfallet	87,08	88,1
Injektionsläkemedel mot ångest	92,25	96,03
Injektionsläkemedel mot smärta	94,06	99,83
Dokumenterad munhälsa	64,34	70,63
Genomfört brytpunktssamtal	61,76	72,22
Dokumenterad smärtskattning	51,94	54,75
Övrig dokumenterad symtomskattning	38,4	29,37

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

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2014

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

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2015

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

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

Djuröhemmet 41 boende - Avvikelser och fallrapporter 2013-2015

<i>Typ av avvikelse</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Avvikelser	155	42	26
Fallrapporter	73	47	71
Summa	228	89	97

Avvikelser har minskat framförallt kring läkemedelshanteringen i takt med att nya rutiner och arbetssätt fått fäste i verksamheten. 11 avvikelser berörde läkemedelshandling och resterande handlade om brister i omvårdnad samt medicinteknisk utrustning. Avvikelsehanteringen berör till största delen fallincidenter. Två fall resulterade i fraktur och sjukhusvård.

Gustavsgården 101 boende - Avvikelser och fallrapporter 2013-2015

<i>Typ av avvikelse</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Avvikelser	381	271	171
Fallrapporter	346	346	275
Summa	727	617	446

Avvikelserna har minskat år från år i takt med att nya rutiner och arbetssätt fått fäste i verksamheten. Vissa boende står för flera fall och faller frekvent trots insättande av olika åtgärder. Av de fall som inträffade resulterade tre av dessa i sjukhusvård i samband med att fraktur uppstod vid fallet. Läkemedelsavvikelserna står för den största delen 129 avvikelser men har sjunkit markant från föregående år. Övriga avvikelser berör omvårdnad, samverkan, dokumentation och medicinteknik.

Ljung 56 boende - Avvikelser och fallrapporter 2013-2015

<i>Typ av avvikelse</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Avvikelser	277	135	156
Fallrapporter	173	219	116
Summa	450	354	272

Antalet fall har minskat kraftigt i verksamheten det senaste året. Vissa boende står för flera fall och faller frekvent trots insättande av olika åtgärder. Av de fall som inträffade resulterade fem av dessa i sjukhusvård i samband med att fraktur uppstod vid fallet. Läkemedelsavvikelsena berör 144 av de 156 rapporterna för 2015 och är ett prioriterat utvecklingsområde. Övriga rapporterade avvikelser har berört omvårdnad samt medicinteknik.

Slottsovalen 41 boende - Avvikelser och fallrapporter 2013-2015

<i>Typ av avvikelse</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Avvikelser	96	82	51
Fallrapporter	106	98	38
Summa	202	180	89

Avvikelsena har minskat det senaste året. De avvikelser som rapporterats har till största delen handlat om avvikelser inom läkemedelshantering. Av de 28 fall som inträffade resulterade två av incidenterna sjukhusvård varav en med fraktur.

Anmälan enligt Lex Maria

Varje vårdgivare bedriver ett systematiskt arbete för att förhindra att vårdskador uppstår. Vid risk för vårdskada eller då vårdskada uppstått ska en utredning göras och beslut fattas om anmälan ska göras till IVO. Vårdgivaren ansvarar för att göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Anmälningar till IVO under 2015**Gustavsgården**

Ingen anmälan inlämnad

Djuröhemmet

Ingen anmälan inlämnad

Attendo Ljung

En lex Maria inlämnad angående fallskada

Attendo Slottsovalen

En lex Maria inlämnad angående insulinbehandling

Anmälan inlämnades av Attendo innan driften övergick till Aleris 2015-09-01

Övergripande mål och strategier för 2016**1. Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt med tydlig dokumentation i omvårdningsjournalen**

Verksamheterna behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg i syfte att skapa lugn och harmoni samt välbefinnande för den enskilde.

Personcentrerade planer behöver vidareutvecklas ytterligare.

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

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

Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån den enskildes behov. Att i högre grad föreslå och pröva samt dokumentera omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel

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

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

4. Senior alert

Registreringar av riskbedömningar i Senior alert ska öka till 90 % för samtliga verksamheter inom de särskilda boendeformerna. Indikator mäts tre gånger

Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska