

Handläggare
Ann-Christin Nordström
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2018VON/0023

Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2017 för särskilda boendeformer inom äldreomsorgen i Värmdö kommun

Förslag till beslut

Patientsäkerhetsberättelse för särskilda boenden inom äldreomsorgen godkänns.

Beslutsnivå

Vård och omsorgsnämnden

Sammanfattning

Under 2017 har kvaliteten inom hälso- och sjukvården ytterligare förbättrats. Arbetet med att utföra riskbedömningar samt att utforma planer för vilka insatser inom hälso- och sjukvårdens område som de boende har behov av fungerar mycket bra. Detta är nu ordentligt förankrat och har blivit ett etablerat och hållbart arbetssätt. Innehållet i planerna har under året blivit än mer personcentrerat. De flesta utförarna arbetar strukturerat enligt MAS riktlinjer och enligt utförarnas ledningssystem med dokumenterade process- och rutinbeskrivningar. Under året har många insatser av såväl chefer, MAS och medarbetare krävts på Gustavsgården och i slutet av 2017 har ett strukturerat arbetssätt kunnat utformas inom vitala delar i patientsäkerhetsarbetet.

Det har varit och är svårt att rekrytera legitimerade yrkesgrupper och framförallt sjuksköterskor.

Inriktningsmålen som utarbetades 2016 bestod bl.a. i att utforma en mer personcentrerad vård och detta arbete har visat goda resultat under året. Användningen av lugnande läkemedel har kunnat halveras då medarbetare har arbetat med att i första hand erbjuda omvårdnadsinsatser. Registreringen i Svenska Palliativregistret har förbättrats men inom vissa delar behövs ett ytterligare arbetsinsatser för att nå Socialstyrelsens mål för den palliativa vården. Inriktningsmål för 2018 är att ytterligare kvalitetssäkra inkontinensvården och vården av personer med diabetes samt att utveckla arbetet inom den palliativa vården.

Diarienummer
2018VON/0023

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den nya lagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse.

Berättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen grundar sig på hela det arbete som skett under året. Till grund för denna berättelse ligger verksamhetsuppföljningar, avvikelshantering och genomförda utredningar, hantering av klagomål, möten och diskussioner mellan enhets/verksamhetschefer, MAS och legitimerade medarbetare under året. En speciell kartläggning som sker under hösten varje år ligger också till grund för patientsäkerhetsberättelsen. Denna består i att MAS efterfrågar resultat på ett flertal indikatorer från utförarna inom särskilda boendeformer. Utvärdering av föregående års inriktningsmål görs. Inriktningsmål för nästkommande år tas fram gemensamt mellan MAS samt enhets/verksamhetschefer samt legitimerade medarbetare i början av varje år.

Bedömning

Förvaltningens generella helhetsbedömning är att kvaliteten i hälso- och sjukvården säkras upp med gott resultat år från år. Detta är ett långsiktigt arbete och nya krav via lagstiftning och nationella styrdokument kommer fortlöpande.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för ekonomin.

Konsekvenser för miljön

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

Konsekvenser för medborgarna

Beslutet antas leda till att kvaliteten i verksamheterna utvecklas.

Konsekvenser för barn

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Nr	Handling	Biläggs/Biläggs ej
1	Patientsäkerhetsberättelse 2017 för särskilda boendeformer – Äldreomsorg inom Värmdö kommun	Biläggs

Sändlista för beslutsexpediering

Anne Lundkvist

Diarienummer
2018VON/0023

T.f. Sektorchef
Omsorgs- och välfärdssektorn



Handläggare
Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2018VON/0023

Patientsäkerhetsberättelse för 2017

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Äldreomsorg - Särskilda boenden inom Värmdö kommun

Innehållsförteckning

Inledning	sidan 3
Sammanfattning	sidan 3
Bakgrund	sidan 4
Övergripande mål och strategier	sidan 5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	sidan 6
Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll	sidan 7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	sidan 8
Samverkan för att förebygga vårdskador	sidan 12
Risikanalys	sidan 13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	sidan 13
Hantering av klagomål och synpunkter	sidan 14
Samverkan med patienter och närstående	sidan 14
Sammanställning och analys	sidan 14
Införande av nationell terminologi, ICF och KVÅ	sidan 14
Resultat	sidan 16
- Strukturmått	
- Processmått	
- Resultatmått - Indikatorer för hälso- och sjukvård	
Anmälningssärenden till IVO	sidan 25

Inledning

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

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

2017 fick vi en ny hälso- och sjukvårdslag samt nya föreskrifter avseende vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete inklusive utredning av avvikelser och anmälan av vårdskador. Från januari 2018 gäller nya föreskrifter för läkemedelshantering. Dessa ställer ökade krav på såväl legitimerade sjuksköterskor som personal med delegering i samband med att de iordningställer och delar ut läkemedel. En ny hälso- och sjukvårdsförordning har kommit 2017 som bl.a. beskriver ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal, verksamhetschef och MAS.

Från SKL

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

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

Med personcentrerad vård menas att patienten och de anhöriga är aktiva och delaktiga i planeringen och genomförandet av vården. Patienten ingår en överenskommelse med vården där partnerskap med professionella vårdgivare utgörs av en gemensam hälsoplan och uppföljning av vård och rehabilitering. Hälsa betyder olika saker för olika personer och med en personcentrerad vård främjas hälsa just för olika unika personer.
Ur Motion 61 – Personcentrerad vård, SKL 2015

Sammanfattning

Inom Värmdö kommun arbetar vi kontinuerligt för att uppnå en hög patientsäkerhet där den enskilde och dennes närstående kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och

sjukvården. Vård- och omsorgspersonalen arbetar systematiskt för att minska risken för vårdskador.

Avvikelsehanteringen har skett strukturerat med fastlagda rutiner inom verksamheterna. Gustavsgården har haft stora problem med att få till bra och effektiva arbetsmetoder samt har inte hunnit med handläggningar enligt plan relaterat till stor sjuksköterskebrist. Under senare hälften av året har nya arbetsmetoder tagits fram och tillsvidareanställda sjuksköterskor finns nu i verksamheten. Avvikelsehanteringen på Gustavsgården fungerade igen i slutet av 2017.

De flesta avvikelser som registreras inom särskilda boendeformer har till största delen skett inom området läkemedelshantering och fall varvid dessa områden också varit föremål för olika genomgångar och utredningar för att därigenom kunna analysera orsak till det inträffade och på så vis har riktade åtgärder kunnat vidtas. När det gäller fallförebyggande arbete så utförs riskbedömningar och vårdplaner där åtgärder formuleras i syfte att minska risken för nya fall. Flertalet av de äldre som bor i särskilda boendeformer som har en konstaterad risk att falla och tillsynsbehovet är många gånger svårt att uppfylla i relation till de givna resurserna.

Fler äldre behöver hjälp vid toalettbesök och förflyttningar.

Under året har riskbedömningarna registrerats i Senior alert (nationellt kvalitetsregister)i samtliga verksamheter.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsinsatsernas innehåll samt omvårdnadsdokumentationen, utifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2017. I detta mål ingick också att öka på individuellt utformade omvårdnadsinsatser för oroliga och ångestfyllda boende innan lugnande läkemedel ges om inte omvårdnadsinsatserna ger resultat. Förbättringsarbetet har givit ett utomordentligt fint resultat där en kraftig minskning av boende som behöver stående och vidbehovsläkemedel av psykofarmaka kan konstateras.

Kvaliteten i omvårdnadsdokumentationen har utvecklats till att bli än mer individualiserad än föregående år.

I dokumentationen kan utläsas att delaktigheten i vårdens planering och utvärdering har ökat i förhållande till 2016 men behöver fortsatt utvecklas. Fokus på de olika enheterna i verksamheterna har legat på att samla teamets kompetens runt de boendes behov av vård- och omsorg men det har varit svårt periodvis att genomföra då det saknats sjuksköterskor i vissa verksamheter. I vissa verksamheter har inte heller sjukgymnaster/fysioterapeuter/ arbetsterapeuter varit fulltaliga.

Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringstillägg har fortgått under 2017 och kommer att vara pågående. Registreringar av givna nattmål har genomförts under året. Samtliga verksamheter arbetar nu med att erbjuda boende nattmål.

Läkemedelsavvikelser har ökat något från föregående år och arbetet med att undvika risk för vårdskador är ständigt aktuellt. Arbetet med att utreda och finna de rätta orsakerna till att dessa avvikelser uppstår behöver fortgå. Det är viktigt att minska ner brister i läkemedelshanteringen ytterligare för att uppnå lagstiftningens mål att läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig. Samtliga boende har rätt att erhålla sina läkemedel enligt läkarordination. I slutet av 2017 införde MAS enligt rekommendationer från Socialstyrelsen att samtliga medarbetare

inom SÄBO ska genomgå webbutbildningar i läkemedelshantering och inom diabetes för att ha grundutbildning för att dela ut läkemedel samt ge insulin. Samtliga verksamheter har påbörjat och använder sig av dessa utbildningar. En ny föreskrift kring läkemedelshantering har utkommit från Socialstyrelsen. MAS riktlinjer kring läkemedelshantering och arbete med delegeringar har därför reviderats

Enligt Svenska Palliativregistrets statistik har arbetet med vården i livets slutskede förbättrats men fortsatta insatser behövs för att nå de mål som Socialstyrelsen utformat för den palliativa vården.

Bakgrund

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

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

I Värmdö kommun skriver MAS en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som varje utförare skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet då olika verksamheter kan behöva prioritera fler områden än de övergripande områden som definieras i denna berättelse.

Övergripande mål och strategier

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

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

Övergripande gemensamma inriktningsmål för hälso- och sjukvården inom särskilda boenden 2018

- Öka delaktighet ytterligare för boende och anhöriga kring insatserna som är formulerade på omvårdnadsplanerna
- Samtliga boende med diabetes ska ha en dokumenterad omvårdnadsplan utifrån sina individuella behov enligt MAS riktlinje
- Utbildning till personal ska ges i varje verksamhet angående diabetessjukdomen förutom läkemedelsdel som ges via webbutbildning
- Minst 50 % av de boende som har en blåsdysfunktion ska vara registrerade i Senior Alert för enhetlig kvalitetssäkring av inkontinensvården
- Samtliga sjuksköterskor med omvårdnadsansvar ska ha kunskap i att förskriva inkontinensprodukter
- Påbörja arbetet med övergång till nationell vårdplan i den palliativa vården

Strategi

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**Vård och omsorgsnämndens ansvar**

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

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

Verksamhetschefens ansvar

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

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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

I MAS ansvar ingår att bl.a. tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och

efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

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

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

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

Befattningshavare med ansvar för enskilda ledningsuppgifter

Befattningshavaren ansvarar för de enskilda ledningsuppgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet som verksamhetschef skriftligt överlämnat till denne.
(Gäller verksamhetschefens arbetsområde)

Hälso-och sjukvårdspersonalens ansvar

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

Icke legitimerad yrkesutövare

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

Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter som inträffar i verksamheterna, såväl egenregi som entreprenader sker i samverkan mellan verksamhetens medarbetare och hälso- och sjukvårdsansvariga samt av MAS. MAS har följt och följer detta arbete för egenregin, fortlöpande i avvikelssystemet DF respons och i dialog med ansvariga i verksamheterna. MAS utreder avvikelser av allvarlig karaktär tillsammans med ansvariga i verksamheterna och fattar beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria. Från entreprenaddrivna verksamheter skickas protokoll och sammanställningar av de avvikelser som registrerats.
- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av MAS enligt fastställd metod som tas fram av MAS i samarbete med övriga deltagare i uppföljningsgruppen. Rapport skrivs och verksamheterna upprättar handlingsplaner för ev. utvecklingsområden. Ny uppföljning sker då åtgärder ska ha genomförts enligt plan. Rapport går till Vård- och omsorgsnämnden.
- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan också ske oanmält eller relaterat till inkomna avvikelser eller klagomål
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker en gång per år av farmaceut. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Vårdhygienrond/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av

hygiensjuksköterska från Vårdhygien. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas

- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet
- Läkemedelsgenomgångar som läkare ansvarar för att genomföra tillsammans med personal på boendet
- Fortlöpande granskning av omvårdnads dokumentation vid verksamhetsuppföljning och som stickprov
- Kartläggning av vårdbehov och mätning av indikatorer för utförda hälso- och sjukvårdsinsatser sker årligen av MAS inom de särskilda boendeformerna som redovisas i denna rapport.
- Samverkansmöten med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan MAS och utförarnas ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet sker varje till varannan månad. Samverkan kan ske oftare om problem uppstår.
- Introduktionsutbildning av MAS sker för nya sjuksköterskor kring innehåll i MAS riktlinjer

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

Personcentrerad omvårdnad och omsorg

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteendet och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom). För detta krävs utbildning och fortlöpande kompetensutveckling av personal samt en hög grad av empatiskt förhållningssätt. Även för de personer som inte har en demenssjukdom ska vård- och omsorg utformas utifrån ett personcentrerat synsätt.

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

Det innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bemöter den enskilde som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner. Personalen strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes eget perspektiv.

Den demenssjuke ska ses som en aktiv samverkanspartner

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

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

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

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

Personcentrerad hälso- och sjukvård ska självklart även gälla i den somatiska omvårdnaden och vården även om den har sitt ursprung i vården av personer med demenssjukdom.

Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov

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

Under året har utförarna fortsatt att omsätta sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. Samtliga utförare har genomfört team möten med olika deltagande yrkeskategorier enligt en viss struktur. Inom vissa verksamheter har det varit svårt att genomföra dessa möten periodvis relaterat till få tillsviare anställda sjuksköterskor. BPSD teamet kan också göra besök och konsulteras vid behov.

Fallriskförebyggande arbete

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

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

Vid inflyttning till särskilt boende har sjuksköterska utfört fallriskbedömning i samverkan med

sjukgymnast/fysioterapeut och kontaktperson. Om det funnits en fallrisk har det under året i upprättas en fallpreventionsplan. Den enskilde och i förkommande fall närstående ska vara delaktiga i vårdplanens upprättande samt få information om innehåll kring planerade målformuleringar och åtgärder.

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

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

Team möten genomförs fortlöpande. Detta arbetssätt ger bättre förutsättningar för personalen att skapa en gemensam målbild för vilka insatser den enskilde behöver samt hur insatserna ska utföras i varje enskilt fall.

Det är dock svårt att helt täcka tillsynsbehovet utifrån resurstilldelning då väldigt många av de boende inom särskilda boendeformer har en konstaterad fallrisk och behöver hjälp av en eller två personer vid förflyttning, hjälp med toalettbesök samt tillsyn i boendes lägenhet och i gemensamma lokaler på boendet.

Nutrition

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

Kosten som serveras på särskilda boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar.

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

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

Senior alert – Ett nationellt kvalitetsregister

Senior är ett nationellt kvalitetsregister där det finns möjlighet att registrera riskbedömningar för att hitta personer som kan ha risk för undernäring, fallrisk samt trycksårsk. Samtliga särskilda boenden ska använda systemet. Arbetet med att börja använda Senior alert har tagit fart under året.

Sondmatning

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

Ett fåtal boende får sin näring via PEG sond matning.

Nattfasta

Tiden från dagens sista måltid fram till första måltid på morgonen efter utgör den aktuella nattfastan. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Är nattfastan längre omvandlas kroppens byggstenar till energi vilket leder till förlust av viktiga proteiner. Verksamheterna har fortsatt arbetet med att göra riskbedömningar för att upptäcka risk/undernäringstillstånd. Ett större antal vårdplaner för de boendes nutrition. Ett viktigt arbete har också varit att tillse att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig. En samlad indikator s.k. "nattfaste mätningar" genomförs av MAS tre gånger per år. Verksamheterna redovisar ett antal indikatorer på utförda satsningar kring nattfasta och nattmål. Resultaten från dessa mätningar under 2017 har visat att samtliga verksamheter arbetar med att erbjuda kvälls- och nattmål.

Trycksårsförebyggande arbete

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

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar. Det är få trycksår som uppstått i verksamheterna. Varje boende som flyttar in på särskilt boende ska få en riskbedömning utförd av sjuksköterska för att upptäcka om det finns risk för trycksår eller om trycksår redan finns. Vid risk för sår eller förekomst av trycksår upprättas en vårdplan.

Symtom på trycksår

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

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

Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret

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

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

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

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

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

Det har kommit en ny nationell vårdplan NVP för palliativ vård i livets slutskede.

Denna plan påminner mycket om LCP modellen men planen har utökats med en del för att tidigt kunna sätta igång med förberedelser inför vård i livets slutskede. Arbetet med övergång till den nya nationella planen behöver samordnas under 2018 och MAS bjuder in representanter från varje verksamhet.

Socialstyrelsen har tagit fram mål för den palliativa vården enligt nedan

FAKTA: Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede:

- Munhälsobedömning under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Smärtskattning under sista levnadsveckan – 100 procent av patienterna
- Vid behovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Brytpunktssamtal – minst 98 procent av patienterna

Rehabilitering

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

Användningen av hjälpmedel följs upp.

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

Sjukgymnasten/fysioterapeuten utför förflyttningsbedömning för att bedöma den enskildes behov av stöd i samband med förflyttningar. Denna bedömning har dokumenteras i journalen. Den personal som stödjer den enskilde vid förflyttningar ska känna till ordinationen och följa den för att minska risk för fallskador. Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar fortlöpande med att revidera och upprätta rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenterats för rehabilitering. Ett annat stort område har varit att delta med sina kompetenser på team möten i verksamheterna samt hållit förflyttningsutbildningar.

Mun och tandvård

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

Hygien

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

Läkemedelsanvändning

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum och rutiner internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts i grupper i varje verksamhet där MAS, chefer och legitimerad personal deltagit

Risikanalys

I det nya avvikelssystemet DF respons som togs i bruk i maj 2014 finns en modul kring riskanalys. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. MAS använder även riskanalys enligt Socialstyrelsen vid större utredningar och anmälningsärenden. Riskanalys i DF respons har i de flesta fall utförts vid utredningar av avvikelser och i de fall en avvikelse rapporterats som en lex Maria anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Verksamheterna utför även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering och organisationsförändringar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

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

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

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

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

Sjuksköterskor med enskilt ledningsuppdrag samt verksamhetschefer hos entreprenörer ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

Klagomål och synpunkter

Det har inkommit några klagomål till MAS kring hälso- och sjukvård som berör Djuröhemmet

och Gustavsgården samt ett klagomål gällande vården på Ljung.
Ärenden är utredda och återkopplade till den som framfört klagomål

Samverkan med patienter och närstående

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

Utredning, analys och sammanställning

Klagomål

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

- Allvarliga klagomål som inkommer till MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse. MAS och ledning i verksamhet samordnar och samverkar kring utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet eller lex Maria anmälan

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

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

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

ICF – Classification of Functioning Disability and Classification

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

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

Kroppsfunktioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen. Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en

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

Klassifikationen har en hierarkisk uppbyggnad med alfanumeriska koder för komponenterna:

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

KVÅ - Klassifikation av vårdåtgärder

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

NANDA- International Nursing Diagnoses Definitions and Classification

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

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

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

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

Arbetet med att använda ny dokumentationsmodell och nytt dokumentationssystem beräknas starta 2018. Ett gediget förberedelsearbete krävs där bl.a. utbildning i ovanstående terminologi behöver genomföras samt utbildning i det nya datajournalssystemet.

Från och med 2019 kommer Socialstyrelsen enligt ny författning att börja kräva in statistik inom KVÅ från kommunerna.

Resultat

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett av MAS tillsammans med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal ute i verksamheterna kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta har skett i varierande grad i de olika verksamheter relaterat till patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård. Särskilt Gustavsgården har under året krävt ett intensifierat och mycket nära och tätt samarbete mellan MAS och ledning för verksamheten.
- Mätning av nattfastan har genomförts under 2017 och visar på bra resultat. Samtliga verksamheter har arbetat in detta i sina verksamheter
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser har skett och sker
- Granskning har skett av journaler i samtliga verksamheter i samband med uppföljningar en gång per år.
- Granskning av samtliga SÄBO har utförts av MAS under 2017 avseende patientsäkerhet och följsamhet till MAS riktlinjer som grundar sig på gällande regelverk och nationella styrdokument
- Införande av obligatoriska webbutbildningar för omsorgspersonal inom området läkemedelshantering samt diabetes. Samtliga verksamheter använder dessa vilka är en grund för att kunna ta emot delegeringar inom läkemedelsområdet inklusive att ge insulin.

Processmått

- Ett utomordentligt fint resultat har uppnåtts under 2017 i att utforma en personcentrerad omvårdnad för att på så sätt kunna ge lindring av oro med olika omvårdnadsinsatser i stället för att som första åtgärd dela ut enbart lugnande läkemedel. I stället har individuell planering skett av individanpassade omvårdnadsåtgärder som passar den enskilda individen
- Antalet boende med mer än 10 läkemedel har mer än halverats under 2017 från 108 boende 2016 till 44 boende 2017. Antal boende med tillsvidareordinationer samt vidbehovsordinationer har minskats med hälften
- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt men Gustavsgården har haft svårt med detta arbete relaterat till stor sjuksköterskebrist samt icke fullgod styrning i de lokala processbeskrivningarna och arbetsmetoderna. Detta har åtgärdats senare hälften av 2017 och flyter nu på
- Dokumentation i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt utifrån krav på en personcentrerad vård samt vad gäller patient lagens krav om boendes och

anhörigas delaktighet. Dock är det fortfarande ett utvecklingsområde att göra boende och i förekommande fall deras anhöriga delaktiga i vård och behandling

- Arbetet med att upptäcka näringsbrist och dokumenterad planering av att erbjuda en fullgod nutrition har förbättrats i verksamheterna. På Gustavsgården har satsningar gjorts på mat- och måltider. Ett arbete med fokus på kvälls- och nattmål har varit pågående under 2017 och kommer att fortsätta under 2018. Resultatet i nattfaste-mätningarna går framåt och fler boende har såväl erbjudits som erhållit nattmål.
- Arbetet med att förebygga fallskador har givit synbart resultat. Fallavvikelserna har minskat år från år. Antalet frakturer i samband med fallincidenter har minskat under 2017.
- Arbetet med att fortlöpande analyser orsaker till brister i läkemedelshanteringen och vidta åtgärder är pågående. Vissa verksamheter behöver fortsätta arbetet med att få till en ännu säkrare läkemedelshantering för att minska ner avvikelserna inom detta område.

Resultatmått – Indikatorer för hälso- och sjukvård

Riskbedömningar trycksår

225 boendeplatser	2015	2016	2017
Antal boende som erhållit riskbedömning för trycksår	215	192	212
Antal boende som hade risk att utveckla trycksår eller hade trycksår	63	59	58
Antal boende med risk eller sår som hade en upprättad vårdplan	63	36	70

MAS kartläggning 2015, 2016 och 2017. I årets mätning ingick

225 boendeplatser beroende på renovering av Gustavsgården, därav mindre antal boende 2017.

Vid full beläggning i samtliga SÄBO är det 239 platser.

	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Boende som erhållit en riskbedömning för trycksår	52 (46)	40 (36)	79 (68)	41 (40)
Boende som har risk att utveckla trycksår/har trycksår	9 (13)	11 (5)	29 (31)	10 (9)
Boende med risk/trycksår som har en upprättad vårdplan	14 (18)	11 (4)	36 (8)	6 (9)

I MAS kartläggning september 2016 och 2017

Parentesmarkering är föregående års resultat

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

Tablett och insulinbehandlad diabetes inom särskilda boendeformer

	2015	2016	2017
Antal boende som behandlas med insulin	29	30	22
Antal boende som behandlas med tabletter	4	4	4
Summa	33	34	26

MAS kartläggning september 2015, 2016 och 2017

Läkemedel

	2016	2017
Boende som har mer än 10 läkemedel (Vid behovs läkemedel inte inräknade)	108	44
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel (stående ordination)	Var god se nedan	46
Antal boende som har ordination på lugnande läkemedel (vid behovs ordination)	192 mättes vid behov samt stående ord. som helhet	53
Antal vid behovs doser som utdelades under mätveckan	Inte mätt 2016	21 dos- tillfällen

MAS kartläggning september 2016 och 2017.

En kraftig minskning har skett i att dela ut lugnande läkemedel vid oro hos boende.

Boende som är ordinerad ”lugnande” läkemedel har minskats i antal.

Boende med mer än 10 läkemedel har mer än halverats under 2017.

Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetssätt (enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) har givit ett mycket gott resultat men behöver fortsätta även framledes. De flesta personer med demenssjukdom (drygt 90 %) drabbas någon gång under sin sjukdomstid av svåra psykiska symtom och beteendestörningar, BPSD- symtom. För att komma tillrätta med besvären krävs noggrann utredning av orsakerna till symtomen och därefter personcentrerade åtgärder. Ett bra hjälpmedel för detta är BPSD-registret (nationella kvalitetsregistret). Utbildning av administratörer i BPSD registret påbörjades under 2015. Under 2016 och 2017 har en del administratörer slutat och nya medarbetare utbildas fortlöpande. Målsättningen bör vara att samtliga personer med dessa symtom ska utredas, registreras och få en personcentrerad vård. Om så sker kan en del av BPSD-symtomen lindras eller helt upphöra och minskning av utdelande av lugnande läkemedel kan uppnås i större utsträckning. En framgångsfaktor ytterligare är lugn miljö, meningsfull tillvaro utifrån den enskildes behov, stabilitet och kontinuitet i personalgruppen samt rätt kompetens hos de som ger vård- och omsorg.

Senior alert

Kvalitetsregistret Senior alert används som hjälpmedel för att få till ett systematiskt arbetssätt och för att följa de boendes behov samt kunna utvärdera om vidtagna åtgärder ger önskat resultat. Alla steg i den vårdpreventiva processen ska registreras i Senior

alert. Där kan sedan enheter inom vård och omsorg följa sina resultat och jämföra med resultat för hela Sverige och kommunen som helhet.

Samtliga verksamheter använder Senior alert och arbetssättet har nu fått fullt genomslag i samtliga verksamheter.

MAS kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser inom SÄBO 2017

I årets kartläggning som pågick under en vecka under september månad inkluderar 225 boende då Gustavsgården vid denna tid hade mindre antal boendeplatser på grund av ombyggnation. Föregående år inkluderades 239 boendeplatser.

Riskbedömning nutrition och ätande

	2015	2016	2017
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	215	207	212
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	98	85	93
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	91	95	101
Antal boende som varit delaktiga kring innehåll, mål, föreslagna åtgärder samt utvärdering av resultat som dokumenterats på vårdplanen	52	58	62

MAS kartläggning 2015, 2016 och 2017

Var god se nästa tabell för detaljinformation per boende.

	Ljung 56 platser	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 (87)platser	Slotts- Ovalen 41 platser
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	56	37	83	39
Antal boende som bedömdes ha ett Body mass index (BMI) under 22	7	9	19	6
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	21	18	51	6

MAS kartläggning 2017

**Måltidsstöd**

	2015	2016	2017
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	102	98	111
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	81	64	62
Antal boende som behöver hjälp att skära mat och som även behöver stöd vid själva måltiden	44	32	32
Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning	30	26	25

MAS kartläggning 2015, 2016 och 2017

Behovet av stöd vid måltiderna har inte ökat genom åren

Måltidsstöd per verksamhet

	Ljung 56 platser Växelvård inte inkl	Djurö- Hemmet 41 platser	Gustavs- Gården 101 platser	Slotts- ovalen 41 platser
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	26 (16)	31 (15)	41 (54)	13 (13)
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	11 (16)	4 (8)	32 (32)	13 (15)
Antal boende som behöver hjälp att skära maten och som även behöver stöd vid själva måltiden	5 (7)	5 (10)	15 (6)	7 (9)
Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning	6 (11)	3 (5)	11 (10)	6 (5)

MAS kartläggning 2017

Riskbedömning för fallrisk sammantaget samtliga särskilda boenden

	2015	2016	2017
Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk	219	211	221
Antal boende som har en konstaterad fallrisk	164	159	172
Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan	152	140	163
Antal boende och/eller anhörig som varit delaktig i innehållet på vårdplanen	99	78	105

I MAS kartläggning 2015, 2016 och 2017

Delaktigheten för de boende har ökat inom område fallprevention

Fallförebyggande arbete

I de särskilda boendeformerna finns ett mycket stort antal boende med fallrisk. Verksamheterna arbetar fortlöpande med att riskbedöma samt vidta åtgärder för att minska fallincidenter, utifrån givna förutsättningar.

Via uppföljningar som MAS genomfört under 2017 kan konstateras att omvårdnads- och rehabplaner blivit mer individanpassade mot en personcentrerad omvårdnad.

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

ångest och planlöst vandrande och därmed många fallincidenter. Taktil massage är en teknik som en del verksamheter använder.

Behov av levande stöd/personal vid förflyttning

Antal boende som behöver hjälp av minst en personal vid förflyttning	56
Antal boende som behöver hjälp av minst två personal vid förflyttning	75
Antal boende som behöver hjälp av minst en eller två personal vid förflyttning	131

MAS kartläggning 2017

131 boende av 225 behöver hjälp av en eller två personal i samband med att de ska förflytta sig. Detta grundar sig på den förflyttningsbedömning som utförs av fysioterapeut/sjukgymnast då boende flyttar in på SÄBO och som sedan ombedöms under boendetiden.

Toalettassistans

Boende som hade behov av hjälp i samband med toalettbesök av minst en personal uppmättes till 139 personer av 225.

Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer samtliga särskilda boenden

	2015	2016	2017
Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året	237	231	195
Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabiliteringsplan under det senaste året	202	160	131

MAS kartläggning 2014, 2015 och 2016

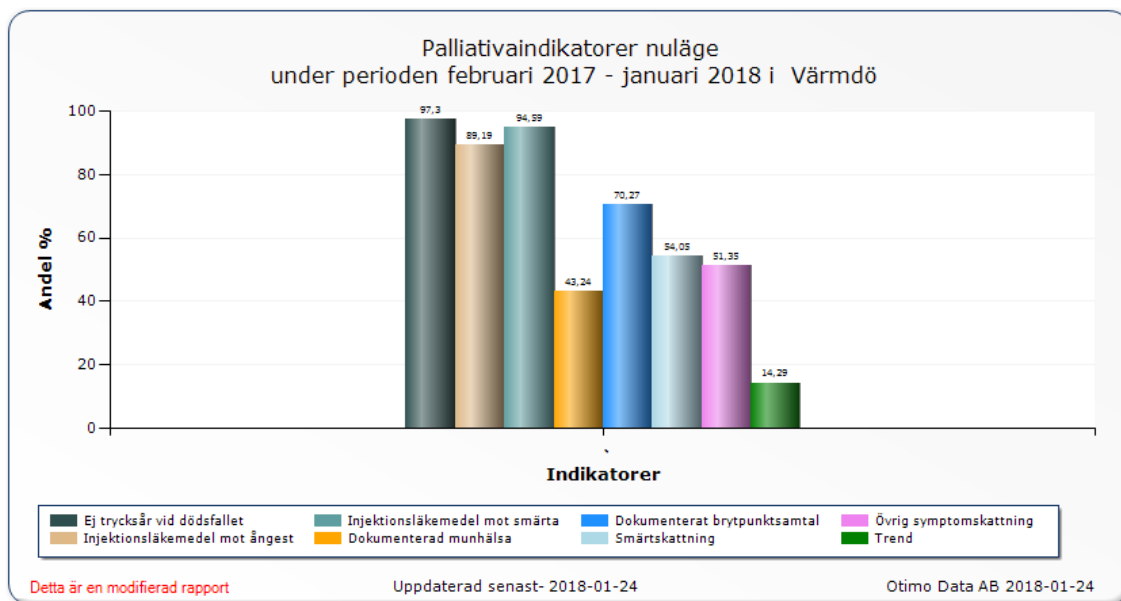
Flertalet av de boende har en upprättad ADL bedömning. Rehabplan upprättas då mål har tagits fram för fortlöpande rehabiliteringsinsatser. Inte alla boende har behov av en rehabiliteringsplan.

Palliativ vård i livets slutskede

Socialstyrelsen har tagit fram mål enligt nedan

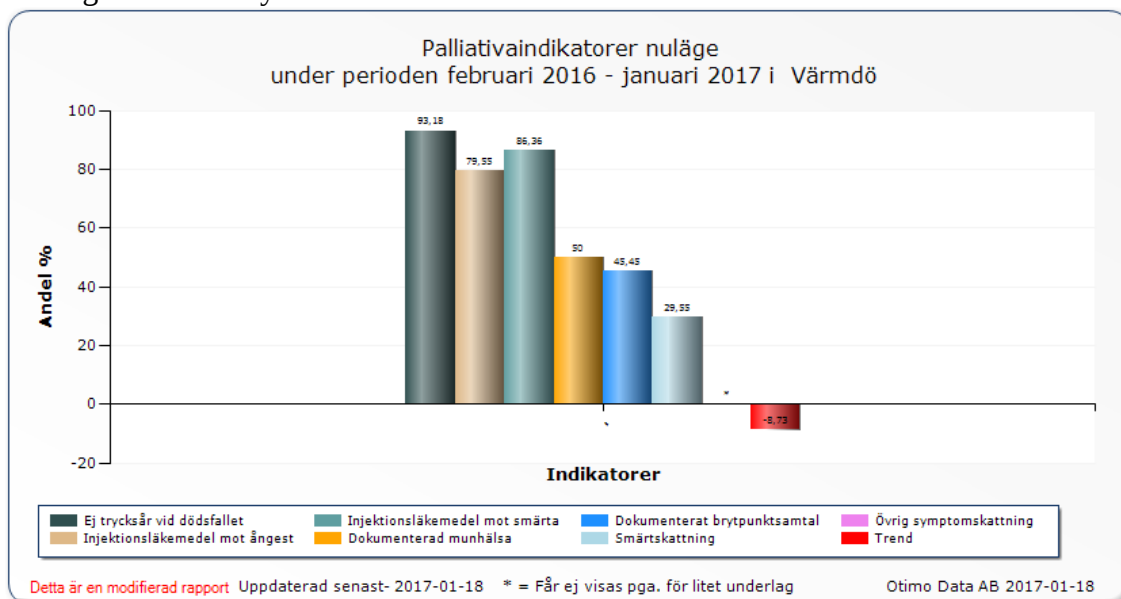
FAKTA: Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede:

- Munhälsobedömning under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Smärtskattning under sista levnadsveckan – 100 procent av patienterna
- Vid behovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Brytpunktssamtal – minst 98 procent av patienterna



Ur Svenska Palliativregistret 2018

Ett förbättrat resultat jämfört med föregående år 2016 med positiv trend har erhållits under januari 2018 men kvar finns utvecklingsområden att arbeta vidare med för att nå samtliga av Socialstyrelsens mål.



INDIKATORER – LÄGE INOM VÄRMDÖ	2016-2017	2017-2018
Inget trycksår	93,18 %	97,3 %
Injektionsordination finns mot ångest	79,55 %	89,19 %
Injektionsordination finns mot smärta	86,36 %	94,59 %
Undersökt munhälsa som är dokumenterad	50,00 %	43,24 %
Dokumenterat brytpunktssamtal	45,45 %	70,27 %
Dokumenterad smärtskattning av den döende	29,55 %	54,05 %
Dokumenterad skattning av övriga symtom t.ex. oro, andning	0 %	51,35 %

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2014

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

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2015

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

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2016

<i>Verksamhet</i>	<i>Avvikelser</i>	<i>Fallrapporter</i>	<i>Summa</i>
Gustavsgården	110	191	301
Djuröhemmet	28	71	99
Ljung	118	102	220
Slottsovalen	19	53	72
Totalt alla SÄBO	275	417	692

Avvikelser och fallrapporter inom särskilda boendeformer 2017

<i>Verksamhet</i>	<i>Avvikelser</i>	<i>Fallrapporter</i>	<i>Summa</i>
Gustavsgården	119	166	275
Djuröhemmet	25	40	65
Ljung	161	137	298
Slottsovalen	50	61	111
Totalt alla SÄBO	355	404	759

Ett stort arbete har genom åren lagts på att ta fram orsaksanalyser till att avvikelser uppstår och att genomföra förändringar av rutiner, arbetssätt samt öka informationsflödet vilket har givit ett gott resultat. Sedan 2014 har den totala summan av inrapporterade avvikelser och fallrapporter nära på halverats vilket visar att arbetsinsatserna ger effekt.

Av avvikelserna för 2017 har läkemedelsavvikelserna ökat till 324 i jämförelse till 2016 då siffran var 220 avvikelser. Övriga avvikelser berör främst brister i informationsöverföring och kommunikation, brister i omvårdnad och brister i hantering av larm och andra medicintekniska produkter.

Av de inrapporterade fallrapporterna resulterade dessa i sju frakturer. Det har skett en minskning av antalet frakturer sedan förra året då siffran uppgick till tolv frakturer relaterat till inträffade fall.

Avvikelser inom läkemedelshantering inom särskilda boendeformer 2017

Verksamhet	Läkemedelsavvikelser
Gustavsgården	106
Djuröhemmet	25
Ljung	143
Slottsovalen	50
Totalt alla SÄBO	324

Till största delen handlar avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet om brister i läkemedelshantering

Ett ständigt pågående arbete utförs för att förbättra läkemedelshantering så att de boende erhåller de ordinerade läkemedel enligt läkares ordination. Orsaker till avvikelser inom läkemedelsområdet har varit bl.a. otydlig ansvarsfördelning i arbetsgruppen, brist i information, mänsklig faktor relaterat till stress och personlig fallenhet för arbetsuppgiften, brister i kontrollmoment i samband med utdelning av läkemedel, många boende att dela ut läkemedel till, brist i samarbete.

MAS kommer att ha ett särskilt fokus inom detta område i den löpande avvikelshantering samt vid de större uppföljningarna som genomförs årsvis.

Anmälan enligt Lex Maria

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

Anmälningssärenden till IVO under 2016

- **Gustavsgården**
En anmälan inlämnad angående brister i läkemedelshantering
Beslut har ej kommit från IVO ännu
- **Djuröhemmet**
Ingen anmälan inlämnad
- **Attendo Ljung**
Ingen anmälan inlämnad
- **Aleris Slottsovalen**
Ingen anmälan inlämnad

Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

