

# **Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens SDF äldreomsorg**

## **Pilträdet's servicehus**

**År 2017**

Ansvarig för innehållet  
**Verksamhetschef Odini Nzeribe**

**Biträdande enhetschef Sophie Arvidsson**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning .....	2
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäker-hetsarbetet .....	6
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	7
QUSTA .....	9
<b>Sammanfattning</b> .....	
Resultat av QUSTA 2017 .....	
Övrigt .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Svenska palliativa registret. ....	17
Infektionsregistrering.....	19
Senior alert sammanställning.....	21
Pascal .....	21
Apotekets kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd .....	21
HSL- indikatorer .....	22
Riskbedömningar .....	
Övriga indikatorer.....	27
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	28
Riskanalys .....	29
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	30
Avvikelser.....	31
Hantering av klagomål och synpunkter.....	32
Klagomål och synpunkter .....	32
Sammanställning och analys .....	33
Samverkan med patienter och närstående .....	
Resultat.....	33
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	376

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 kvalitetsuppföljning gällande hälso- och sjukvården på Pilträdet Servicehus används kvalitetsinstrumentet QUSTA. Det bygger på att all personal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso-och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Resultatet från uppföljningen visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Pilträdet resultat vid kvalitetsuppföljningen 2017 visar på 93% vilket är en förbättring sedan föregående år med 5% (2016 = 88%)

Resultatet från uppföljningen visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Verksamheten har säkerställt arbetet inom hygienområdet genom regelbundet utföra egenkontroll. Områden som verksamheten framförallt behöver förbättra är att rapportera uppkomna trycksår som avvikelser och att använda smärtskattning i samband med trycksår och vid vård i livets slut. Viktigt att erbjuda närstående efterlevandesamtal samt att det dokumenteras.

Verksamheten har bra rutiner för egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Egenkontroll har genomförts och analyserats. Av analysen framkommer utvecklingsområden som patientens delaktighet och teamarbete samt tydligare dokumentation av smärta och personlig vård. Dessa utvecklingsområden bekräftas även vid journalgranskning av MAS och MAR.

Ett mål under 2017 var även att 90 % av brukarna skulle ha en aktuell ADL bedömning. Här uppnåddes ett resultat på 100%. Under året har ett stort fokus lagts på området riskbedömningar och åtgärdsplaner vilket anlett till att bedömningar utförda av sjuksköterskor enligt MNA, Norton och Niikola ligger över 90%

Verksamheten har bra rutiner för egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Egenkontroll har genomförts och analyserats. Av analysen framkommer utvecklingsområden som patientens delaktighet och teamarbete samt tydligare dokumentation av smärta och personlig vård. Dessa utvecklingsområden bekräftas även vid journalgranskning av MAS och MAR .

Apoteksgranskning har utförts 2016-11-29 av apoteket och de förslag och rekommendationer till förbättringar har utförts. Registrering i svenska palliativregistret samt infektionsregistrering sker. Enheten driver en evidensbaserad vård och omsorg och är en av Stockholms stads fyra akademiska noder.

I samarbetet med Karolinska institutet deltar även enheten i det pågående forskningsprojektet "döbra". Ett fortsatt arbete med vidareutveckling av detta kommer att ske under år 2018.

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 värderingar 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 2018.

### **ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER**

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

Målet för patientsäkerheten är ett hälsobefrämjande arbetsätt som syftar till förebyggande samt aktivt arbete för att minska risken för undernäring, undvika att trycksår uppkommer på enheten samt undvika risk för fall.

Pilträdet 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),

#### Målen 2017 för verksamheten på Pilträdet Servicehus

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

#### Strategier för Pilträdet 2017

- Fokus på inkontinens, utredningar samt inkontinenshjälpmedel.
- Utveckling av teamarbetet med den boende i fokus
- Fortsatt fokus på Senior alert, palliativa registret i teamet.
- Fortsatt utvecklingsarbete med dokumentationssystemet ICF
- Följa upp det goda resultatet med riskbedömningarna
- Fortsatt arbete med avvikelshanteringsprocessen

- 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, samt dokumentation vid smärtskattning, särskilt vid palliativ vård i livets slutskede.

### **Strategier för patientsäkerhetsarbetet:**

1. 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. Vi använder vi oss Qustas resultat för att kartlägga vilka områden vi behöver förbättra. Resultatet analyseras i ledningsgruppen och i HSL gruppen där vi lägger fram ideer för hur vi arbetar vidare med de olika resultaten. Nya mål och rutiner skapas och uppföljning sker i form av egenkontroller. Uppföljningar sker även upp i kvalitetsrådet och diskuteras på team möten.
2. 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. Avvikelser tas upp på kvalitetsforum och följs upp på husmöten samt APT. Redovisning gällande verksamhetsresultat sker i tertial 1, tertial 2 och verksamhetsberättelsen. Legevisitten samt 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

3. Vi arbetar även systematiskt med läkemedelsgenomgångar, basala hygienrutiner, dokumentation, nutrition, munhälsa, sårbehandling, inkontinens. Uppföljning samt egenkontroller 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 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 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 enligt 11 kap. 4§ HSL och 4 kap. 6§ Hälso- och sjukvårdsförordningen

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**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### **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 utbrottsbenägna virusinfektioner) till MAS en gång i månaden.

**Senior alert**

Sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnaster registrerar riskbedömningar i Senior alert.

**Svenska Palliativ registret**

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

**Dokumentation**

All personal har fått utbildning i det nya ICF systemet. Dokumentationsgranskning i vodok sker en gg i halvåret av dokumentationshandledare. Analys och förbättringsåtgärder skickas skickas till MAS och MAR. Logg kontroller sker varje månad, skickas till MAS en gång per år. Loggkontoller i NPÖ utförs av MAS.

**Månadsstatistik**

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

**Apoteksgranskning**

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

**Hygienrond**

En hygienrond utförts varje år på Pilträdet 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 för läkemedeladministrering 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 hygienobservatörer. Samtlig personal har fått utbildning i basala hygienrutiner.

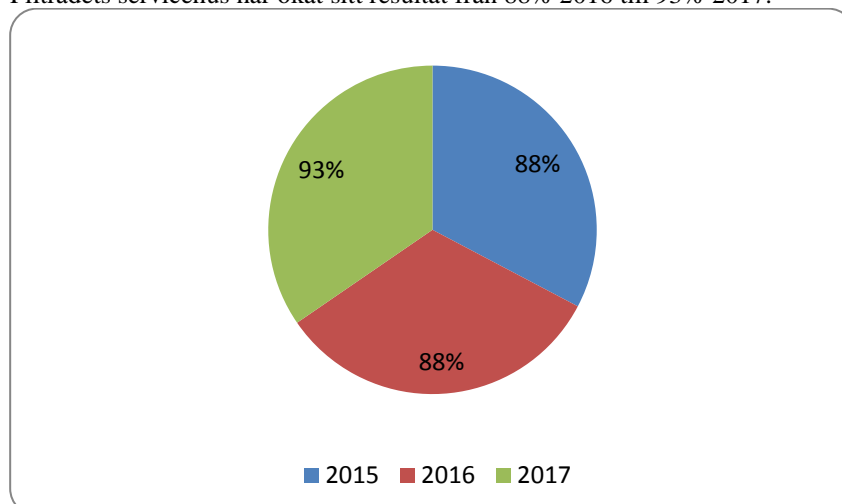
Dokumentationsgranskning sker även enligt rutin 2 gg/år av dokumentationsansvariga. Egenkontroller sker även gällande riskbedömningar en gång per månad och resultatet redovisas på HSL möte. Vi granskar vår verksamhet systematiskt för att hitta svagheter och förbättringsområden. Regelbundna kvalitetsmätningar görs genom medarbetarenkät, brukarundersökning, QUSTA, apotekskontroll.

### QUSTA

Framförallt använder vi QUSTA som ett internt revisionsinstrument. 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.

### Sammanfattning

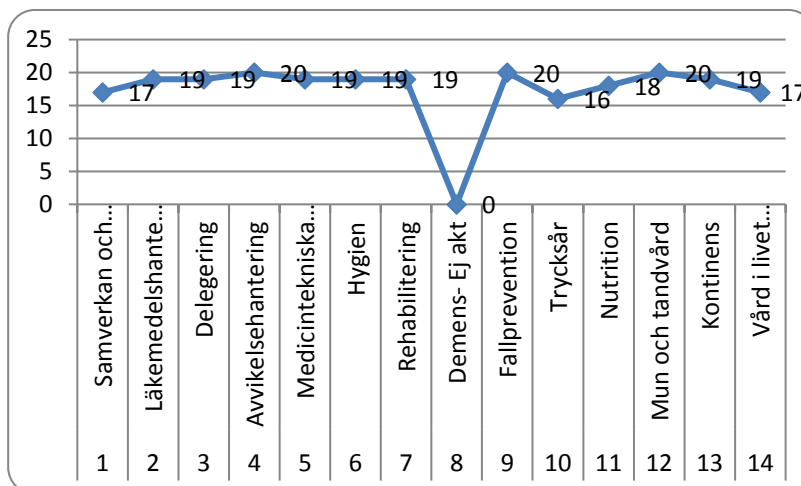
Pilträdet servicehus har ökat sitt resultat från 88% 2016 till 93% 2017.



### Jämförelse av verksamhetens resultat av upprättande rutiner i procent under åren.

Områden som fortfarande behöver utvecklas är att rapportera uppkomna trycksår som avvikelser och att använda smärtskattning i samband med trycksår och vid vård i livet slut. Andra områden som behöver fortsätta utvecklas är patientens delaktighet och teamarbete samt tydligare documentation av smärta och personlig vård.

### Resultat av kvalitetsuppföljningen



### Rutinpärmern

Rutinpärmens lokala rutiner för hälso och sjukvård ska bygga på MAS/MAR regler och verksamhetens ledningssystemets Rutinpärmern ska vara så tydlig att ordinarie sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt även tillfälligt anställd legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som lever upp till kraven enligt QUSTA. Den lokala rutinen ska upprättas så att det framgår vilken verksamhet som äger den och vem som ansvarar för att hålla den aktuell. Övrig personal ska också känna till MAS/MAR riktlinjer och ledningssystemet samt var de kan ta del av dem.

Verksamheten har gemensamma rutiner från hela verksamheten som alla ska arbeta efter. Rutinerna har uppdaterats sedan föregående uppföljning.

#### 1. Läkarkontakt.

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen kan ta kontakt med läkare och anna hälso- och sjukvårdspersonal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas tillgängliga.

#### Förbättringsåtgärder

- Verksamheten har ett bra samarbete med läkaren som ansvarar för Pilträdet
- Lokala rutiner finns för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten behöver dock komplettera den lokala rutinen med hur samarbete ska ske när vårdtagare har valt annan husläkare.

- Säkerställ att verksamheten får utskrift av läkarejournalen då behov finns.

Arbete pågår för att få läsbehörighet i läkarjournal via NPÖ.

#### Åtgärdat:

Verksamheten har fått en ny läkare och samarbetet fungerar numera bra. Rutinen för kontakt med hälso och sjukvårdspersonel har kompletterats med en beskrivning om hur samarbetet sker då vårdtagaren har valt en annan husläkare. All HSL personal har läsbehörighet i NPÖ.

## **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.

#### Bedömning/utvecklingsområden

- Verksamheten har en säker läkemedelshantering
- Rutinen för delegeringar kompletterad med att MAS ska informeras när delegering återkallas.

## **3. Delegering**

Legitimerad hälso och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnad ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för mer än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

#### Bedömning/utvecklingsområden

- Säkerställ att delegeringarna följs upp enligt MAS regler.
- Rutinen för delegering är kompletterad med att MAS ska informeras när delegering återkallas.

Åtgärdat:

Delegeringar följs enligt rutin upp via upp via egenkontroller.

**4. Avvikelse**

Lokala rutiner för avvikelshantering och isk och händessanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. Risk för negativ händelse eller negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata åtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för att återupprepa händelser av samma typ. Åtgärder ska kopplas till personalen.

Bedömning/utvecklingsområden

- Verksamheten har utvecklat arbetet med hantering av avvikelser
- Strukturerade kvalitetsråd.

Åtgärdat:

Verksamheten fortsätter sitt arbete med kvalitetsråd och med att upptäcka, följa upp och åtgärda inkomna avvikelser.

**5. Medicinteknisk produkt (MTP)**

Medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel som använts i verksamheten ska användas på rätt sätt, på rätt indication och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonelens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisning ska finnas tillgänglig för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. En inventarieförteckning ska finnas där bla ingår intervaller för översyn/kontroll framgår.

Förbättringsåtgärder

- Dokumentation för hela förskrivningsprocessen behöver säkras.
- Socialstyrelsens webbutbildning om förskrivning är en säker metod att säkerställa eller uppdatera kompetensen hos förskrivare.

## 6. Hygien

Verksamheten ska följa Vårdhygiens rutiner för basal hygien. Det ska finnas möjlighet att tvätta händerna i samband med vårdarbetet och ha tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Egenkontroll av

### Bedömning/utvecklingsområden

Under året har hållare för hygienutrustning satts upp i varje lägenhet. Tvål, handsprit samt pappershanddukar finns tillgängligt i varje brukares hem. All personal genomgår webbutbildning i hygien årligen.

## 7. Rehabilitering

Bedömning och funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och vid förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning samt vid uppmärksammade behov och följas upp minst årligen. Insatser från fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut ska vid behov av detta erbjudas. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både generellt och utifrån individuella bedömda behov hos patient.

### Bedömning/utvecklingsområden

#### Åtgärdat:

## 8. Demens

*Området bedöms inte för servicehus*

## 9. Fall och fallskador

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga fall och fallskador. Riskbedömning enligt Downton fallriskindex ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet /minst årligen. Det tvärprofessionella teamet av hälso och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Personalens kompetens inom området ska

säkerställas t.e.x genom utbildning, handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska analyseras och hanteras i verksamhetens system för avvikelshantering.

#### Bedömning/utvecklingsområden

- Verksamheten uppfyller kriterierna i Qusta

### **10. Trycksår**

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga när trycksår uppstår. Riskbedömning enligt Nortonskala ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet. 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

- Använda smärtskala vid smärtstatus

##### Åtgärdat:

Fortsatt arbete med implementering av evidensbaserad smärtskattskala och dokumentation fortgår.

## 11. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga malnutrition. Riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet/minst årligen. Det tvärprofessionella teamet av hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition

### Bedömning/utvecklingsområden

- Fungerar bra
- Ta kontakt med dietist för nattfastan.
- Utveckla teamsamverkan med dietist för att säkerställa vården för patienter med undernäring.

### *Åtgärder*

Kontakt med dietist tas vid behov. Nattpersonal gör tillsynsbesök och ger brukare vätska etc nattid.

## 12. Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans 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.

### Bedömning/utvecklingsområden

- Viktigt att sjuksköterskan utför munstatus och gör riskbedömning vid inflyttning
- Verksamheten har planerat in utbildning

### Åtgärder

Utbildning har genomförts. Munstatus gör på samtliga brukare som tackar ja vid inflytt och följs upp årligen.

## **13. Inkontinens**

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problemen med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

### Bedömning/utvecklingsområden

- Upprätta hälsoplan för vårdtagare som har blås- eller tarmdysfunktion.

### Åtgärder

Lokala rutiner finns. Enheten arbetar för att utveckla vårdplanerna. Utredning samt typ av inkontinensprodukt dokumenteras i brukarens journal. Utbildning har genomförts av inkontinensombuden under året för att öka kvaliteten och kunskapen på verksamheten. Vi arbetar vidare med att säkerställa att varje brukare har rätt inkontinenshjälpmedel. Arbetet sker även förebyggande med kvipövningar etc. Enheten arbetar tvärprofessionellt och vid teammöten varje vecka tas inkontinens och toalett assistans upp som upp som en egen punkt.

## **14. Vård i livets slutskede**

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och att delta vid vårdplaneringen. Etniska och religiösa tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden.

### Bedömning/utvecklingsområden

- Utbildning i nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede är planerad till 29 mars. Säkerställ att ni använder evidensbaserade skattningsskala för bedömning av patientens smärta.



- Implementera i verksamheten att ni erbjuder närstående efterlevandesamtal.

#### Åtgärder

Palliativa ombud har utbildats på enheten. Under året har stort fokus lagt på att förbättra personalens kunskap om vård i livets slut och även medvetenhet om känslorna runt sorg och död. Vi har startat upp reflexion i grupp efter dödsfall. I samarbete med Karolinska institutet pågår även forskningsprojekt ”döbra” för att kunna lyfta svåra frågor i samband med död och även få den döende mer delaktig i sin egen vård. Arbetet fortsätter med att erbjuda efterlevnadsamtal till alla anhöriga. Vi har även blivit bättre på att använda smärtskalor i och med att vi startat upp NVP på enheten. Vi kommer fortsätta arbetet med döbra. Under 2018 kommer ytterligare ombud utbildas.

## **15. Dokumentation**

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personalen.

#### Bedömning/utvecklingsområden

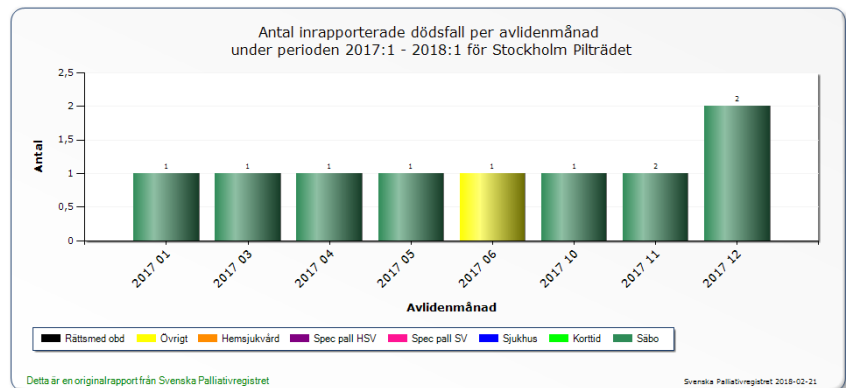
- Säkerställ att alla känner till stadens riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Verksamheten har rutiner för egenkontroll och loggkontroller. Kollegial granskning genomförs.

#### Åtgärder

Ny personal genomgår utbildning i dokumentation. Det finns dokumentationsombud på enheten som utför granskning och även samlar övrig HSL personal för återkoppling.

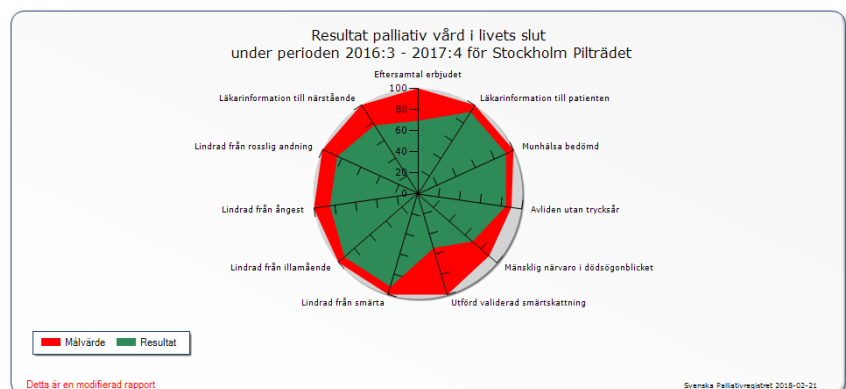
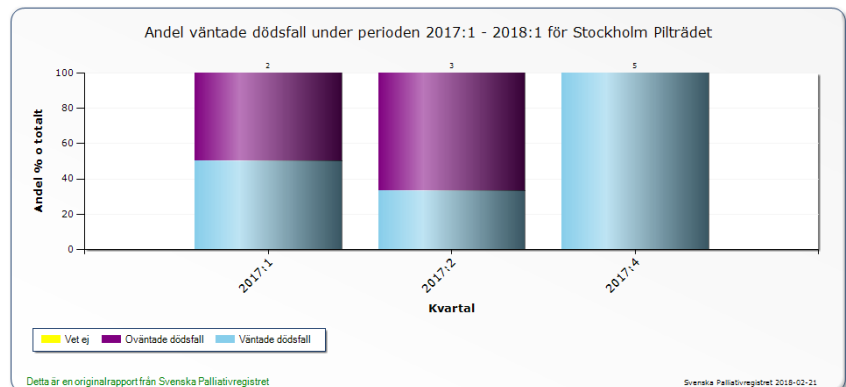
SVENSKA PALLIATIVA REGISTRET.

Samtliga avdelningar registrerar i Svenska palliativa registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet.



### Resultat Kvalitetsindikator palliativ vård i livets slut under perioden 2017:1 - 2018:1 för Stockholm Pilträdet

Antal vårdtillfällen i urvalet: 10



Flera områden ligger ganska högt i förhållande till målvärden men det finns områden som måste fortsätta utvecklas mera och det är smärtskattning och eftersamtal. Dock har det skett en ökning från föregående år gällande smärtskattning samt erbjudna efterlevnadssamtal.

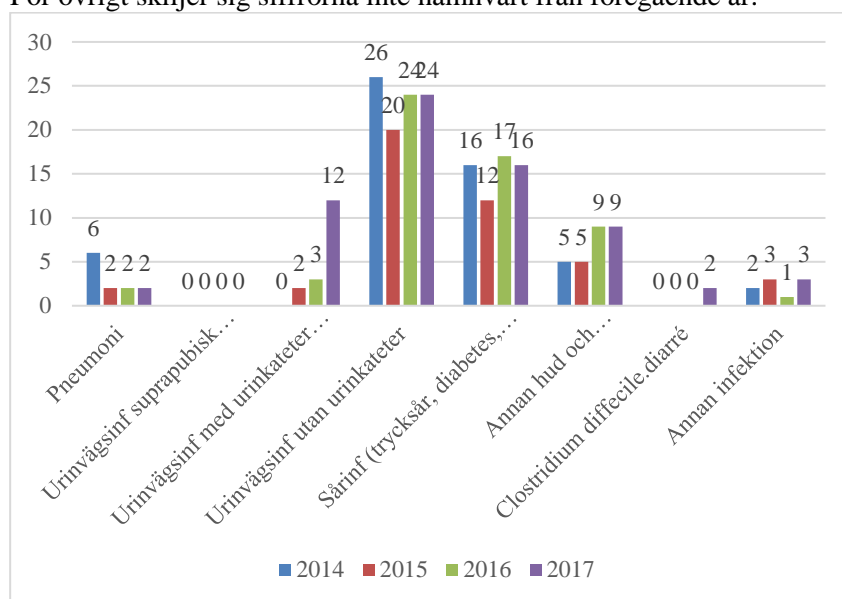
## INFEKTIONSREGISTRERING

Enheten har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika-behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virus-infektioner) som sammanställts av MAS och anmälts in till Vårdhygien.

### Indikation för antibiotikabehandling

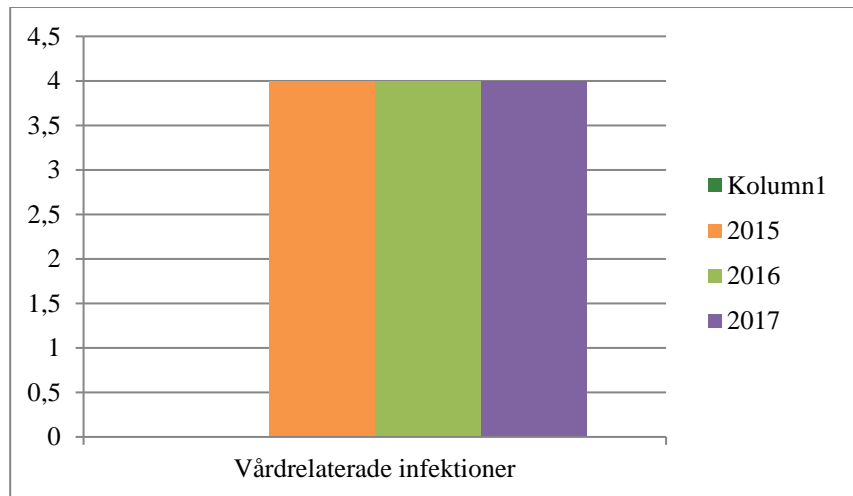
Tabellen nedan är en jämförelse mellan infektionsregistrering år 2014, 2015, 2016 och 2017. Vad vi kan se är en kraftig ökning av infektioner hos vårdtagare med urinkateter. Vad som inte framgår i diagrammet är dock att antalet personer med urinkateter ökat från I sniott 3-4 personer under 2015 och 2016 till 6-7 personer under 2017.

För övrigt skiljer sig siffrorna inte nämnvärt från föregående år.



### Vårdrelaterade infektioner

Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit. Antal boende med vårdrelaterade infektioner ligger på samma nivå som föregående år. Har dock ökat från år 2012 och 2013.

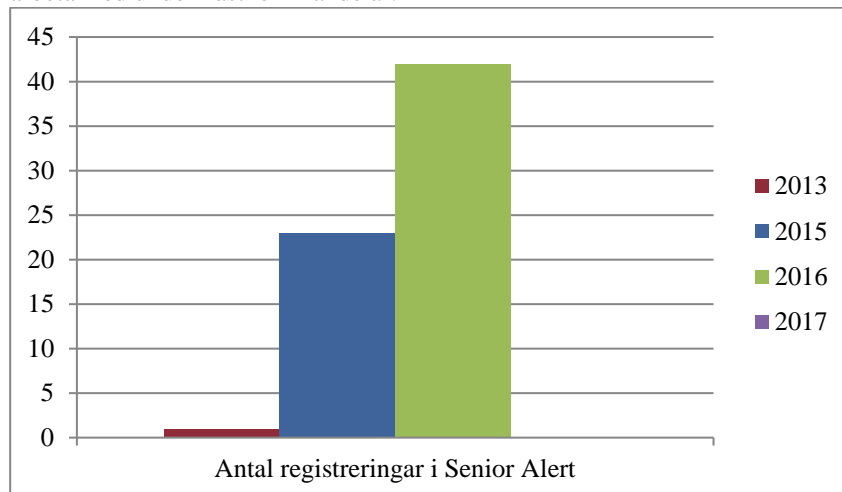


Genomsnittet oktober – September

### SENIOR ALERT SAMMANSTÄLLNING

Registreringar av genomförda riskbedömningar/Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index)

Under året har inga registreringar skett i registret. Detta är ett område vi behöver arbeta med under nästkommande år.



### PASCAL

Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera dosdispenserade läkemedel.

### APOTEKETS KVALITETSGRANSKNING AV AKUT OCH BUFFERTFÖRRÅD

Apoteket har under året granskat läkemedelsförråden. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar.

#### *Sammanfattning*

Vid granskningen gick vi igenom och diskuterade enhetens skriftliga lokala rutiner för läkemedelshantering, kontroll gjordes av förvaring och narkotikakontroll i akut-och buffert förråd samt gjordes stickprovskontroll på förvaring av läkemedel hos de boende.

Den praktiska läkemedelshanteringens upplevs fungera bra på servicehuset, skriftliga rutiner är väl utformade, dock kan några kompletteringar/ändringar göras enligt förslag nedan.

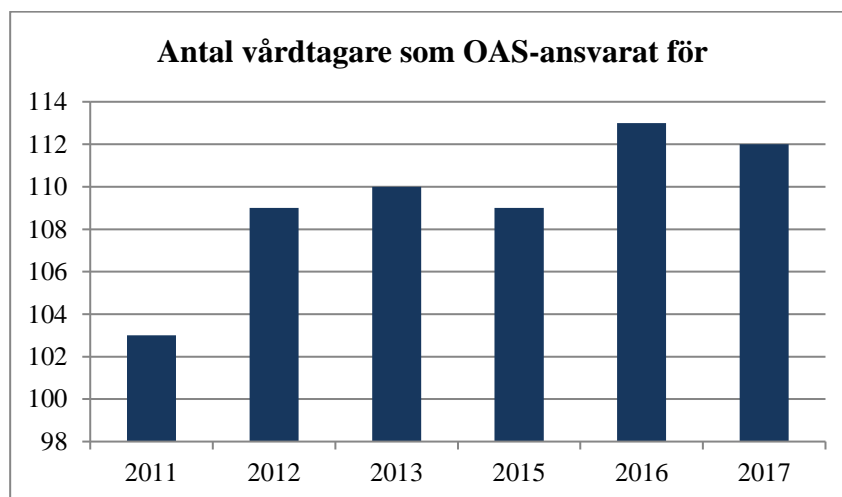
#### *Förslag till förbättringar*

- Alltid skriva vårdkedjeavvikelser i syfte att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar.

- Att dokumentera generisk utbyten på signeringslistorna och uppdatera lokal rutin för hantering av generiskt utbyte.
- Ta fram en lista med signaturförtydligande för läkare
- Se över listan för överlämnande av vid behovs läkemedel.
  - Skriv indikation
  - Möjlighet att utvärdera effekt.
- Se över det skriftliga delegeringstestet.
- Beskriv i lokal rutin vilka kontroller som görs, hur en felleverans hanteras, vem som ansvarar för att ta emot leveransen mm.

### HSL- INDIKATORER

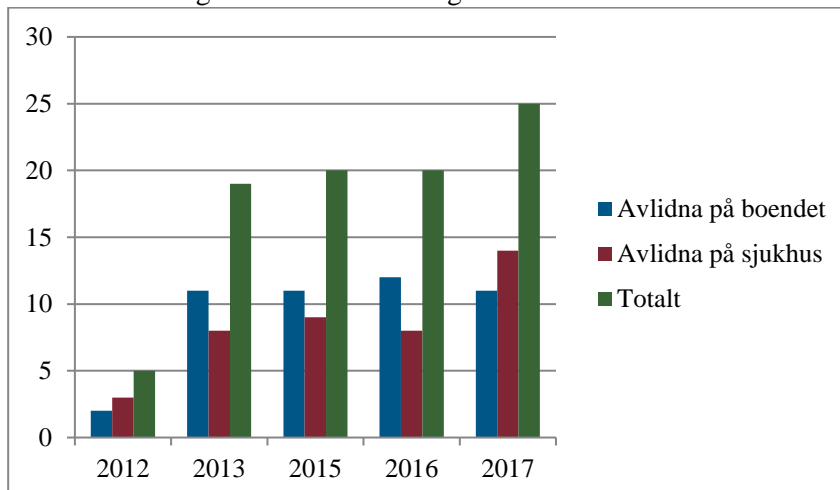
En jämförande statistik har gjorts. I nedan tabell visas ett medel-värde på antalet vårdtagare som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerat och haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för.



### Avlidna

### Avlidna

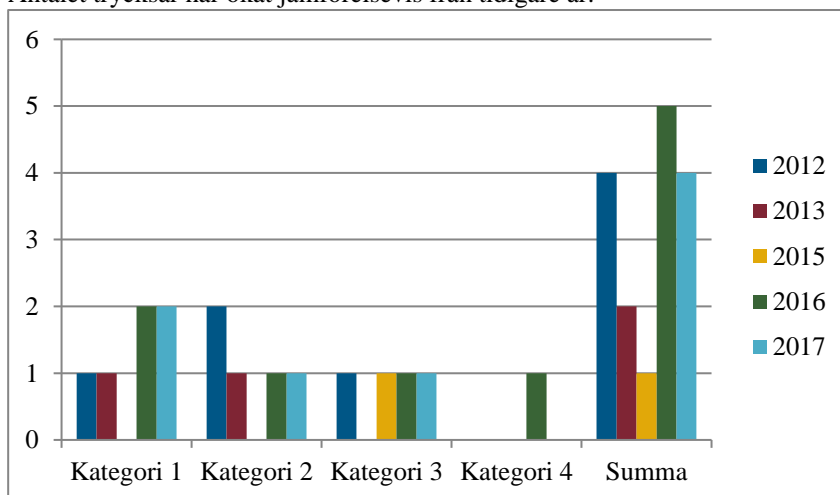
Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Under tidigare år har antalet som avlidit i hemmet varit fler än avlidna på sjukhus. I år har antalet som avlidit på sjukhus varit fler än de som avlidit i hemmet. Det totala antalet avlidna per år ökar vilket kan bero på att de som flyttar in på servicehusen är allt sjukare. Vad vi kan säga är att flertalet som avlidit på sjukhus har blivit inskickade akut och avlidit hastigt eller varit i för dåligt skick för att återvända hem.



Statistiken grundas på antal vårdtagare som avlidit.

### Trycksår<sup>1</sup>

Antalet trycksår har ökat jämförelsevis från tidigare år.



Genomsnittet oktober - september

<sup>1</sup> Kategori 1. Kvarstående rodnad mer än 24 timmar med intakt överhud.

Kategori 2. Ytligt sår som inte når fettväv. Epitelskada med svullnad, spricka eller blåsa.

Kategori 3. Fullhudsskada. Sår genom hela huden och ned i fettväv men som inte når underliggande muskler.

Såret är ofta nekrotiskt.

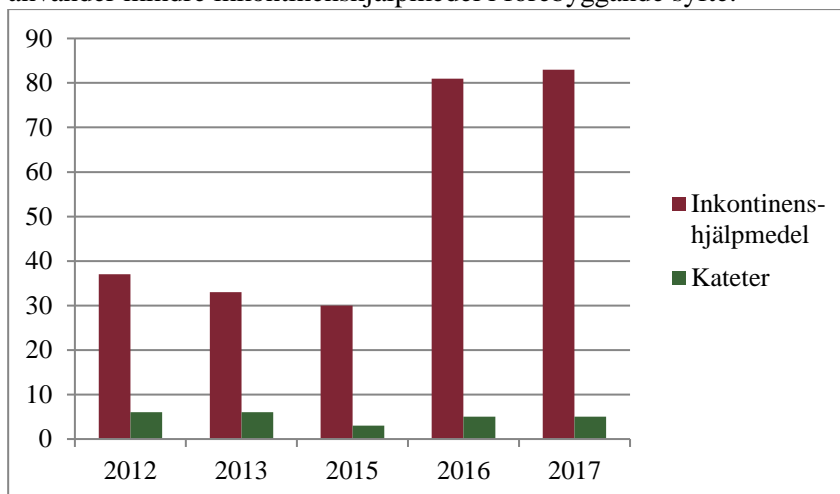
Kategori 4. Djupt sår med sårhåla. Sår genom alla hudlager och fettväv samt underliggande muskler, senor/ben. Fistlar exempelvis till tarm kan förekomma. Större risk för sårinfektion föreligger





### Förskrivna inkontinenshjälpmedel

Förbrukningen av inkontinenshjälpmedel har ökat jämfört föregående perioder. Det nästan dubbla antalet registrerade hjälpmedel kan delvis bero på att dokumentationen har förbättrats markant men även på ökad kunskap, att fler inkontinesutredningar görs och att fler personer använder mindre inkontinenshjälpmedel i förebyggande syfte.



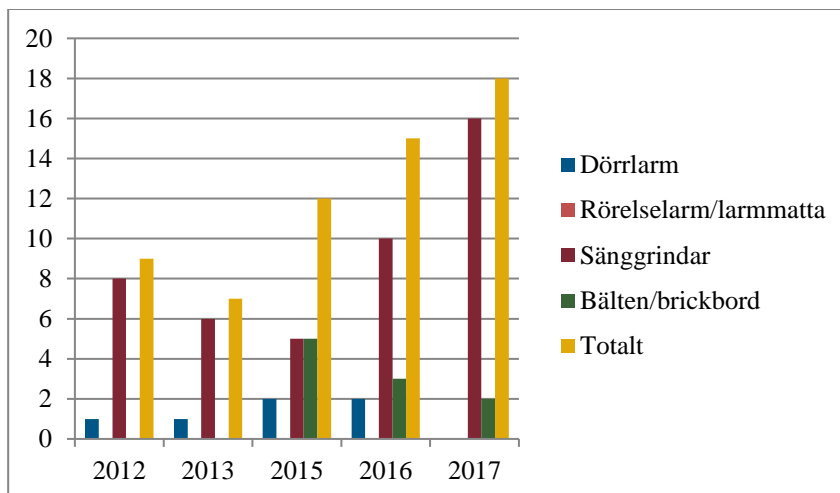
Genomsnittet oktober - september

### Specifik omvårdnad

Många äldre som flyttar in i ett särskilt boende har ett hälso- och sjukvårdsbehov medan vissa har ett hälso- och sjukvårdsbehov 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, intravenöst dropp, injektioner, blodtransfusioner, såromläggningar eller som inte kan tillgodogöra sig vanlig kost utan får nutrition via någon form av sond. Antal personer som har varit i behov av specifik omvårdnad har minskar från föregående år till endast 1 person. Även antal personer med behov av injektioner (annat än insulin) har minskat.

### 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 prövade insatser inte räckt för att uppfylla säkerheten för vårdtagaren. Användning av sänggrindar har ökat kraftigt medan användning av brickor/bälten har minskat.



Genomsnittet oktober – September

### RISKBEDÖMNINGAR

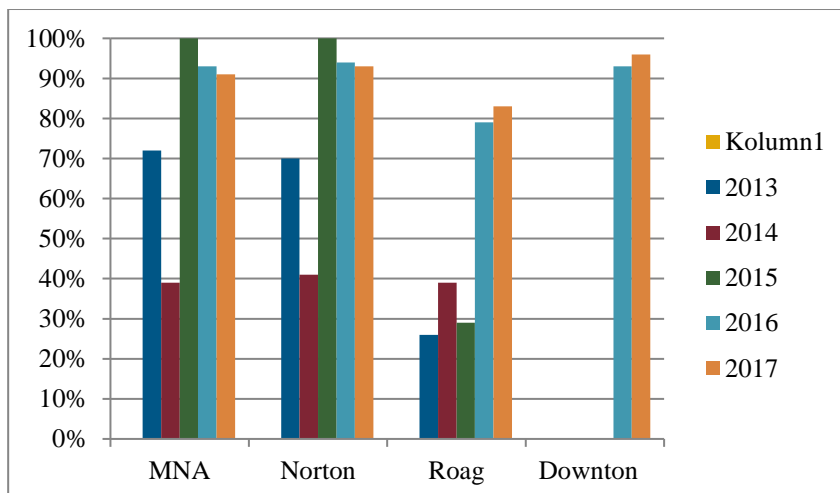
Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde inte tackar nej eller om det av någon anledning inte är relevant. Bedömningarna ska följas upp minst en gång om året eller efter behov. Målet är att uppnå 100 procent innan årets slut, tabell 9.

Instrument som ska användas är:

- Downtown Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assesment) för att mäta näringsstatus
- Norton för att mäta risk för trycksår
- Vårdprogram för urininkontinens/
- Kvalitetssäkringsprogram NIKOLA
- ROAG-munstatus

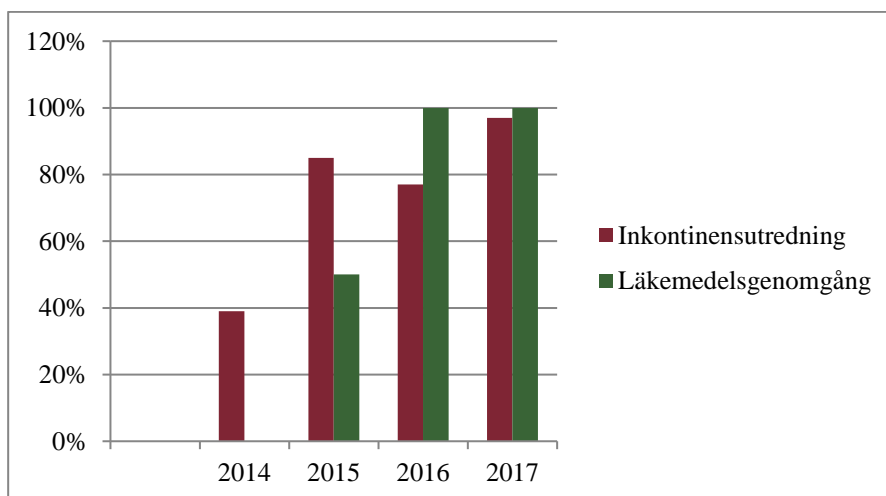
### Pilträdet servicehus

Genomförda riskbedömningar enligt ROAG har ökat kraftigt de två senaste åren. Antalet riskbedömningar enligt Norton och MNA ligger båda på en godkänd nivå över 90 %. Stort fokus har lagts på våra riskbedömningar de senaste två åren.



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

Läkermedelsgenomgångarna har ökat de två senaste åren.  
Inkontinesutredningarna har ökat från föregående år.



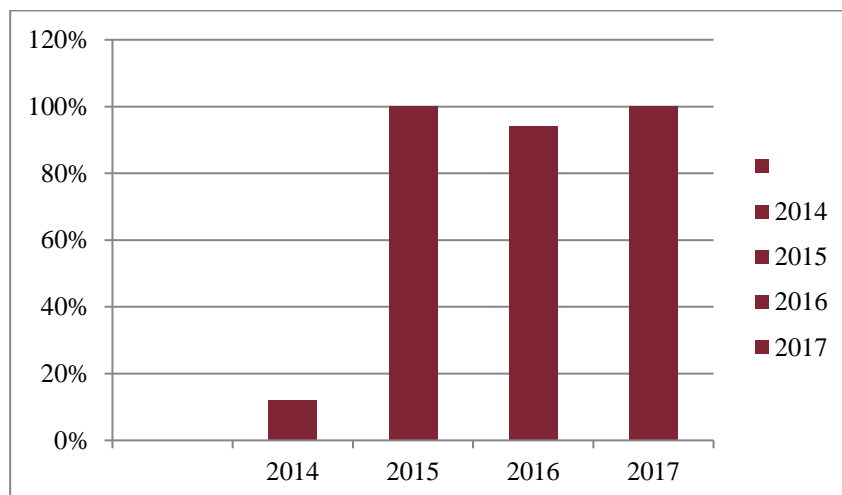
Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden.

## 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, har sedan tidigare period ökat markant de sista åren.

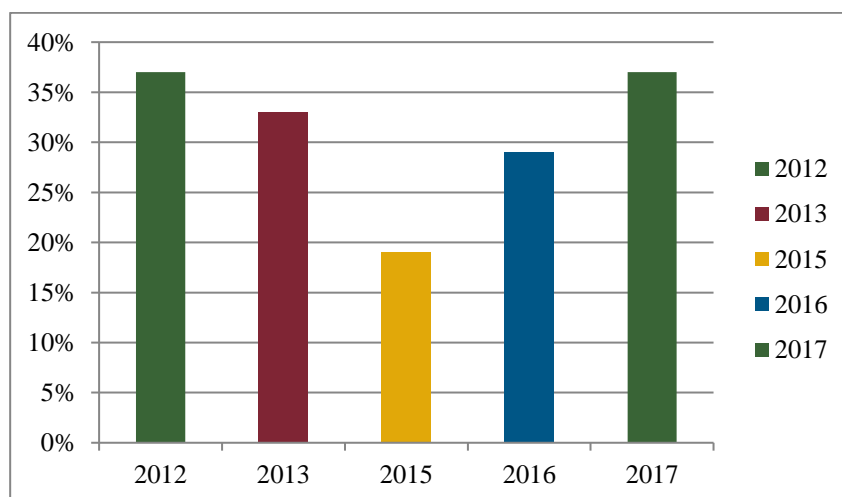


Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober

### Body Mass Index (BMI)

Ideal BMI för äldre förefaller ligga mellan 23 och 27.

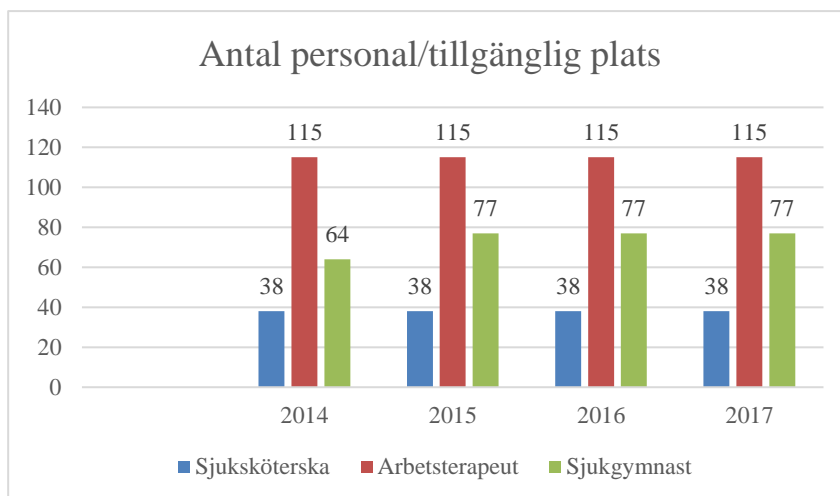
Kvalitetsindikatorn antal boende med ett BMI på 22 eller mindre än 22 ligger har ökat med 10% jämfört med 2015.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårdspersonal omräknat till heltid per den 1 oktober. Antal boende per arbetsterapeut har varit konstant under de senaste åren. Antal boende per sjukgymnast har ökat de senaste två åren jämfört med tidigare år. Antal sjuksköterskor per vårdtagare är samma de senaste åren.



## **SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §*

Ett avtal finns med Vårdhygien vilket innebär att Vårdhygien kan kontaktas för råd och rekommendationer samt genomföra hygienronder inom verksamheten. Vårdhygien tillhandahåller även utbildning för samtliga anställda på Pilträdes Servicehus.

Kungsholmens stadsdelsförvaltning har ett avtal med Apoteket där Apoteket ska utföra årliga granskningar Pilträdes 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 också lokala rutiner för läkarorganisationen för Legevisitten Läkare/SÅBO och Serafen och Pilträdet Samverkansmöten mellan de olika aktörerna sker regelbundet under året.

## **RISKANALYS**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Under det gångna året har en riskanalys tagits fram avseende årets semesterplanering.

## INFORMATIONSSÄKERHET

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller i journalsystemet vodok. Loggkontroller sker av även av MAS i NPÖ. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har upptäckts under året. Vid inflytt tillfrågas brukaren om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ. Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. Brukaren tillfrågas om hon/ han godkänner att uppgifter hämtas och lämnas till andra vårdgivare och om sin medverkan i kvalitetsregisterna.

Gransking av hälso – och sjukvårdpersonalens journalföring under året visar att journalföring sker på ett patientsäkert sätt.

## HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 §*

### Avvikelser

När en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra skada eller sjukdom hos en boende. Skrivs en avvikelse rapport som dokumenteras i vårt journalsystem. Avvikelsen rapporteras till MAS/MAR och närmaste chef. Varje avdelning analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelserna på teammöten och enskilt med berörda. Avvikelse hantering är en av grundstenarna i vårt förbättringsarbete och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser.

### Enhetschef

Enhetschefen har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten. Enhetschef ansvarar vidare för att:

- riktlinjerna är kända och följs av all personal
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser
- regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal
- det finns rutiner på enheten så att medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

### Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Ansvarar för att:

- vidta de åtgärder som behövs för vårdtagarens säkerhet
- dokumentera åtgärder

- utreda orsaker till avvikelsen
- informera enhetschefen om avvikelsen
- rapportera allvarliga avvikelser till MAS
- informera vårdtagaren/närstående om avvikelsen

### Sjukgymnast och Arbetsterapeut

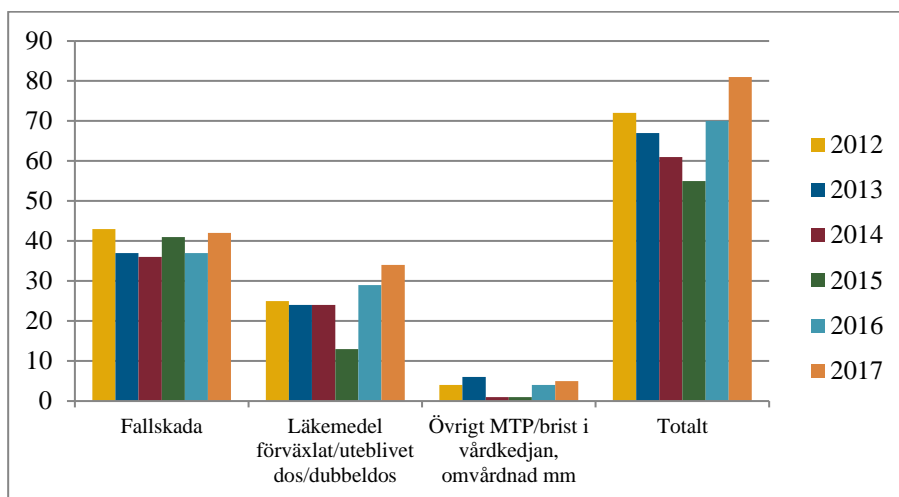
Ansvarar för att:

- medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter
- medverka i arbetet med avvikelser som rör rehabiliteringsfrågor
- dokumentera avvikelser rörande området rehabilitering
- utreda orsaker till avvikelser inom området rehabilitering och hjälpmedel

## AVVIKELSER

### Inkomna avvikelser

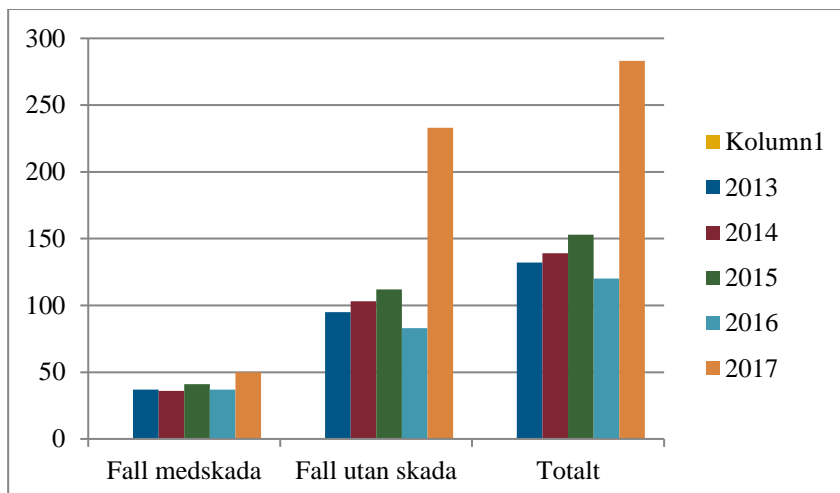
Inkomna läkemedelsavvikelser för 2017 har ökat jämfört med tidigare år. Antal rapporterade fallskador har även ökat. En del av ökningen kan bero på att det tidigare varit ett mörkertal i både inrapporterade och dokumenterade fall. Vi har arbetat mycket med avvikelser, rapportering och att alla fall ska dokumenteras under året.



Statistiken grundas på antal avvikelse som registrerats i verksamheten.

### Fall avvikelser och Fallincidenter

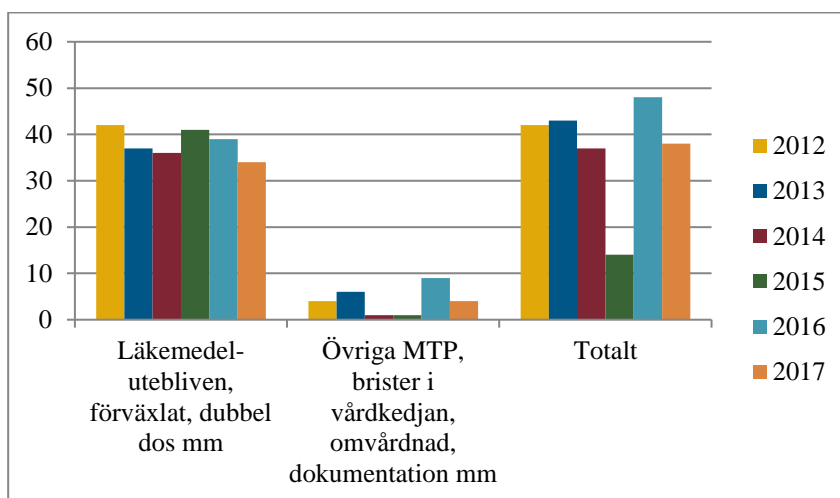
Antalet registrerade fallavvikelser under 2017 har ökat kraftigt från föregående år.



Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten

### Läkemedels- och övriga avvikelser

Läkemedelsavvikleserna ligger ungefär lika med föregående år. Vad vi kan säga är att alla läkemedelsavvikelser inte har blivit registrerade i avvikelsemodulen och att siffran skulle ligga lite högre. Vi får in fler avvikelser på grund av att personalen skriver fler avvikelser än förut.



Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten

## 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 tiotal 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 2017 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 förtroenderåd på vår verksamhet, med syfte att informera nyheter, diskutera vad som händer på verksamheten samt fånga upp och föra fram allmänna synpunkter. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen 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 vårdrisker. 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:**

#### **Aktuella inkontinensbedömningar för varje brukare**

Enheten har arbetat med de rutiner som tagits fram från föregående år för att säkerställa att alla brukare har en aktuell inkontinensbedömning och har rätt inkontinenshjälpmedel förskrivet. Antalet bedömningar har ökat från 77% (2016) till 97% (2017). Alla brukare med en konstaterad inkontinens har ett individuellt förskrivet inkontinenshjälpmedel. Vi kommer att fortsätta arbeta med att säkerställa att alla brukare får en bedömning och vid behov en dokumenterad utredning. Nya sjukusköterskor kommer att genomgå utbildning i förskrivningsrätt. Inkontinesombuden arbetar vidare med att säkerställa att rutiner följs gällande beställningar. Vi arbetar i team för att öka kvaliteten och för att stärka teamarbetet kring varje brukare.

### **ÅTAGANDEN:**

#### **Utveckling av teamarbetet med brukaren i fokus**

Rutinerna för teamarbetet har utvecklats under året. För att få struktur på mötena finns en ordförande som håller i mötet. Mötet följs enligt en checklista. Alla har sina tydliga roller. Vi har arbetat med att alla behöver ta sitt ansvar och komma förberedda till mötet. Vi kommer att arbeta vidare med ansvarsfördelning och för att teamen fortsättningsvis ska vara effektiva och meningsfulla för både brukare och personal.

### **ÅTAGANDEN:**

#### **Fokus på kvalitetsregistren palliativa registret och senior alert**

Antal registreringar i palliativa registret har ökat och registreringar har skett i team. Resultatet har förbättrats betydligt i alla parametrar.

Gällnad senior alert behöver enheten göra ett krafttag för att bedömningar och åtgärder ska läggas in i registret.

### **ÅTAGANDEN:**

#### **Följa upp riskbedömningarna**

Riskbedömningarna har följts upp regelbundet via egenkontroller. Alla förväntade resultat har nåtts med god marginal. Personal har fått återkoppling månadsvis genom utdragen statistik. Vi kommer att arbeta

vidare för att få en bättre fördelning av antalet genomförda bedömningar under hela året.

### **Åtagande: Utveckla arbetet med dokumentationssystemet ICF**

Resultatet av dokumentationsgranskningen visade att vi blivit bättre på att dokumentera under rätt sökord och att antalet hälsoplaner som upprättas ökat. Fortsättningsvis behöver vi bli bättre på dokumentation vid smärtskattning. Vid varje inskrivning ska en checklista användas. Vi kommer att arbeta vidare med den åtgärdsplan som upprättades vid föregående granskning.

### **ÅTAGANDE: Utvecklingsarbetet med Hälsoplaner i tvärprofessionella team där alla yrkeskategorier finns representerade.**

Genomgång av hälsoplaner under teamen varje vecka. Viktigt att alla personalkategorier medverkar i upprättandet av hälsoplaner och att de är kända av hela teamet. Att de dokumenteras och att åtgärder följs upp. Arbetet med hälsoplaner kommer att fortsätta med sikte på att vidareutveckla dokumentationen.

### **ÅTAGANDE:**

#### **En god matsituation med fokus på att säkerställa näringsintaget för våra brukare och minska risken för undernäring,**

Vi arbetar vidare med att alla brukare som har behov av hjälp inte ska ha längre än 11 timmars nattfasta. Vikt tas var tredje månad eller oftare vid behov. Vi har en dietist som stöd både vad gäller att utbilda personal samt stötta och ge råd vad gäller brukare med nutritionsproblem. Individuella vårdplaner upprättas vid behov. Vi kommer att arbeta vidare för att säkerställa att våra brukare får rätt måltidsstöd och att måltiden blir en trevlig upplevelse.

**ÅTAGANDE:**

**Att implementera användandet av evidensbaserad smärtskattning vid vård i livets slut och även säkerställa att dokumentation görs.**

Enheten arbetar vidare med implementering och användande av smärtskalor för all personal. Enheten har börjat att använda sig av NVP checklistor. Här dokumenteras smärta som bedöms utifrån olika evidensbaserade smärtskalor. Detta är ett fortsatt utvecklingsområde för 2018.

## **ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR**

### **Målen 2018 för verksamheten på Pilträdet Servicehus**

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

### **Strategi för Pilträdet servicehus 2018**

#### **Åtaganden för 2018**

- Aktuella inkontinensbedömningar för alla brukare.
- Utveckling av teamarbetet med brukarna i fokus
- Utveckla arbetet med dokumentationssystemet ICF
- Nutrition med fokus på brukare med undernäring.
- Implementera användandet av smärtskalor.
- Införande av NVP.
- Vidareutveckling av de palliativa ombudens roll.
- 80% har en aktuell inkontinensutredning
- 90% av brukarna ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA.
- 90% har en aktuell ADL bedömning
- 90% av brukarna ska ha en utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår.