

# **Patientsäkerhetsberättelse 2015 för Edö vård- och omsorgsboende (demens- vård och somatisk vård) och Edö servicehus**

## Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	3
2	Mål och strategier för patientssäkerhetsarbetet.....	3
2.1	Organisatoriskt ansvar.....	5
3	Struktur för uppföljning och utvärdering.....	6
3.1	Systematiskt patientsäkerhetsarbete.....	6
4	Förebyggande arbete och uppföljning.....	7
4.1	Utbildningsinsatser.....	7
4.2	Risikanalys.....	8
4.3	Egenkontroll.....	8
4.3.1	Avvikelsehantering.....	9
4.3.2	Verksamhetsuppföljning.....	10
4.3.3	Journalgranskning.....	10
4.3.4	Läkemedel.....	10
4.3.5	Vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner .....	11
4.3.6	Funktionskontroller avseende tekniska hjälpmedel.....	12
4.4	Samverkan.....	12
5	Redovisning av arbetet med prioriterade mål 2015.....	13
5.1	Nationella kvalitetsregister.....	13
5.2	Fallolyckor.....	15
5.3	Undernäring.....	16
5.4	Trycksår.....	18
5.5	Vårdrelaterade infektioner.....	19
5.6	Loggkontroller.....	20
5.7	Sammanställning och analys.....	21
5.7.1	Kvalitetsråd.....	21
5.7.2	MAS och MAR.....	22
6	Övergripande mål och strategier för 2016.....	22
7	Definitioner.....	24

## 1 Bakgrund

Den 1 januari 2011 började Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att gälla. Syftet med lagen är att öka patientsäkerheten för att minska och förhindra vårdskador. I lagen tydliggörs vårdgivarens ansvar, det framgår att varje vårdgivare är skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriva ett så kallat systematiskt patientsäkerhetsarbete.

I Patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada till vårdgivaren.

Alla vårdgivare ska ha sammanställt sin årliga patientsäkerhetsberättelse senast till den 1 mars. Syftet är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Det ska vara med sådan detaljeringsgrad så att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2015 omfattar Edö vård- och omsorgsboende med inriktningarna servicehus, somatik och demens. Första vård- och omsorgsboende ingår inte då avveckling av verksamheten påbörjades den 1 april och upphörde den 31 oktober 2015. Verksamheter på entreprenad eller i privat regi upprättar sin egen patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen publiceras på stadsdelens intranät.

## 2 Mål och strategier för patientssäkerhetsarbetet

Vården ska vara av god kvalitet och hålla en god hygienisk standard. Det innebär att den ska bedrivas i enlighet med vetenskap

och beprövad erfarenhet och ges med respekt för alla människors lika värde. Bemötande av den äldre och närstående ska ske så att den enskildes trygghet, värdighet och integritet beaktas.

Målet för patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vårdskada.

### **Mål**

- Att verksamheten använder sig av nationella kvalitetsregister i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen.
- Minskat antal fallolyckor.
- Minskad förekomst av undernäring, det vill säga ett tillstånd av brist på energi, protein eller andra näringsämnen som orsakar ogynnsamma förändringar.
- Minskat antal trycksår.
- Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner.
- Att alla verksamheter följer rutinen för loggkontroller i Vodok.

### **Strategier**

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

- *Kvalitetssäkring:* Att verksamheten arbetar med implementering och registrering i nationella kvalitetsregister det vill säga Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Resultat analyseras och om behov finns vidtas åtgärder på individ- och enhetsnivå.
- *Fallolyckor:* Att alla medarbetare arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall. Alla fall rapporteras i Vodoks avvikelsemodul.
- *Undernäring:* Att alla medarbetare arbetar enligt den vårdpreventiva processen. Det vill säga utför

riskbedömningar, kartlägger bakomliggande orsaker, planerar och följer upp resultat av åtgärder.

- *Trycksår:* Att alla medarbetare arbetar enligt den vårdpreventiva processen. Det vill säga utför riskbedömningar, kartlägger bakomliggande orsaker, planerar och följer upp resultat av åtgärder.
- *Vårdrelaterade infektioner:* Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- *Loggkontroller:* Att rutiner är kända och följs i verksamheten samt att resultat rapporteras till MAS.

## 2.1 Organisatoriskt ansvar

*Stadsdelsnämnden* har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup> (HSL) upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

*Verksamhetschef* ansvarar enligt 29 § HSL för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

*Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

*Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

*Enhetschef* i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård. Denne ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

*Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.*

*Omvårdnadspersonal och legitimerad personal ska aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten. De har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Alla är skyldiga att rapportera avvikelser inom verksamheten.*

*Omvårdnadspersonal som biträder legitimerad personal i dennes vårdarbete och arbetar på delegering har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.*

## **3 Struktur för uppföljning och utvärdering**

### **3.1 Systematiskt patientsäkerhetsarbete**

Vårdgivaren ska upprätthålla en god hälso-och sjukvård och är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda och kontrollera verksamheten. Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas kroppslig eller psykisk skada eller lidande som en patient drabbas av i kontakten med hälso- och sjukvården. Patienten och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Den enskilde har som patient inom hälso- och sjukvård inte rätt att överklaga beslut som rör vården eller behandlingen. Patienten ska i första hand vända sig till den befattningshavare som nämnden utsett till verksamhetschef enligt 29 § HSL med synpunkter och/eller klagomål som gäller kommunens hälso- och sjukvård. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska även delges MAS och MAR. De utreder, analyserar och återkopplar till verksamheterna. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan han/hon vända sig till inspektionen för vård och omsorg.

#### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som ska finnas i verksamheten. I varje process ska de ingående aktiviteterna identifieras och aktiviteternas inbördes ordning

bestämmas. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Vårdgivaren ska systematiskt arbeta med riskanalys och egenkontroll. Fortlöpande bedömning ska ske om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Egenkontroll ska ske fortlöpande i den omfattning som krävs för säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från patienter, deras närstående, personal och andra vårdgivare och organisationer. Dessa ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

#### **Förebyggande av vårdskada**

Vårdgivaren ska vidta åtgärder för att förebygga att en patient drabbas av vårdskada. Om åtgärder inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada ska utredas av vårdgivaren för att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det och ge underlag för åtgärder som ska hindra att liknande händelser inträffar på nytt.

Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada. Om händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska händelsen anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

## **4 Förebyggande arbete och uppföljning**

### **4.1 Utbildningsinsatser**

Seminarier om palliativ vård har erbjudits till all personal för att stärka kvaliteten vid vård i livets slutskede.

Det treåriga projektet *Utveckling av funktionsstödjande och hälsobefrämjande hälso- och sjukvårdsdokumentation med hjälp av ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)* har fortlöpt under 2015. I januari öppnades en ny journalstruktur innehållande nationellt fackspråk<sup>2</sup>. Detta har för den legitimerade personalen möjliggjort användning av ett

---

<sup>2</sup> Nationell fackspråk, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

gemensamt standardiserat språk och en tankemodell (Biopsykosociala modellen) för att beskriva patienters hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Utbildning och handledning har genomförts fortlöpande för att stärka kunskapen inom området.

Förvaltningen har tillsammans med Stiftelsen Äldrecentrum bjudit in chefer till ett informationsmöte inför en planerad utbildningsinsats under 2016, ”Att arbeta i team – verksamhetsutveckling i äldreomsorgen”. Syftet med utbildningen är att öka kunskapen om hur tvärprofessionella team kan användas för att kontinuerligt utveckla kvalitén i vård- och omsorgsarbetet.

## **4.2 Riskanalys**

Riskanalys innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. De ska göras fortlöpande för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Det ska också göras en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser kan även behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet eller inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetsätt eller metoder börjar tillämpas. För att förebygga vårdskador ska riskanalys göras i samverkan med MAS och MAR.

Inför avvecklingen av Farsta vård- och omsorgsboende genomfördes en riskanalys där enhetens ledning och hälso- och sjukvårdspersonal gick igenom de olika momenten i flyttkedjan. Här identifierades och analyserades eventuella risker som kunde uppstå i samband med flyttarna. Enhetens befintliga checklistor granskades utifrån det nya scenariot för att säkerställa att de var tillräckliga som underlag för informationsöverföringen till boende, anhöriga och mottagande enhet. Vid behov genomfördes kompletteringar samt utarbetades nya rutiner och checklistor.

## **4.3 Egenkontroll**

Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Det innebär en systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll över att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten ska hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling säkring av verksamhetens kvalitet.

#### **4.3.1 Avvikelsehantering**

Avvikelse rapport skrivs vid händelser i hälso- och sjukvården, där legitimerad personal bedömer, åtgärdar, dokumenterar och rapporterar händelsen. Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller medicinskt ansvarig för rehabilitering. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvar att anmäla till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och till stadsdelsnämnden.

Under året har ett arbete påbörjats av MAS och MAR för att revidera regler inom hälso- och sjukvården. Inkomna avvikelser från verksamheten har utgjort en del av underlaget vid revideringen. Syftet är att förebygga upprepning av likartade avvikelser. Reglerna har publicerats på stadsdelens intranät för att underlätta tillgängligheten för personalens i det dagliga arbetet.

Alla avvikelser som rapporterats under året har följts upp av MAS och MAR enligt rutin. Vid allvarliga händelser har MAS och MAR genomfört ytterligare utredning. Efter genomförd utredning har tre lett till anmälan enligt Lex Maria<sup>3</sup>, nämnden har informerats i dessa fall. Två av anmälningarna har handlat om läkemedel och en om självmord. I de två ärendena avseende läkemedel har beslut från IVO inkommit. Besluten anger att vårdgivaren har uppfyllt kraven i sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Det finns inte några särskilda omständigheter i utredningen som kräver ytterligare åtgärder och de avslutar ärendet. I det sista ärendet har inte något beslut meddelats från IVO.

Vid avvikelse gällande medicintekniska produkter görs en anmälan till Läkemedelsverket. Det har endast gjorts en anmälan under året,

---

<sup>3</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28).

den handlade om en nyinköpt säng som leverantören fick ta tillbaka. Den förorsakade inga skador för patienten.

#### **4.3.2 Verksamhetsuppföljning**

Verksamhetsuppföljning genomförs årligen av MAS/MAR utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Därutöver granskas särskilt även nedanstående områden.

#### **4.3.3 Journalgranskning**

Legitimerad personal har ett personligt ansvar att föra journal. Det ska tydligt framgå när och vem som har dokumenterat. En journal ska endast innehålla uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård. Det vill säga anteckningar som rör patientens hälsotillstånd, upprättade i samband med undersökning, vård och behandling. Den huvudsakliga planeringen ska framgå genom dokumenterade hälsoplaner innehållande ordinationer/åtgärder och avsett hälsotillstånd (mål).

Alla patienter skall ha en riskbedömning för trycksår, fall och undernäring dokumenterade i sin journal. Vid risker ska en hälsoplan dokumenteras med åtgärder som alla medarbetare ska följa. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.

Alla patienter ska ha en ADL- och förflyttningsbedömning med tillhörande funktionsuppehållande plan (hälsoplan) innehållande åtgärder som alla medarbetare ska följa, dokumenterad i journal. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.

Regelbunden journalgranskning har visat sig vara ett stöd för legitimerad personal som ska föra journal, då brister lyfts och stöd till förbättring ges. Under året har nationellt fackspråk (ICF) införts vilket har inneburit en process av lärande för all legitimerad personal. Utökad stöd för att dokumentera enligt ICF har genomförts av processledare i samverkan med MAS och MAR i stadsdelen. Det har skett genom handledarträffar samt ute i verksamheterna.

#### **4.3.4 Läkemedel**

Huvudansvaret för läkemedelsgenomgångar ansvarar läkarorganisationen för. Vid läkemedelsbehandling och läkemedelsgenomgångar för patienten samverkar läkare och sjuksköterska. Genomgång av patientens läkemedel genomförs för

de patienter som så önskar minst en gång per år under ledning av ansvarig läkare.

### **Läkemedelshantering**

Årlig kvalitetsgranskning av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med MAS och enhetschefer. Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt rutiner vid delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enheterna har i stort en säker läkemedelshantering men det finns fortfarande vissa förbättringsområden. Vid granskningen framkom några förbättringsområden avseende förtydligande av signeringslistor vid överlämnande av läkemedel till patient, städrutiner för de boendes läkemedelsskåp och i akut- och buffert läkemedelsförrådet.

Under året har enheterna rapporterat in läkemedelsavvikelser för de patienter där det har skett. Avvikelserna har handlat om att patienten inte har fått sitt läkemedel i rätt tid, utebliven dos (patienten har inte fått läkemedlet, inte velat ta emot det, patienten har sovit) eller antalet tabletter inte har stämt med det som anges på ordinationshandlingen för läkemedel. Servicehuset har haft 79 läkemedelsavvikelser under året, varav merparten 56 har handlat om utebliven dos (149 patienter). Demensboendet har 48 läkemedelsavvikelser under året, varav merparten 42 har handlat om utebliven dos (51 patienter). Somatiken har haft 15 läkemedelsavvikelser under året, varav merparten 11 har handlat om utebliven dos (37 patienter).

#### **4.3.5 Vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner**

Uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner i verksamheten sker genom att enhetschefer följer upp att all omvårdnadspersonal har genomfört webbaserad hygienutbildning. Årlig självskattning görs och observation av alla medarbetares följsamhet.

Vårdrelaterade infektioner registreras månadsvis, en sammanställning delges MAS som redovisar den till Vårdhygien Stockholms läns landsting.

Hygienrund genomförs årligen på enheterna i samarbete med Vårdhygien Stockholms län.

#### **4.3.6 Funktionskontroller avseende tekniska hjälpmedel**

Kontroll av ett hjälpmedels funktion görs regelbundet i samband med användning av vårdpersonal som hanterar hjälpmedlet för en patients räkning. Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast respektive sjuksköterska gör en årlig genomgång av alla hjälpmedel. Vissa hjälpmedel som vårsängar och personlyftar ska ha genomgång av fackman en gång per år.

Samtliga personlyftar har besiktigats av fackman. Samtliga inköpta sängar är också genomgångna av upphandlat företag.

Leg fysioterapeut och arbetsterapeut har kvalitetskontrollerat medicintekniska hjälpmedel; samtliga rollatorer, hygienstolar, lyftselar, toalettförhöjningar och rullstolar.

### **4.4 Samverkan**

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras. Det ska framgå av ledningssystemet hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten och säkerställs i samarbete med andra vårdgivare.

Stadsdelen samverkar med Apoteket AB och Vårdhygien vilket bland annat omfattar granskning av läkemedelshantering och hygienrutiner vid verksamheterna. Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Trygg Hälsa AB för att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehovet för patienterna.

Teamet upprättar tillsammans med patienten och i förekommande fall dennes närstående en hälsoplan för de risker som identifierats. Det erbjuds möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmöten för patienten och om hen så önskar så bjuds närstående in.

Samverkan med närstående ska ses som en tillgång, en resurs i omvårdnaden. Att lyssna och visa förståelse och respekt för den enskilde och anhörigas situation, reaktioner och åsikter ska vara grundläggande i medarbetarnas arbetssätt. Anhöriga bjuds in till alla vårdplaneringsmöten och vissa ankomstsamtal.

## 5 Redovisning av arbetet med prioriterade mål 2015

Inom stadsdelen har Farsta vård och omsorgsboende avvecklats och på Edö servicehus har antalet platser minskat under året. Dessa förändringar medför att jämförelse med förra årets statistikuppgifter inte är meningsfullt. Därför kommer enbart årets uppgifter att redovisas. Enheterna lämnar egna kommentarer till sina resultat.

### 5.1 Nationella kvalitetsregister

Under året har verksamheterna registrerat i ett antal nationella kvalitetsregister.

Verksamheterna har prioriterat införandet av ett nytt sätt att dokumentera i den elektroniska hälso- och sjukvårdsjournalen under året. Det har resulterat i att registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert har utförts, däremot har inte någon analys av resultat genomförts.

Nedan följer en kort beskrivning av de olika registren som är aktuella.

#### **Mål: Enheterna ska registrera i de nationella kvalitetsregistren – Senior Alert**

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienterna. Det som registreras är risk för fall, trycksår, onormal nedgång i vikt, munohälsa och blåsdysfunktion/inkontinens.

*Edö servicehus (149 platser)*

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 27

*Edö somatik (37 platser)*

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 27

*Edö demens (51 platser)*

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 30

De patienter som har godkänt att bli registrerade i Senior Alert är registrerade och resultaten uppdateras en gång per år.

Under året har verksamheterna arbetat med riskbedömningar och eventuell utredning för patienter gällande över- och undernäring, munhälsa, fall, trycksår och inkontinens.

**Mål: Enheterna ska registrera i de nationella kvalitetsregistren – Svenska palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slutskede. Syftet med registrering är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet.

I palliativa registret registreras alla patienter som har avlidit på enheten.

*Edö servicehus (149 platser)*

Antal registreringar i Palliativa registret: 3

*Edö somatik (37 platser)*

Antal registreringar i Palliativa registret: 1

Registreringar i palliativa registret sker endast vid förväntade dödsfall där palliativa åtgärder satts in och dödsfallet som inträffar på enheten.

*Edö demens (51 platser)*

Antal registreringar i Palliativa registret: 7

Enheten har haft 12 dödsfall under året och några har avlidit på sjukhus, en person som avled på boendet i december blev inte införd i palliativa registret. Spindeldiagrammet i Palliativa registret har tagits fram och det visar goda resultat inom: mänsklig närvaro i dödsögonblicket, avliden utan trycksår, lindrad från rosslig andning och smärta.

**Mål: Enheterna ska registrera i de nationella kvalitetsregistren - BPSD**

BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med att använda registret är att tvärprofessionella vårdåtgärder minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och lidandet som det innebär och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

*Edö servicehus (149 platser)*

Antal registreringar i BPSD: 2

*Edö demens (51 platser)*

Antal registreringar i BPSD: 2

Enheten har registrerat 2 personer med 4 registreringar.

## **5.2 Fallolyckor**

Fallskador leder många gånger till smärta, obehag och en besvärande konvalescens för den äldre, vilket i sin tur kräver större resurser från verksamhetens sida. Som en del i verksamhetens avvikelshantering ingår att rapportera alla fallolyckor som inträffar samt analysera dessa för att identifiera ett eventuellt fallmönster hos patienten och eventuella risker i dennes boendemiljö. Statistik påvisar inte om enheten följer (eller inte) de rutiner som upprättats för att minska antalet fall. Varje enhet måste därför själv analysera sitt resultat.

Enheterna har arbetat för att minska antalet fall och de eventuella skador som kan uppstå genom att man för varje patient bedömer risker och vidtar förebyggande åtgärder. Trots dessa rutiner inträffar fall ändå, dels för att föreslagna fallförebyggande åtgärder aldrig kan tvingas på någon och dels för att patienten måste kunna röra sig obehindrat även om det finns risker.

Orsaken till ett högt antal fallolyckor kan vara att enstaka patienter försämrats i sitt hälsotillstånd och därmed faller oftare. Det kan också bero på att patienter med hög fallrisk flyttat in på boendet.

### **Mål: Minska antalet fallolyckor**

Verksamheternas förbyggande arbetssätt. Alla patienter har en aktuell fallriskbedömning som utförs en gång per år samt vid behov. Omvårdnadsplan och åtgärder genomförs efter resultatet av bedömningen tillsammans med fysioterapeut och arbetsterapeut.

Alla fallincidenter diskuteras en gång per månad på ett kvalitetsråd tillsammans med chef, omvårdnadspersonal, rehabpersonal och sjuksköterska.

Åtgärder: Miljöanpassning; underlättande och hindrande faktorer i miljön, funktionsbevarande arbetssätt, läkemedelsgenomgång, bedömning av rörelseförmåga och individuellt utprovade hjälpmedel, rörelselarm och larmmatta, stödhandtag mm. Sjuksköterskan kontrollerar läkemedelsbiverkningar, blodtryck, förekomst av urinvägsinfektion mm. I samband med omvårdnadsmöte diskuteras fallförebyggande åtgärder och insatser för varje individ.

Om en patient faller mer än tre gånger per månad upprättas en handlingsplan enligt rutin.

*Edö servicehus (149 platser)*

Antal: 187

Resultatet 187 fall är summan av antalet fallincidenter. I analysen av antalet fall konstateras att trots förebyggande åtgärder så sker det fall på enheten av olika orsaker. Orsaken kan vara kognitiv svikt, sjukdomstillstånd, självbestämmande samt vikten av att boende ska få bibehålla sin integritet och självständighet.

*Edö Somatik (37 platser)*

Antal: 56

Resultatet 56 fall är summan av antalet fallincidenter. I analysen av antalet fall konstateras att trots förebyggande åtgärder så sker det fall på enheten av olika orsaker. Orsaken kan vara kognitiv svikt, sjukdomstillstånd, självbestämmande samt vikten av att boende ska få bibehålla sin integritet och självständighet.

*Edö demens (51 platser)*

Antal: 86

Resultatet 86 fall är summan av antalet fallincidenter. Det beskriver inte hur många personer som fallit och det är ofta en och samma person som faller upprepade gånger. Trots demenssjukdom är de boende fortfarande rörliga och får inte begränsas när det gäller rätten att röra sig fritt enligt vår nollvision. Till sjukdomen hör också att man glömmer bort att man inte kan gå eller att man glömmer att använda sin rollator. Viktigt är dock att begränsa skador vid fall och att arbeta fallförebyggande. För att förebygga fall och skador vid fall använder vi larmmattor och fallskyddsmatta speciellt nattetid trots att detta är en begränsningsåtgärd. För personer med fallrisk har vi extra tillsyn och utgår från fysioterapeuts och arbetsterapeuts förflyttningsstatus och ADL-status för att ge adekvat stöd.

Vi har sett ett minskat antal frakturer och skador vid fall på grund av användande av höftskyddsbyxor, fallskyddsmatta vid säng, mattlarm, rörelselarm och övrigt personligt utprovade hjälpmedel.

### **5.3 Undernäring**

Undernäring utvecklas när förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen under en tillräckligt lång period är större än intaget och kroppens förråd minskar. Detta medför förändringar som påverkar struktur och funktion i så gott som alla organsystem. Tillståndet ger försämrad livskvalitet och lidande och det förbrukar



stora resurser, framför allt i vården av och omsorgen om den äldre befolkningen.

Verksamheten har arbetat förebyggande för att förhindra uppkomsten av undernäring hos patienten.

**Mål: Minskad förekomst av undernäring, det vill säga ett tillstånd av brist på energi, protein eller andra näringsämnen som orsakar ogynnsamma förändringar.**

Verksamheternas förebyggande arbets sätt. Alla patienter har en aktuell riskbedömning för undernäring. Använder MNA-instrument. Sjuksköterska uppdaterar riskbedömning en gång per år samt vid behov. Viktmätning utförs var 3:e månad enligt rutin. Vid lågt BMI tas en vikt varje månad.

Om risk för undernäring föreligger gör ansvarig sjuksköterska en hälsoplan med omvårdnadsåtgärder som till exempelvis kost och vätskeregistrering, munstatus, anpassning av kost, måltidsordning tillsammans med patient och kontaktperson, läkemedelsgenomgång och eventuell insättning av näringstillskott.

Minimera nattfastan genom att ge mellanmål sent på kväll och tidig morgon. Utprovning av måltidshjälpmiddel och anpassade sittställningar. Hemlagad mat på enheterna bidrar till att de boende äter bättre.

#### *Edö servicehus (149 platser)*

Antal: 7

I de fall där det konstaterats undernäring kan det bero på att personerna efter ett akut sjukdomstillstånd tappat vikt under vårdperioden. Olika sjukdomstillstånd såväl psykiska som fysiska kan också bidra till att boende tappar matlusten, har svårt att äta/ eller tillgodogöra sig kosten.

På servicehuset utförs insatser utifrån biståndsbeslut vilket förutsätter att den boende ansöker om insatsen.

#### *Edö Somatik (37 platser)*

Antal: 7

I de fall där det konstaterats undernäring kan det bero på att personerna efter ett akut sjukdomstillstånd tappat vikt under vårdperioden. Olika sjukdomstillstånd såväl psykiska som fysiska kan också bidra till att boende tappar matlusten, har svårt att äta/ eller tillgodogöra sig kosten.

### *Edö demens (51 platser)*

Antal: 8

I de fall där det konstaterats undernäring kan det bero på att personerna har varit på sjukhus och/eller efter sjukdom/fraktur tappat vikt under vårdperioden. Undernäring kan också uppkomma efter lunginflammation eller andra sjukdomar. De boende kan vägra att äta på grund av olika orsaker; minskad aptit, lust att äta, har en tro att maten är förgiftad, illamående med mera. Vi har inte rätt att tvångsmata någon men vi serverar eller lockar ofta med något annat än den ordinarie lunch/middagsmåltid vi serverar och som den boende kan tänkas vilja äta eller dricka.

## **5.4 Trycksår**

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt. Varje verksamhet som vårdar patienter med risk att få trycksår ska ha rutiner för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in. Trycksår kan uppkomma av många olika orsaker, men den gemensamma faktorn är att huden på ett visst område har utsatts för ett sådant tryck att blodtillförseln blivit störd.

Risken för trycksår är hög om en patient blir stillaliggande på grund av sänkt medvetandegrad, skador, svaghet eller smärta. Även för personer med nedsatt rörelseförmåga eller gångförmåga, minskat födo- och vätskeintag, inkontinens eller försämrat allmäntillstånd ökar risken.

Enheterna har arbetat preventivt genom att bedöma risker och att vidta åtgärder. Det förekommer trots det att personer boende på vård- och omsorgsboende samt servicehus drabbas av trycksår. Exempelvis i palliativt skede ökar risken för att trycksår ska uppstå. Om en person kommer till enheten och redan har ett trycksår får enheten ge den vård som krävs för att såret ska läka.

**Mål: Att alla medarbetare arbetar enligt den vårdpreventiva processen. Det vill säga utför riskbedömningar, kartlägger bakomliggande orsaker, planerar och följer upp resultat av åtgärder.**

Verksamheternas förebyggande arbetssätt. Alla patienter har en riskbedömning med hjälp av Norton vad gäller trycksår och den uppdateras varje år. Om risk för trycksår föreligger gör sjuksköterska en hälsoplan med omvårdnadsåtgärder som t ex antidecubitusmadrass som ordinerar förebyggande eller i

behandlande syfte. Sjuksköterska ser över nutritionstatus samt ordinerar lägesändringsschema vid behov. Personalen handleds i att uppmärksamma hudförändringar och rapportera detta. Fysioterapeut och arbetsterapeut förskriver förebyggande och behandlade dynor till rullstol, även förskrivning av hälskydd och glidlakan. Informerar vårdpersonal om vikten av fysisk aktivitet.

*Edö servicehus (149 platser)*

Antal personer med trycksår: 17

*Edö somatik (37 platser)*

Antal personer med trycksår: 11

Trycksår definieras i olika stadier och kan i första stadiet bestå av enbart en rodnad, men det bedöms ändå som ett trycksår. Ett trycksår kan exempelvis uppkomma hos en person efter ett par timmar på en behandlingsbrits. Trycksår kan uppkomma efter försämringar i allmäntillståndet, efter frakturer, lunginflammationer och försämrad mobilitet. Vid dessa tillstånd vistas boende oftast på sjukhus.

*Edö demens (51 platser)*

Antal personer med trycksår: 11

Trycksår uppkommer ofta efter besök på akutmottagning och efterföljande sjukhusvård. Trycksår definieras i olika stadier och kan i första stadiet bestå av enbart en rodnad, men det bedöms ändå som ett trycksår. Ett trycksår kan uppkomma hos en person efter ett par timmar på en behandlingsbrits. Trycksår kan uppkomma efter försämringar i allmäntillståndet efter fraktur, lunginflammationer och försämrad mobilitet. Viktigt att snabbt informera vårdpersonal och sätta in vårdåtgärder efter riskbedömning för trycksår till exempel behandlande antidecubitusmadrasser och tryckavlastande rullstolsdynor, hälskydd, vändscheman, näringstillskott mm.

## 5.5 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är ett omfattande problem med konsekvenser för individ, sjukvård och samhälle. Det kan leda till vårdskador vilket innebär ett lidande för de drabbade och ökade kostnader för samhället. Det är därför viktigt med följsamhet i livsmedelshygien, basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg.

Verksamheten arbetar utifrån basala hygienrutiner som alltid tillämpas när patienten undersöks, vårdas eller behandlas. Det förhindrar spridning av smitta och skyddar både vårdtagare och

vårdpersonal. Verksamheterna deltar i infektionsregistrering enligt rekommendationer av Vårdhygien i Stockholms län.

**Mål: Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner.**

Verksamheternas förbyggande arbetssätt. Vårdpersonal informeras vikten av att följa de lokala hygienrutinerna. Personalen har genomgått nätbaserad hygienutbildning. Observation/checklista av hygien via hygienombud. Samarbete med Vårdhygien vid behov, för att säkerställa rutiner och förhindra smittspridning. Vårdrelaterade infektioner registreras månadsvis.

Hygiensköterskan gör årliga besök och enheterna tar del av råd och föreskrifter.

**Enheternas kommentarer**

*Edö servicehus (149 platser)*

Enheten har under året haft ett fall där en patient konstaterats ha TBC. För att förhindra smittspridning har samverkan har skett med infektionsmottagningen på Huddinge sjukhus, vårdhygien och Mas. Personalen har fått återkommande information om sjukdomen, handledning och hygienföreskrifter. Förteckning gjordes över all personal som varit i kontakt med den boende. Personal från infektionsmottagningen besökte sedan enheten och tog prover på berörd personal. Fortsatt behandling där det upptäcktes latent smitta har genomförts på Huddinge sjukhus.

*Edö demens (51 platser)*

Enheten har haft några enstaka fall av vinterkräksjuka som dock begränsats i tid genom isolering och andra åtgärder för att minska smittspridning. De flesta äldre vaccineras mot influensa men man har som boende/anhörig rätt att tacka nej och det händer ibland att någon insjuknar.

## 5.6 Loggkontroller

I patientdatalagen<sup>4</sup> (PDL) och i Socialstyrelsens föreskrifter<sup>5</sup> om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården regleras vårdgivarens ansvar för rutiner och kontroll av åtkomst till patientuppgifter. Syftet med loggkontroll är att granska att åtkomsten till patientuppgifter sker enligt gällande regelverk.

---

<sup>4</sup> Patientdatalag (2008:355)

<sup>5</sup> 2 kap. 19 § SOSFS 2008:14 samt Handbok till stöd för tillämpningen SOSFS 2008:14.

Det sker genom att följa upp sekretess, det vill säga att endast behöriga användare kommer åt journalinformationen och spårbarheten, det vill säga vem som läst eller gjort förändringar i journalen.

Kontrollen ska ske på ett systematisk och regelbundet sätt samt dokumenteras. Verksamhetschefen ansvarar för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen.

Rutinen ska vara känd och följas i verksamheten, resultat ska rapporteras till MAS.

**Mål: Att alla verksamheter följer rutin för loggkontroller i Vodok.**

Alla verksamheter har gjort loggkontroller i det elektroniska journalhanteringssystemet, Vodok.

*Edö servicehus (149 platser)*

Enheten har under året kontrollerat samtliga journaler. En incident har rapporterats på servicehuset som meddelades till medicinskt ansvarig sjuksköterska. En utredning har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska i Enskede- Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning. Utredningen visade att en personal som inte var direkt involverade i vården av en patient hade läst dennes journal. Det resulterade i en varning från arbetsgivaren till berörd personal.

*Edö somatik (37 platser)*

Loggkontroller har genomförts regelbundet. Inget anmärkningsvärt har framkommit.

*Edö demens (51 platser)*

Enhetschef har kontrollerat 4-5 journaler per månad och gjort loggkontroller under tidsperiod en månad. Kontrollerna har skett systematiskt med en avdelning i taget och 40 journaler har loggkontrollerats. Resultatet är lämnat till verksamhetschef och MAS.

## **5.7 Sammanställning och analys**

### **5.7.1 Kvalitetsråd**

På enheternas kvalitetsråd följs resultaten upp från nationella kvalitetsregistren och enheternas månadsstatistik. Varje månad

diskuteras och granskas avvikelser i enheternas kvalitetsråd där enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal finns representerade. Åtgärder beslutas och rapporteras vid behov till alla medarbetare på arbetsplatsträffar.

### **5.7.2 MAS och MAR**

Sammanställningar av resultat, oftast i samband med årliga verksamhetsuppföljningar, lyfts med respektive verksamhet. Där diskuteras orsak och behov av åtgärder.

## **6 Övergripande mål och strategier för 2016**

Utifrån ovanstående uppföljning, resultat, sammanställning och analys har följande områden identifierats för fortsatt utveckling i syfte att kvalitetssäkra patientsäkerheten vid Edö.

### **Mål**

- Ett fungerande teamsamverkan för en personcentrerad och patientsäker vård.
- Att verksamheten använder sig av nationella kvalitetsregister (Senior Alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret) i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen i syfte att förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienterna.
- Hälso- och sjukvårdspersonal utvecklar arbetet med hälsoplaner.
- För god vård i livets slutskede ska en palliativ vårdplan upprättas inför alla förväntade dödsfall.
- Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner.
- Att alla verksamheter följer rutin för loggkontroller i VODOK.

### **Strategier**

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska

respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

- *Regelbundna teammöten* ska prioriteras i verksamheten. Utbildningsinsatser för att stärka och utveckla teamet kommer att genomföras under året.
- *Kvalitetssäkring*: Att verksamheten arbetar med implementering och registrering i nationella kvalitetsregister det vill säga Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Resultat analyseras och om behov finns vidtas åtgärder på individ- och enhetsnivå. Det ökade användandet av kvalitetsregistren bidrar till att teamets samlade kompetens tas tillvara.  
*Hälsoplaner*: Hälso- och sjukvårdspersonal försätter gemensamt med arbetet att utveckla hälsoplaner för patienten. De upprättas bland annat vid bedömd risk för fall, undernäring och trycksår samt vid behov av funktionshöjande åtgärder.
- *Palliativ vårdplan*: Att planer upprättas när vården byter inriktning, från behandlande till symtomlindrande vid vård i livets slutskede. Detta sker efter att beslut (brytpunkt) fattats av patientansvarig läkare. Demensenheten avser utveckla läkarinformation till närstående, eftersamtal, önskemål om dödsplats samt utförd validerad smärtskattning.
- *Vårdrelaterade infektioner*: Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- *Loggkontroller*: Att rutiner är kända och följs i verksamheten samt att resultat rapporteras till MAS.

## 7 Definitioner

*Egen regi:* avser verksamhet (enhet) som bedrivs av Farsta stadsdelsnämnd.

*Patient:* avser person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård, används vid vårdrelationer.

*Legitimerad personal:* avser hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga person anställd som sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut.

*Omvårdnadspersonal:* avser person anställd som vårdbiträde eller undersköterska.

*Journal:* avser patientens journal förd inom hälso- och sjukvårdens område av legitimerad personal.

*Hälsoplaner:* avser omvårdnads- och rehabiliteringsplaner.

*Avvikelse:* avser en icke förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada eller risk för vårdskada för patient.

*Vårdskada:* avser lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.