

# **Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens sdf äldreomsorg**

**Fridhemmets servicehus**

**År 2016**

Ansvarig för innehållet

**Verksamhetschef för 29§ HSL Odi Nzeribe**

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) Ulrika Danell och  
Medicinskt Ansvarig för Rehabiliterings (MAR) Linnea Svanström  
Leistedt**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....</b>	<b>2</b>
<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>4</b>
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>6</b>
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering .....</b>	<b>6</b>
<b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder     som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>7</b>
<b>Uppföljning genom egenkontroll .....</b>	<b>8</b>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>26</b>
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>27</b>
<b>Hantering av klagomål och synpunkter .....</b>	<b>29</b>
Klagomål och synpunkter .....	29
<b>Sammanställning och analys .....</b>	<b>29</b>
<b>Samverkan med brukare och närstående .....</b>	<b>29</b>

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

SOSFS 2011:9 7 kap. 3§

## **Sammanfattning:**

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen gällande hälso- och sjukvården på Fridhemmets servicehus används kvalitetsinstrumentet QUSTA. Den bygger på att all personal ska ha kunskaper om riktlinjer som gäller från den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Dels en del med frågor som regleras enligt förordningar och dels med frågor som berör vård och behandling. Resultatet fastställer en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Fridhemmets servicehus har oförändrat resultat på 88 % jämförelse med föregående år.

Lokala rutiner och struktur för arbetet har tagits fram under året och ger förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten behöver fortsätta arbeta med implementeringen nya arbetssätt inom områdena inkontinens och fallprevention i verksamheten. Även teamarbetet behöver fortsatt utvecklas. Dock har fokus just lagts på just teammöten med representanter från alla personalkategorier, med fokus på boende i centrum. Ny rutin har skrivits med ny mötesstruktur för att effektivisera och kvalitetssäkra arbetet. Vidare är det viktigt att verksamheten arbetar efter en strukturerad plan för hur lokala rutiner och MAS/MAR regler implementeras hos personalen.

Under året har ett stort fokus lagts på området riskbedömningar och åtgärdsplaner. Årets resultat visar på att samtliga brukare (100 %) har fått en Downton och ADL bedömning utförd. Apoteksgranskning har utförts av apoteket och de förslag och rekommendationer till förbättringar har utförts.

Det har skett en utveckling i att hantera den nya journalstrukturen med användning av ICF och KVÅ koder men ett fortsatt behov av utveckling finns så att man i dokumentationen kan följa hela vårdprocessen. Det som främst behöver utvecklas är kartlagt hälsotillstånd och hälsoplaner och koppling ordinationer/åtgärder samt uppföljning av dessa. Ett medelvärde av dokumentationsgranskningen gav 20 poäng av 33 vilket är godkänt.

Övergripande mål att alla våra medarbetare ska arbeta utefter de värderingar som finns för att skapa en meningsfull och trygg tillvaro för våra brukare. Våra kärnvärden är något vi arbetat mycket med under året i olika forum och är något som genomsyrar verksamheten och ligger som grund i utvecklingssamtal, lönesamtal samt individuella möten. Vi kommer att fortsätta arbeta med våra mål och vår värdegrund under 2017.

## Övergripande mål och strategier

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

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

Fridhemmet har även ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete. Det används som verktyg för att leda, planera och säkra verksamheten. Det möjliggör att Pilträdet kan bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (SOSFS 2011:9),

### Åtaganden för Fridhemmets servicehus

1. Brukare får en god vård och omsorg
2. Brukare har en meningsfull tillvaro
3. Boende blir respektfullt bemötta och är delaktiga
4. Brukare är delaktiga och har självbestämmande
5. Brukare är trygga
6. Ledarkapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat.

### Mål för verksamheten Fridhemmets servicehus

1. Inkontinensutredningar för varje boende.
2. Att minska risken för fall och minimera risken för fallskador vid fall
3. Inga trycksår skall uppstå under tiden du vistas på Fridhemmets servicehus.
4. Vid nedsatt funktionsförmåga efter sjukhusvistelse återgå till tidigare funktionsnivå.
5. 90% av de boende ska ha en aktuell ADL- utredning.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Att regelbundet följa upp hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna genom anmälda som oanmälda besök. Ansvariga för uppföljningarna är Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)
2. MAS och MAR gör årligen en syn av verksamheten och använder då sig av kvalitetsinstrumentet QUSTA. Instrumentet består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform. Den består av en del frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler. QUSTA fastställer sedan en gräns för vad som är en godkänd kvalitetsnivå.

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

3. Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt. Brukarnas psykiska, fysiska och medicinska behov kartläggs och följs upp via bedömningsinstrument och vårdplaner. Vi använder oss av kvalitetsregistret senior alert och palliativa registret för att utveckla och stärka det tvärprofessionella arbetet kring varje brukare. Vi arbetar systematiskt med att analysera och följa upp inkomna avvikelser gällande fallolyckor, läkemedelshantering och ex brister i vårdkedjan, omvårdnad, trycksår mm. Avvikelse tas upp på kvalitetsforum och följs upp på våningsmöten samt APT. Redovisning gällande verksamhetens resultat sker i tertial 1, tertial 2 och verksamhetsberättelsen. Legevisitten samt sjuksköterskejouren Vårdlijan är en viktig del i att säkra vården. Vi har ett samverkansavtal som tydliggör ansvarsområdet och vilka rutiner vi följer för att säkra en god vård. Uppföljningsmöten sker med både legevisitten och vårdlijan sker kontinuerligt.
4. Vi arbetar även fortlöpande systematiskt med läkemedelsgenomgångar, basala hygienrutiner, dokumentation, nutrition, munhälsa, sårbehandling, inkontinens. Uppföljning och egenkontroller sker enligt rutin för att säkra informationsflöde och ge en trygg och säker vård.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd

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

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

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

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

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

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

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

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

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

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

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

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

### **Verksamhetsuppföljning**

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

### **Infektionsregistrering**

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

### **Svenska Palliativ registret**

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

### **Dokumentationsutbildning**

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

### **Senior alert**

Enheten registrerar riskbedömningar i Senior alert. Ett område som det fortsatt lagts focus på under 2016. Enheten arbetar för att samtliga brukare ska få årliga riskbedömningar, risker och åtgärder diskuteras i multiprofessionella team.

### **Dokumentation**

All personal har fått utbildning i det nya ICF systemet.

### **Månadsstatistik**

Månadsstatistik fylls i enligt mall och lämnas till MAS varje månad.

### **Apoteksgranskning**

Apoteket har under året granskat läkemedelsförråden den 3 december 2015. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. MAS, biträdande enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska medverkar vid granskningen.

### **Hygienrond**

En hygienrond har utförts under 2016 Fridhemmets servicehus. De sammanfattande rekommendationerna har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§*

Egenkontroll sker även genom att vi vart tredje månad kontrollerar alla signeringslistor och räknar alla luckor för att se vad bristerna finns. En sammanställning görs och resultatet tas upp på kvalitetsforum samt APT. Egenkontroller sker även genom att vi vart tredje månad under en dag kontrollerar att alla följer basala hygienrutiner genom självskattning och via en hygienobservatörer. Dokumentationsgranskning sker även enligt rutin 2 gg/år av dokumentationshandledare. Egenkontroller sker även gällande riskbedömningar en gg/ mån och resultatet redovisas på HSL möte.

## **QUSTA**

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av MAS/ MAR. Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan vård- och omsorgsboenden och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

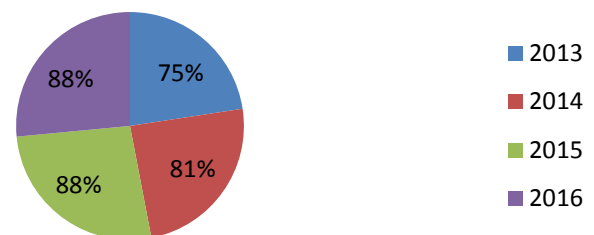
Varje kapitel i instrumentet, förutom dokumentationen, har poängsatts till 20 poäng, maximalt 280 poäng. Kvalitetsuppföljningar ska stimulera verksamheterna till ständig förbättring och vidare- utveckling.



## Sammanfattning QUSTA

Fridhemmets servicehus har oförändrat resultat jämfört med 2015.

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

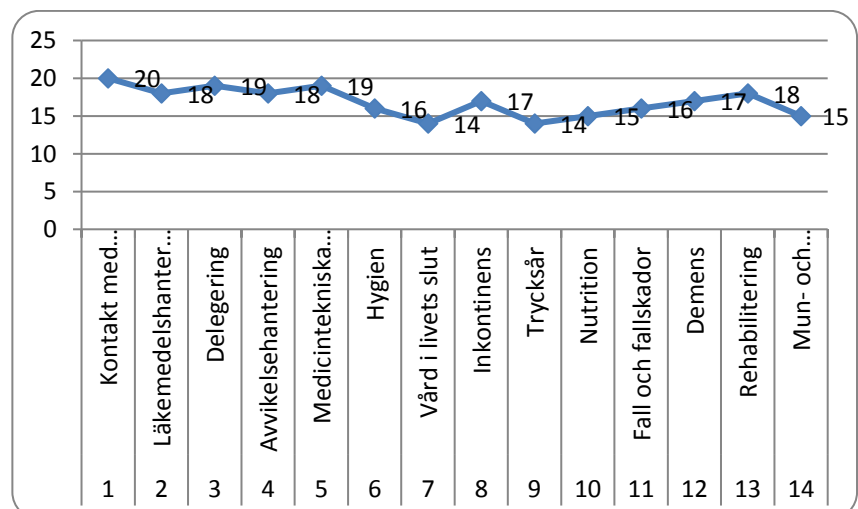


Lokala rutiner har och strukturer har tagits fram och ger förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten behöver fortsätta att arbeta med implementeringen av arbetssätt inom områdena inkontinens och fallprevention i verksamheten. Även teamarbetet behöver utvecklas. Viktigt att verksamheten har struktur för lokala rutiner och MAS/MAR regler implementeras hos personalen. Resultatet kommer att följas upp i samband med Qusta uppföljningen 2017.

Kunskap om vårdprocessens delar och användning av journalsystemets frastexter och hjälpfrastexter tillsammans med en ständig kollegial dialog kan vara bidragande till att utveckla dokumentationen.

Dokumentation som visar på patientens delaktighet bedöms vara ett utvecklingsområde.

## Resultat av kvalitetsgranskningen 2016



## **Rutinpärmen**

Rutinpärmen ska vara så tydlig att all ordinarie hälso- och sjukvårdspersonal och tillfälligt anställd legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutinerna. Lokala rutinen ska upprättas så att det syns vilken verksamhet som äger den och vem som upprättat den och vem som ansvarar för att hålla den aktuell. En tydligare struktur. Övrig personal ska också känna till MAS/MAR- regler och ledningssystemet som går att läsa på MAS hemsida [www.stockholm.se/masmarinnerstaden](http://www.stockholm.se/masmarinnerstaden)

### *1. Läkarkontakt.*

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

### *Bedömning*

- Fungerande

### *2. Läkemedelshantering*

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

### *Förbättringsåtgärder*

- Verka för att MAS/MAR regler om läkemedelshantering används vid delegeringsförfarandet
- Säkerställ att den lokala rutinen för läkemedelshantering är känd och tillgänglig för berörd personal.
- Säkerställ att det finns dokumenterat i patientjournalen om patienten inte själv klarar av att hantera sina läkemedel, att det övertas av sjuksköterskan.

### *Åtgärder*

Utbildning för läkemedelshantering har setts över. Samtlig personal har fått information och material om regler och rutiner för läkemedelshantering vid delegeringstillfället. Personal utför kunskapstest innan de får delegering och en gång om året.

### 3. Delegering

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

#### *Bedömning*

Fungerande.

### 4. Avvikelse

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

#### *Förbättringsåtgärder*

- Säkerställ att MAS alltid kontaktas vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada
- Säkerställ rutinen för att återkoppla till berörd personal vidtagna åtgärder när en risk eller negativ händelse har inträffat.

#### *Åtgärder*

Rutinen för avvikelshantering är uppdaterad och personal har fått information om att allvarliga händelser ska rapporteras direct till MAS. Återkoppling av avvikelser till personal sker på kvalitetsforum, APT samt direkt till berörd person enligt rutin.

### 5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Övrig personal ska undervisas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruks-anvisningar på svenska tillgängliga för användare och kontroll av funktion ska ske regelbundet. En inventarielista ska finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

En inventering och översyn av verksamhetens inköpta hjälpmedel är pågående.

#### *Förbättringsåtgärder*

- Arbeta för att kontinuerligt säkra kompetens hos personal

### *Åtgärder*

Sjukgymnast och arbetsterapeut arbetar konternueligt med att informera och instruera personal ang. Hjälpmedel. Det har även tillkommit en flik i brukarnas individuella pärmar för specifika hjälpmedel.

### 6. Hygien

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

Verksamheten håller succesivt på att installera utrustning för personalens handhygien i varje lägenhet.

Verksamheten ska ta fram en rutin för att säkerställa rengöring av flergångs material som finns i patienterna lägenheter.

### *Förbättringsåtgärder*

- Utföra egenkontroll gällande basal hygien samt dokumentera resultat av detta.
- Säkra följsamhet till basala hygienrutiner

### *Åtgärder*

Egenkontroller för följsamhet till basala hygienrutiner samt observation av förutsättningar för basala hygienrutiner görs 4ggr/år. Hållare för hygienutrustning har satts upp i lägenheterna, samtlig personal utför webb-utbildning i basalahygienrutiner 1ggn/år.

### 7. Vård i livets slutskede

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

### *Förbättringsåtgärder*

- Använd evidensbaserade skattningsskala vid bedömning av vårdtagarens smärta och dokumentera resultatet samt åtgärd i journalen.

### *Åtgärder*

Enheten arbetar med att implimentera evidensbaserad smärtskattning.

### 8. Inkontinens

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

### Förbättringsåtgärder

- Samtliga sjuksköterskor har i dagsläget inte utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel vilket medför att alla boende inte är utredda av sjuksköterska med utbildning.
- Verka för att tillgodose behovet av toalettassistans.
- Dokumentera genomförd utredning och inkontinensprodukt/storlek/sort i vårdtagarens journal
- Plan ska upprättas när det finns inkontinensproblematik

### *Åtgärder*

Enheten arbetar teambaserat för att tillgodose behovet vid toalettassistan vid teammöten. Samtliga sjuksköterskor har gått utbildning i förskrivningsrätt samt använder gудie där inkontinenshjälpmedel förskrivs till varje brukare med behov. Vilken product som brukaren har och utredning dokumenteras i journalen. Vårdplaner är ett utvecklingsområde som enheten arbetar med, enstaka vårdplaner har upprättats.

### 9. Trycksår

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

### *Förbättringsåtgärder*

- Säkerställ att det finns en buffert med tryckavlastande madrasser
- Säkerställ att arbetsterapeut eller sjukgymnast konsulteras vid risk för trycksår eller om trycksår uppkommit.
- Använda evidensbaserad skattningsskala vid smärta

### *Åtgärder*

Sjuksköterska samarbetar med sjukgymnast och arbetsterapeut vid risk för eller uppkommen tryckskada. Enheten arbetar med att implementera evidensbaserad skattningsskala vid smärta samt hur smärta ska dokumenteras i journalen. Två tryckavlastande madrasser är inköpta till verksamheten.

## 10. Nutrition

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

### *Förbättringsåtgärder*

- Konsultera arbetsterapeut/sjukgymnast vid nutritions problematik.

### *Åtgärder*

En dietist har börjat arbeta på enheten och konsulteras vid nutritionsproblematik. Varje vecka hålls möte där sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist deltar och diskuterar brukare med nutritionsproblematik.

## 11. Fall och fallskador

Fallolyckor förekommer bland boende inom äldreomsorgen. För att förebygga fall och fallskador bör all personal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Enheten ska ha skriftliga rutiner som säkrar arbetssättet. För att identifiera personer med risk ska en riskbedömning enligt Downton fallrisk index göras vid inflyttningen, Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ska undervisa/handleda omsorgspersonalen om fallförebyggande åtgärder. Om en boende med nedsatt kognition/demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallolyckor ska analyseras och analyser, risk-bedömning och åtgärder dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### *Förbättringsåtgärder*

- Säkerställ att sjukgymnast/arbetsterapeut alltid får information om fallolyckor.
- Säkerställ att läkare alltid informeras om fall för vårdtagare med nedsatt kognition eller skallskada.
- Se över möjlighet att erbjuda strukturerad utbildning om fallprevention i verksamheten

### *Åtgärder*

HSL-personalen har dagliga rapporteringsmöten där de tar upp aktuella händelser som t ex fall. Fallprevention tas upp på teammöten där individuella åtgärder för varje brukare med risk diskuteras. Läkare kontakts vid skallskada eller då vårdtagare med nedsatt kognition ramlat enligt rutin.

#### 12. Demens

*Området bedöms ej för servicehus*

#### 13. Rehabilitering

ADL-bedömning och funktionsbedömning ska erbjudas vid inflyttning och vid behov samt minst årligen. Boende som har behov av åtgärder från av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även fysioterapeut/sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta.

### *Förbättringsåtgärder*

- Verka för att sjukgymnast/fysioterapeut och eller arbetsterapeut medverkar vid vårdplanering

### *Åtgärder*

Arbetsterapeut och sjukgymnast får kännedom om samtliga inplanerade vårdplaneringar och medverkar utefter behov.

#### *14 Mun- och tandhälsovård*

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

### Förbättringsåtgärder

- Säkerställ att berörd personal har tillgång till munvårdskortet med råd och anvisningar

### *Åtgärder*

Munvårdskorten förvaras i de individuella pärmarna i brukarnas lägenheter.

## ***Dokumentation***

För att kunna kvalitetssäkra vården krävs att patientjournalen innehåller komplett information under allmänna uppgifter, anamnes samt ankomststatus för bedömning av patientens behov av insatser. Genomförda riskbedömningar och ADL bedömning enligt Sunnås ska genomföras inom 14 dagar. Detta ska ligga till grund för den fortsatta vården och vara ett stöd för att bedöma förändringar i hälsotillstånd och funktion.

MAS och MAR har granskat 21 stycken slumpmässigt utvalda journaler varav 9 nyupprättade efter övergång till ny journaltyp. Det innebär att 12 brukare har information i två system.

Det har skett en utveckling i att hantera den nya journalstrukturen med användning av ICF och KVÅ koder men ett fortsatt behov av utveckling finns, för att bättre följa vårdens processer och följa upp vidtagna åtgärder och insatser. Det som främst behöver utvecklas är det kartlagda hälsotillståndet, hälsoplaner där ordinationer och åtgärder kopplas samt uppföljning av hälsoplaner och åtgärder/ordinationer.

Kunskap om vårdprocessens delar och användning av journalsystemets frastexter och hjälpfrastexter tillsammans med en ständig kollegial dialog kan vara bidragande till att utveckla dokumentationen.

Ett medelvärde av granskningen gav 20 poäng av 33 vilket är godkänt.

Väsentlig information finns i stor utsträckning.

Bakgrundsdata finns delvis i journalerna, i 9 journaler saknades dokumenterad vårdkontakt. Samtycken saknas helt i 5 journaler. Verifierade medicinska diagnoser fanns i 17 av 21 journaler.

Användningen av uppmärksamhetssignalen, varning saknades i en journal.

Kartläggning fanns endast i nio journaler, vanligen utifrån enskild problemställning och analyserar inte hälsa i helhet. Denna del av



journalen används även ibland felaktigt som ”daganteckning” över händelser.

Riskbedömningar görs i stort sett hos samtliga patienter, förutom ROAG. Resultatet av riskbedömningarna borde kunna användas mer som underlag för kartlagt hälsotillstånd och upprättande av hälsoplaner där ordinationer och åtgärder kan kopplas.

Inkontinensutredning enligt Nikola finns hos 18 patienter av 21 vilket är bra. Ett utvecklingsområde är att dokumentera inkontinenshjälpmedel under produkter och teknik och upprätta hälsoplaner vid problem.

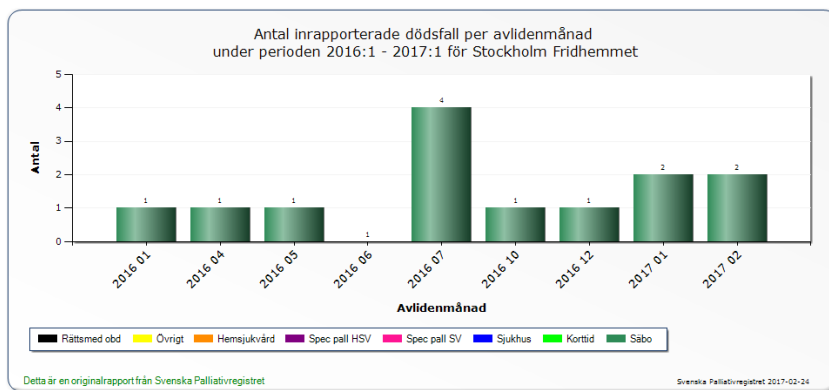
Hälsoplaner har upprättats i 13/21 några av dessa är inte kompletta då de saknar mål för avsett hälsotillstånd. Befintliga ordinationer/åtgärder kopplas inte alltid till planen och vissa planer saknar helt åtgärder. Uppföljning och utvärdering saknas för samtliga planer.

Dokumentation som visar på patientens delaktighet bedöms vara ett utvecklingsområde.

## Övrigt

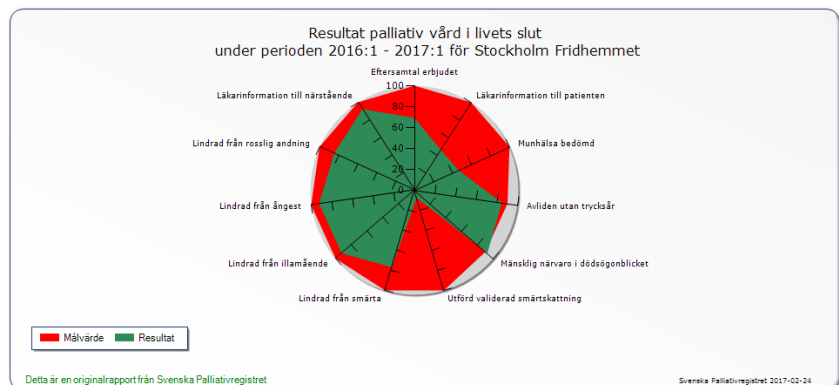
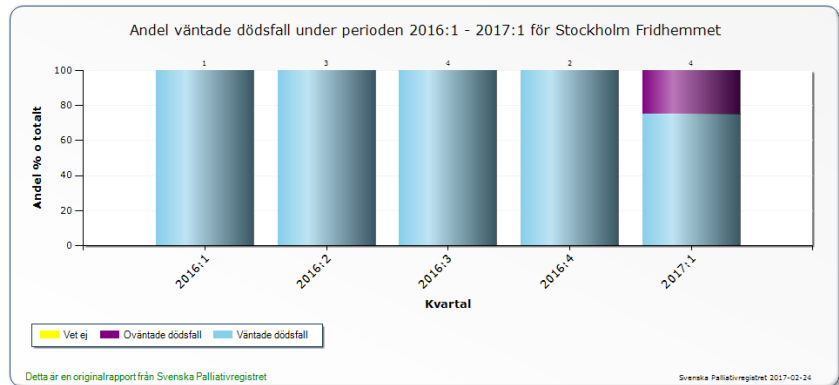
### *Palliativa registret*

Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet.



## Resultat Kvalitetsindikator palliativ vård i livets slut under perioden 2016:1 - 2017:1 för Stockholm Fridhemmet

Antal vårdtillfällen i urvalet: 14



Resultatet av utdraget från palliative registret indikerar att enheten behöver utveckla flera områden av den palliative vården i livets slut. Statistiken visar på tt områden som validerad smärtskattning, munhälsa, läkarinformation till patienten och efterlevnadssamtal har långt till målvärdet. Andra områden som lindrad från smärta, illamående, ångest och rosslig andning behöver enheten också arbeta med. Enheten når upp till målet för mänsklig närvaro vid dödsögonblicket.

### Infektionsregistrering

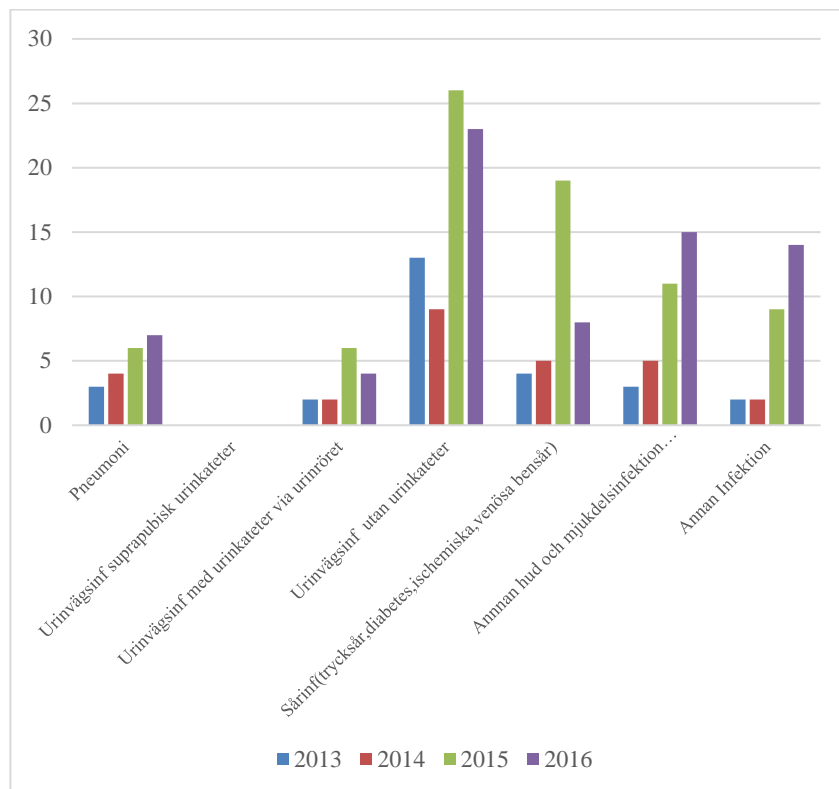
Enheten har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som sammanställts av MAS och anmälts in till Vårdhygien.

### Indikation för antibiotikabehandling

Tabellen nedan är en jämförelse mellan infektionsregistrering år 2013, 2014 och 2015. Antal brukare med pneumoni har ökat något jämfört med tidigare år.

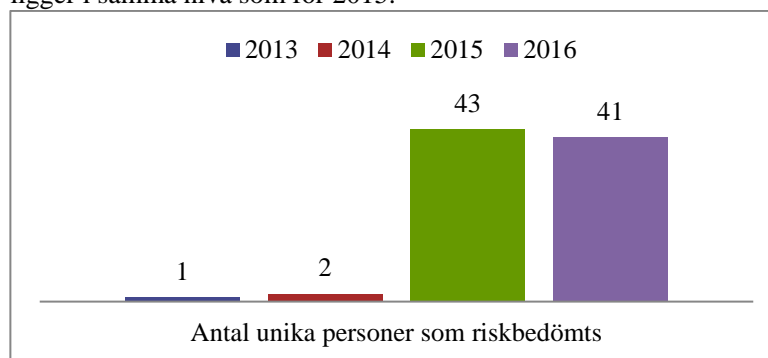
Antal nya fall under 2016 som indikerat antibiotikabehandling hos vårdtagare med urinvägsinfektion och urinkateter är liknande som tidigare år. Urinvägsinfektioner hos vårdtagare utan urinkateter har minskat jämfört med 2015, men ökat jämfört med 2013 och 2014. Även sårinfektioner har minskat jämfört med 2015 och ökat något jämfört med

2013 och 2014. Annan hud och mjukdelsinfektion och annan infection har ökat.



### Senior alert

Enheten har påbörjat registrering i Senior alert och antalet registreringar ligger i samma nivå som för 2015.



### Pascal

Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera dosdispenserade läkemedel. Pascal har ersatt Apotekets e-dos.

### Apotekets kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd

Apoteket har 3 december 2015 granskat läkemedelsförråden. Akut- och buffertförråden är ett litet förråd med läkemedel där landstinget står för

kostnaden och som enbart ska användas vid akuta situationer. Läkemedelshanteringen ska genomgå en extern granskning minst en gång om året. Stadsdelsnämnden har tecknat ett avtal med apoteket gällande granskningen. Granskande leg. Apotekare går igenom förråden, rutiner mm och hon följer även upp föregåendes års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive chef samt förråds-ansvarig sjuksköterska.

### **Sammanfattning**

Den praktiska läkemedelshanteringen på servicehuset uppfattas som mycket väl fungerande. Ett fåtal förslag till förbättringar precenteras i rapporten.

Sedan föregående granskning har de lokala rutinerna reviderats och ansvarsfördelningen är uppdaterad. Förbättringsförslagen från föregående år har tillgodosetts.

### **Förslag till förbättringar**

- Rekommenderar att lokal rutin för läkemedelshanteringen blir dokumentstyrd
  - Dokumentationshuvud (namn, giltighetstid, författare, revidering, version mm)
  - Innehållsförteckning
  - Bilagor
- Sortera bort inaktuella ordinationshandlingar från boendes pärmar.
- Komplettera listan med signaturförtydliganden med läkarsignaturer. Alla som hanterar läkemedel ska finnas upptagna på listan.
- Se över listan för överlämnande av vid behovsläkemedel.
  - Skriv in indikation
  - Möjlighet att utvärdera effekt
- Skriv en rutin för dokumentation av utlämning av stående originalförpackningar till boendes skåp.
- Kassaktion av narkotika bör dubbelsigneras.

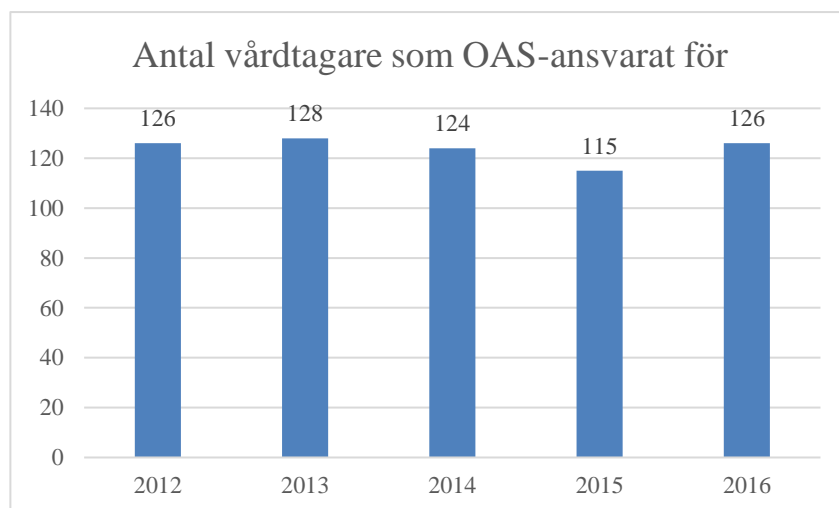
### **Uppföljning av föregående kvalitetsgranskning**

Sedan föregående granskning har de lokala rutinerna reviderats och ansvarsfördelningen är uppdaterad. Förbättringsförslagen från föregående år har tillgodosetts.

## HSL- indikatorer

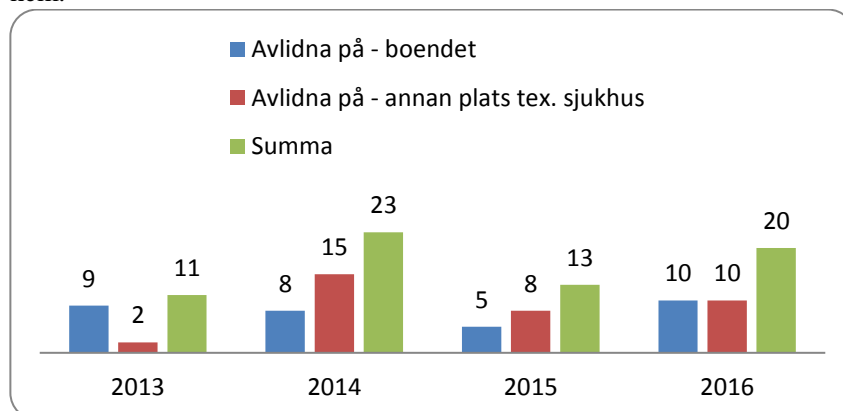
En jämförande statistik har gjorts under perioden 1/10-30/9 för samtliga år.

I nedan tabell visas ett medelvärde på antalet vårdtagare som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerat och haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för under perioden.



## Avlidna

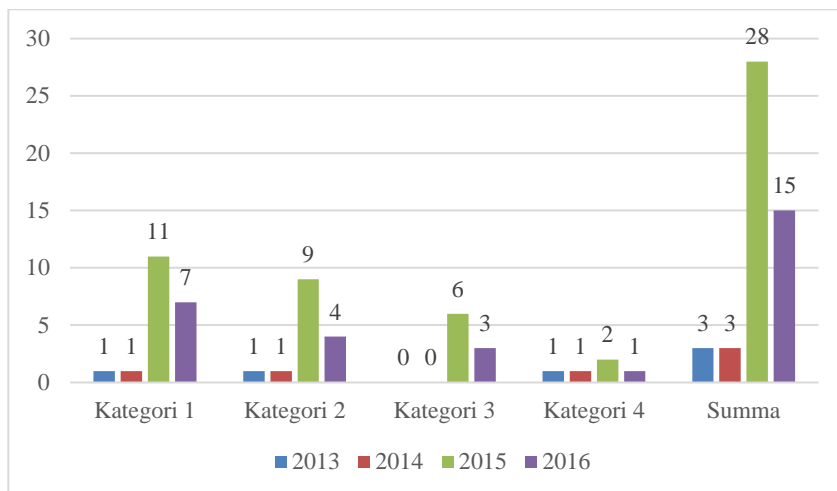
Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Andel personer som avlidit på boendet har ökat jämfört med 2014 och 2015. 2013 var det en större andel brukare som avled i sitt hem.



Statistiken grundas på antal vårdtagare.

## Trycksår

Antalet registrerade trycksår har ökat minskat jämfört med 2015 och ökat jämfört med 2013 och 2014.

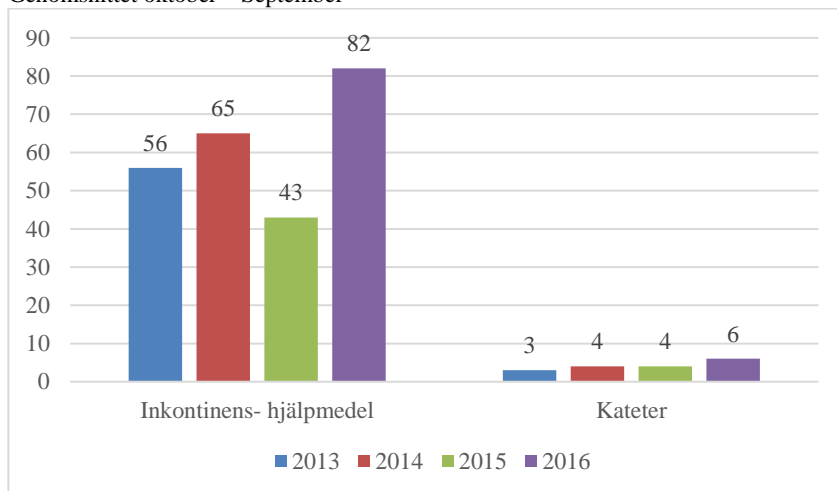


Genomsnittet oktober – september

### Förskrivna inkontinenshjälpmedel

Förbrukningen av inkontinenshjälpmedel har ökat jämfört med tidigare år. Användandet av urinkateter är ungefär samma.

Genomsnittet oktober – September



82

### Specifik omvårdnad

Flera av de äldre som flyttar in i ett särskilt boende har ett hälso- och sjukvårdsbehov medan vissa har ett hälso- och sjukvårds-behov som de kan klara av själva eller endast behöver lite hjälp med. Specifik omvårdnad ges till vårdtagare som exempelvis har behov av respirator, tracheostomi, syrgaskoncentrator, intrave-nöst dropp, injektioner, blodtransfusioner, såromläggningar eller som inte kan tillgodogöra sig vanlig kost utan får nutrition via någon form av sond. Under verksamhetsåret har 25 personer haft någon form av sår där det krävs omfattande såromläggning.

1 oktober - 31 juli

2013

2014

2015

2016

<b>Antal boende subcutana venportar</b>	1	0	2	0
<b>Antal boende picc-liner</b>	0	0	0	0
<b>Antal boende trackeostomier</b>	0	0	0	0
<b>Antal boende perifer venkanyler</b>	1	0	1	0
<b>Antal boende syrgas/syrgaskoncentratorer</b>	1	2	8	0
<b>Antal boende med pegsond</b>	0	0	0	0
<b>Antal med bensår</b>	4	4	4	10
<b>Antal boende med övriga sår</b>	7	9	5	15

Genomsnittet oktober – september

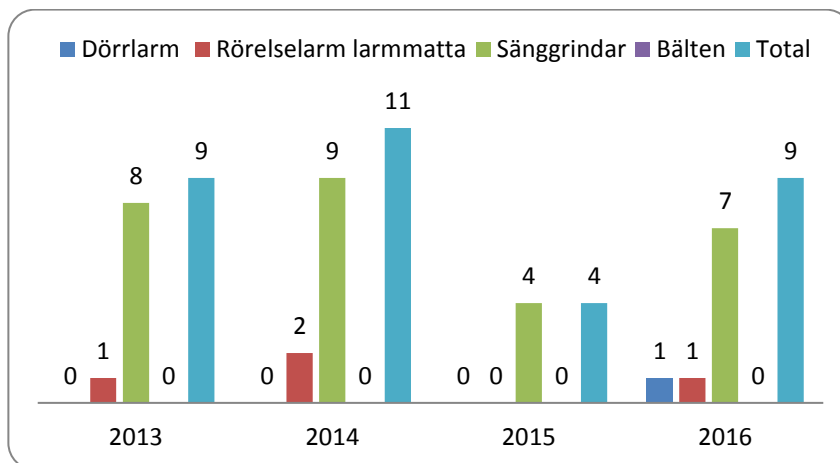
	6	0	0	0
<b>Antal blodtransfunderingar</b>				

Antal oktober-september

### Skyddsåtgärder

Användning av åtgärder som begränsar rörelsefriheten som att t.ex. inte kunna resa sig upp eller att larm utlöses vid förflyttning ur t.ex. säng, får inte användas utan ett samtycke från vårdtagaren. Åtgärden kräver förutom samtycke att en utredning av risker görs och att tidigare provade insatser inte räckt för att uppfylla säkerheten för vårdtagaren.

Vid en jämförelse med tidigare år kan man se att antal skyddsåtgärder har ökat jämfört med 2015, men minskat något jämfört med 2013 och 2014.



Genomsnitt perioden oktober – september

## Riskbedömningar

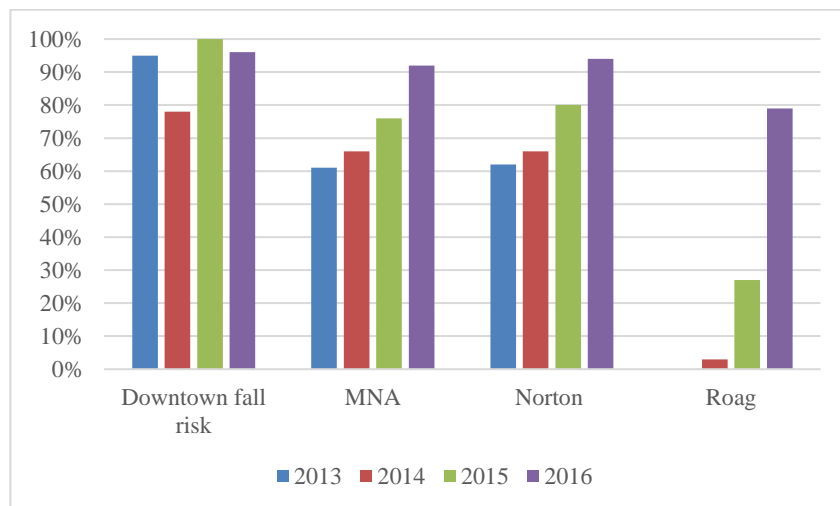
Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde inte tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst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

Instrument som ska användas är:

- Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus
- Norton för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) –munstatus.
- NIKOLA Kvalitetssäkringsprogram inkontinens

### Fridhemmets servicehus

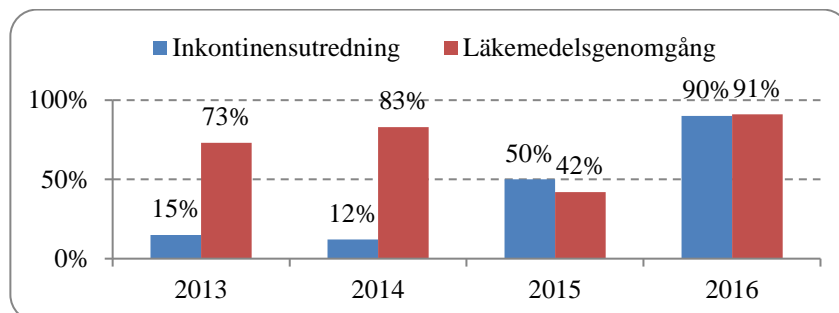
Genomförda riskbedömningar enligt MNA och Norton har ökat något jämfört med tidigare år. Fallriskbedömning enligt Downtown Fallriskindex har minskat något jämfört med 2015 och ökat jämfört med 2013 och 2014.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober.



Läkemedelsgenomgångar och inkontinensutredningar har ökat jämfört med tidigare år, se tabell nedan.

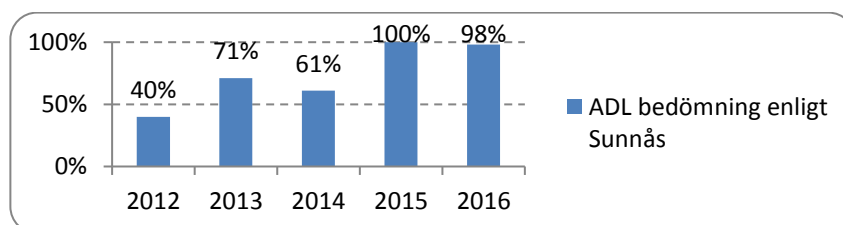


Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober till 30 september

## Övriga indikatorer

### ADL bedömningar enligt Sunnås

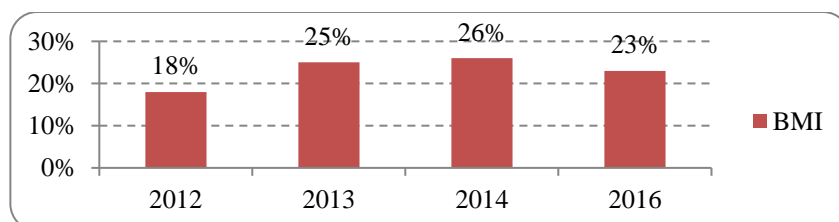
ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd visar att 98% har fått en bedömning. Detta är liknande resultat som föregående år och en tydlig förbättring jämfört med åren 2012-2014.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober

### Body Mass Index (BMI)

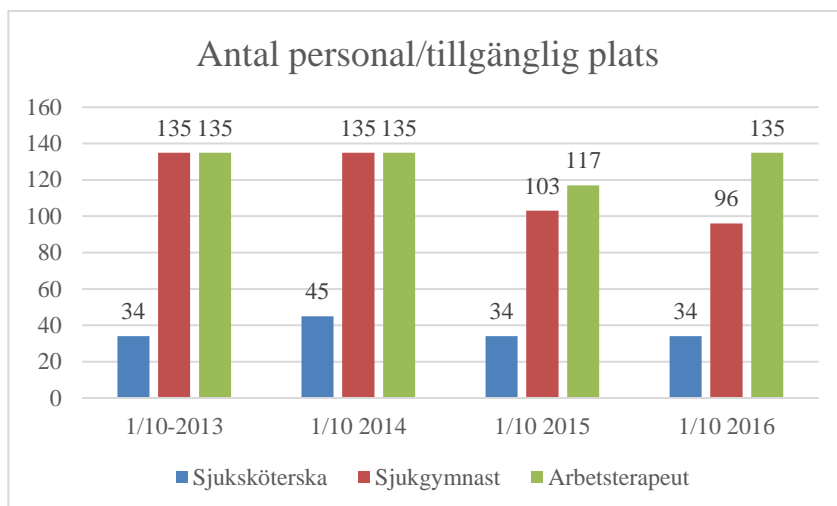
Ideal BMI för äldre förefaller ligga mellan 23 och 27. Kvalitetsindikatorn antal boende med ett BMI på 22 eller mindre ligger något lägre än 2013-2014 och något högre än 2012.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2011 till 30 september

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårds personal omräknat till heltid per den 1 oktober. Antal sjukgymnaster har utökats varför andelen boende/sjukgymnast minskat. Antal arbetsterapeuter har minskats till samma nivå som 2013- 2014. Sjuksköterskorna ligger kvar på samma andel boende som tidigare år.



### Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §*

Avtal med Vårdhygien finns. Kontakten med hygiensköterska fungerar väl. Samverkan sker med Tandvårdsenheten avseende munhygien.

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

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

Landstinget ansvarar för läkarinsatserna i särskilda boenden och kommunen ansvarar för all övrig hälso- och sjukvård upp till sjuksköterska, sjukgymnast- och arbetsterapeut. Insatserna ska utföras i samråd med den boende och närstående, när så är möjligt. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet. Det finns en lokal rutin framtagen för läkarorganisationen Legevisitten SÄBO och Serafen, Fridhemmet och Pilträdet servicehus. Samverkansmöten mellan de olika aktörerna sker regelbundet under året.

## Risakanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

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

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 §*

### Avvikelser

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

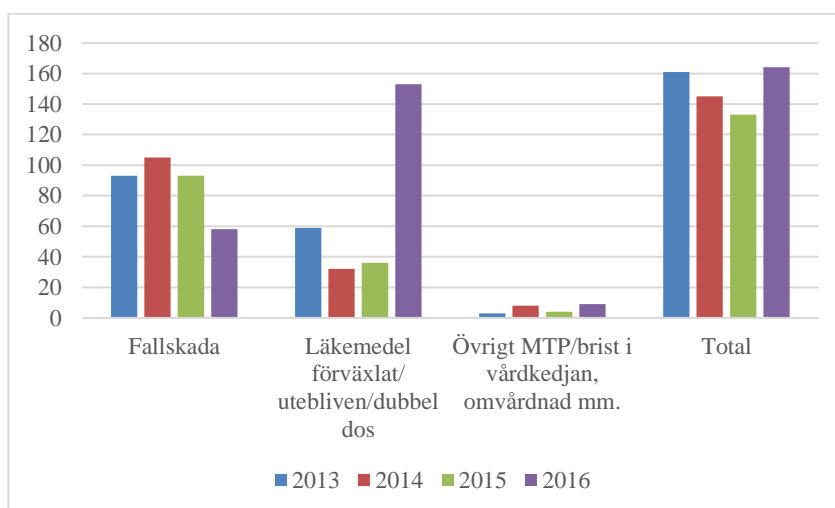
Fallavvikelser hanteras enligt befintlig rutin för fallavvikelser.

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

Se tidigare kapitel: Struktur och uppföljning.

### Registrerade avvikelser

Antal avvikelser med fallskada har minskat jämfört med tidigare år medan antal läkemedelsavvikelser har ökat. Även övriga avvikelser har ökat något. Enheten arbetar systematiskt med avvikelser och för att medarbetare ska skriva avvikelser när något inträffar.

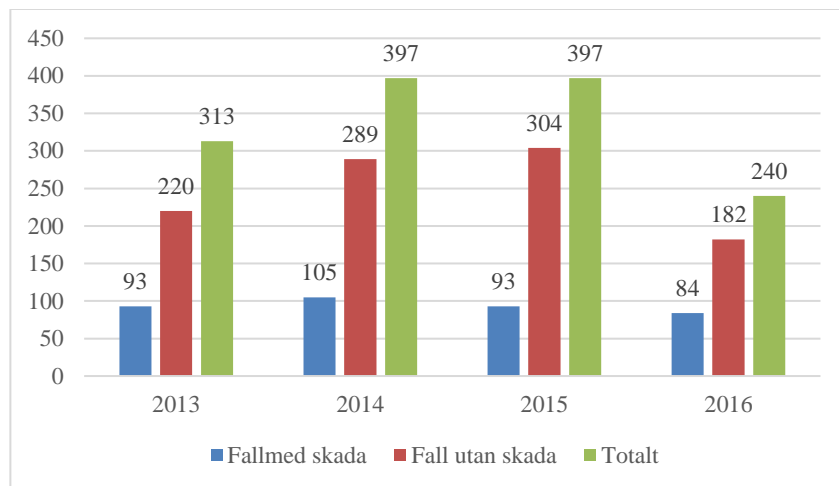


Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten 1/10-30/9.

### Fall avvikelser och Fallincidenter

Andelen rapporterade fall har minskat jämfört med föregående år. Åtta av fallolyckorna orsakade fraktur vilket är ungefär samma mängd som

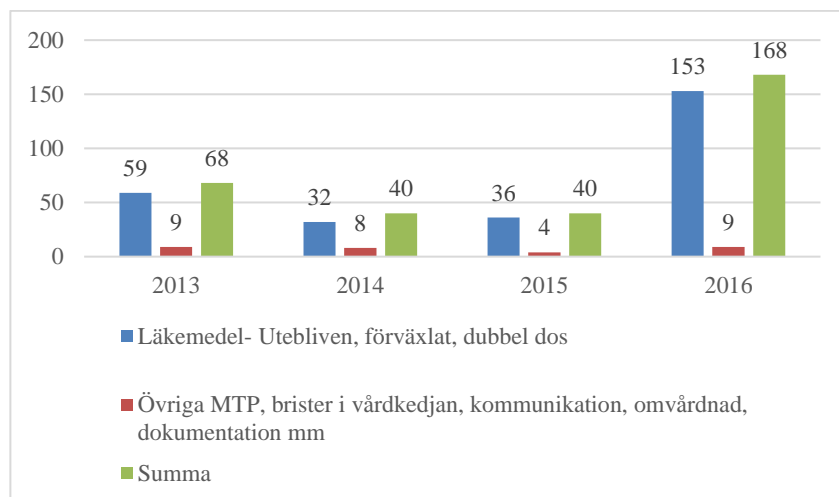
tidigare år. Det är en liten del av brukaren som står för större delen av fallen. Vi arbetar aktivt med att förebygga fall och minska risk för skada i samband med fall. Möjligt att en del av minskningen består av att fall inte rapporterats.



Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten 1/10-30/9

### Läkemedels- och övriga avvikelser

Läkemedelsavvikelserna och övriga avvikelser har för perioden ökat jämfört med tidigare år. Vi har tidigare haft ett stort antal läkemedelsavvikelser som inte blivit registrerade vilket vi arbetat mycket med under 2016. De läkemedelsavvikelser som kommer in i dagsläget motsvarar antal inträffade läkemedelsavvikelser på enheten.



Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten 1/10- 30/9

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

En lokal rutin finns för hantering av synpunkter och klagomål. Det här är något vi ser som ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

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

Alla berörda brukare har blivit kontaktade, berörd personal informerad och i den mån vi har funnit brister så har vi åtgärdat dem. Klagomålen och synpunkterna tas upp och diskuteras på kvalitetsråd, teammöten och APT. Om behövt resulterar det till nya rutiner och ett förändrat arbetssätt. Återkoppling på synpunkter/ klagomål har besvarats skriftligt och muntligt inom två veckor.

## Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6

Under år 2016 har vi fortsatt vårt systematiska kvalitetsarbete med fokus på att tänka risk i alla situationer och att föra fram eventuella risker, både muntligt och skriftligt. Alla medarbetare är medvetna om betydelsen av att skriva en avvikelse och föra fram synpunkter och klagomål från de boende/närstående eller uppdragsgivare.

Kvalitetsrådet träffas en gång per månad och har en viktig funktion att sammanställa och analysera alla avvikelser, hitta eventuella brister för att kunna se mönster eller trender, som indikerar brister i verksamheten.

I alla situationer, både i enskilda ärenden och vid brister på verksamhetsnivå, görs en riskbedömning - varefter ledningsgruppen kan utarbeta en handling/åtgärdsplan.

Alla HSL-avvikelser registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet. Intern-MAS följer statistik på bl.a. fall, läkemedel, följer upp avvikelserna.

Vid en risk för att en allvarlig händelse kan ske vidtas direkta åtgärder.

## Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi arbetar med ett boenderåd på vår verksamhet, med syfte att informera nyheter, diskutera vad som händer på verksamheten samt fånga upp och

föra fram allmänna synpunkter. Boenderådet leds av bitr. Enhetschef och rådet träffas en gång i månaden. Vi har även ett anhörigombud på enheten.

För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående. Om en brukare blir allvarligt sjuk och inte längre kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig. Redan vid ankomst så kartläggs den boendes vådrisker. I samband med inflytt registreras den boende, med den boendes samtycke i senior alert.

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och gjorde åtgärder löpande. Närstående får delta i vårdplaneringar vid behov.

Rent allmänt samverkar vi med brukare och dess närstående med patientsäkerhet även genom brukarenkät, synpunkter och klagomål, daglig kontinuerlig kommunikation med den boende. Levnadsberättelsen om tidigare liv, vanor som kan ge oss bättre förutsättningar att skapa trygghet. Stort inflytande genom genomförandeplanen som påverkar hälsan positivt.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Strukturmått

Skriftliga rutiner har reviderats regelbundet

Qusta

### ÅTAGANDE:

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

Resultat: Antal rapporterade fall har minskat med 40 % sedan föregående år och antal fallskador har minskat med ca 10%. Brukarna har erbjudits stöd för att förebygga risken för fall och fallskador i samband med fall. De erbjuds även fysisk träning i fallpreventivt syfte. Åtgärder har satts in och fallutredningar görs. Många av fallen är återkommande för personer som faller upprepade gånger.

### ÅTAGANDE: Att samtliga vårdtagare ska ha rätt inkontinenshjälpmedel

Ett stort fokus har lagts på att utveckla arbetssättet kring området inkontinens under året. Urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar har ökat jämfört med tidigare år. 90 % av de boende har en aktuell inkontinensutredning enligt Nikola. Samtliga sjuksköterskor har utbildning i förskrivningsrätt. Enheten har påbörjat arbetet med att

skapa hälsoplaner för brukare med inkontinensproblematik. Sjuksköterskorna beställer nu inkontinensmedel genom Guide och varje brukare har individuella hjälpmedel ordinerade av sjuksköterska.

**ÅTAGANDE:**

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

Antal trycksår har minskat sedan tidigare år. Flera av trycksåren tillhör kategori 1 och har ej övergått i stadie 2 på Fridhemmet vilket tyder på en snabb behandling, men området kräver fortsatt arbete under 2016. Enheten har köpt in ett par avlastande madrasser för att snabbt kunna tryckavlasta vid behov.

**ÅTAGANDE:**

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

Rehabiliteringspersonalen har in den mån det varit möjligt att utföra rehabiliteringsinsatser uppnått ett gott resultat. Antal förskrivna rullstolar och lyftselar har ökat, en faktor som kan påverka är att personer som flyttat in på Fridhemmet har haft mer nedsatta funktionstillstånd än tidigare.

**ÅTAGANDE:**

**Ett mål under 2016 har varit att öka antalet riskbedömningar**

Genomförda riskbedömningar enligt MNA och Norton har ökat jämfört med tidigare år och ligger över 90 %. ADL-bedömningar och Norton har minskat något, men ligger båda över 90 %. På Fridhemmet har man även arbetat mycket med att genomföra munhälsobedömning ROAG som ligger på 79 % vilket är en stor ökning jämfört med tidigare år.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### Målen 2017 för verksamheten på Kungsholmens servicehusenhet

1. Brukarna får god personlig vård och omsorg
2. Brukarna har inflytande i sin tillvaro
3. Boende har stöd till en god matsituation
4. Brukare är trygga
5. Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
6. Brukarna blir respektfullt bemötta.

### Strategi för Fridhemmets servicehus 2017

- Samma strategier som 2016 men med fokus på inkontinens
- Utveckling av teamarbetet med den boende i fokus
- Fortsatt fokus på Senior alert, palliativa registret
- Fortsatt arbete med dokumentationssystemet ICF
- Följa upp gott resultat med riskbedömningar
- Vi har inlett arbete med hälsoplaner i tvärprofessionella team där alla yrkesgrupper finns representerade. Ett fortsatt arbete med vidareutveckling av detta kommer att ske under år 2017.
- Att utveckla arbetet runt en god matsituation och fokusera på nutrition.
- Arbeta med att implementera evidensbaserad smärtskattning och documentation vid smärtskattning särskilt vid palliative vård i livets slut.