



BILAGA TILL VERKSAMHETSBERÄTTELSEN

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens stadsdelsförvaltning, äldreomsorg

År 2011

Ansvarig för innehållet

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) och
Medicinskt Ansvarig för Rehabiliterings (MAR)**

Innehållsförteckning

| | |
|--|----------|
| Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Kungsholmens stadsdelsförvaltning, äldreomsorg | 1 |
| Sammanfattning | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| Struktur för uppföljning/utvärdering | 5 |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 7 |
| Uppföljning genom egenkontroll | 8 |
| Resultat av QUSTA uppföljning, jämfört med 2010 och 2009. | 8 |
| Resultat av QUSTA 2011 | 8 |
| Övrigt | 16 |
| Jämförande statistik gällande hälso- och sjukvård inom Kungsholmens vård- och omsorgsboende | 18 |
| Riskbedömningar | 21 |
| Övriga indikatorer | 23 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 25 |
| Riskanalys | 26 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 26 |
| Hantering av klagomål och synpunkter | 29 |
| Sammanställning och analys | 29 |
| Samverkan med patienter och närstående | 29 |
| Resultat | 29 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år | 30 |
| Tabellunderlag | 31 |

Sammanfattning

Under år 2011 har kvalitetsuppföljning genomförts av hälso- och sjukvården inom Kungsholmens stadsdelsnämnds samtliga vård- och omsorgsboenden.

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal skall ha kunskap om de regler som gäller och instrumentet omfattar frågor som rör vissa utvalda delar i hälso- och sjukvården. I samtliga uppföljningar framgår det att kvaliteten på enheternas arbete i praktiken fungerar, men ännu har ingen av enheterna uppnått full poäng för god kvalitet. Hygien, inkontinens och mun- och tandhälsovård är några av de områdena som under samtliga perioder legat lågt och som i hög grad måste förbättras. I år är genomsnitt ca 80 % av de uppställda kraven på god kvalitet jämfört med ca 83 % år 2010 och ca 81 % jämfört med år 2009. Resultatet visar dock en minskning där två enheter har tappat i kvalitet i jämförelse med föregående år. Båda av dessa enheter har bytt entreprenör under året, vilket visar på att ett entreprenörsskifte vanligen leder en tillbakagång då bl.a. aktuella och anpassade rutiner ännu inte upprättats. Enheternas % sats varierar i år mellan ca 60 till 91 %.

Tydliga rutiner ska finnas så att legitimerad personal ska kunna komma in på en enhet och självständigt klara av att utföra ett arbetspass. Samtliga enheter brister i vad det gäller att hålla skriftliga rutiner levande och aktuella. En åtgärd är att uppdatera rutiner för det arbete som redan nu bedrivs. För att nå upp till godkänd kvalitet i QUSTA, krävs ytterligare förbättringsarbete. Cheferna måste skapa förutsättningar för legitimerad personal att kunna utföra sitt uppdrag med bland annat riskbedömningar, dokumentation och att rapportera föreskriven statistik.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller inte helt regelverkets krav. Sammantaget handlar det om att utveckla dokumentationen i hela vårdprocessen med bedömning, planering och utförande av åtgärder/insatser samt uppföljning av resultat i vårplaner.

Samtliga enheter har infektionsregistrerat användandet av antibiotika. Genomsnittet av antibiotikabehandling hos boende med urinvägsinfektioner utan urinkateter, boende med urinkateter och suprapubisk urinkateter har minskat från år 2009 till 2010. Pneumoni, sårinfektion, annan hud och mjukdelsinfektion var i stort oförändrat.

Apoteksgranskning av akut och buffert läkemedelsförråden har utförts av apoteket på alla enheter utom på Solbacken som under året genom stimulanspengar deltagit i ett projekt med Apoteket Farmacia AB gällande kvalitetssäkring av hela läkemedelskedjan. Enheterna har i stort en säker läkemedelshandling men med vissa förbättringsområden att arbeta vidare med. Flera förslag som framfördes vid föregående års granskning har genomförts men dock inte alla.

När det gäller hälso- och sjukvårdsindikatorerna så varierar det, några ha ökat och några minskat. De riskbedömningar som ska utföras som ett led i den vårdpreventiva processen, och mäts enligt stadens kvalitetsindikatorer har under mätperioden i hög grad förbättrats, vilket är mycket positivt.

Avvikelse rapporteringen visar sammantaget att det under år 2010-2011 jämfört med år 2009-2010 skett en minskning av registrerade/inkomna avvikelser. Det är läkemedelsavvikelserna som står för minskningen. Fallavvikelse och övriga avvikelser ligger i stort sett på samma nivå som tidigare år. Under perioden har fem avvikelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.

Övergripande mål och strategier

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

Målet för hälso- och sjukvården är att patienterna ska:

1. ha självständighet och integritet,
2. få god personlig omvårdnad och specifik vård,
3. känna sig trygga,
4. vara välnärda, inte falla eller få trycksår samt
5. få en hälsobefrämjande vardag

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Att regelbundet följa upp hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna genom anmälda som oanmälda besök. Ansvariga för uppföljningarna är Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)

Vid de anmälda verksamhetsuppföljningarna används kvalitetsinstrumentet QUSTA. Instrumentet omfattar frågor som rör vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Instrumentet består av två delar. Den ena delen innehåller frågor inom områden som regleras enligt lagar och förordningar, den andra delen innehåller frågor som berör vård och behandling.

Vid besöken inspekteras bland annat verksamhetens lokaler ifråga om hygien, personalens arbetsätt och bemötande samt medicintekniska produkter och förrådshantering.

2. Att kontinuerligt följa och analysera inkomna avvikelser rörande fallolyckor, läkemedelshantering och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser.
3. Att varje månad inhämta indikatorer över hur många vårdtagare som har bytt vårdform, avlidit, trycksår, inkontinenshjälpmedel, apodos/dosett, ordinerade läkemedel och specifik omvårdnad, bälte och larm mm. Detta görs av MAS/MAR utifrån överenskommen fördelning av ansvar.
4. Att i tertial 1, tertial 2 och verksamhetsberättelsen följa i vilken utsträckning vårdtagare som bor på ett särskilt boende erbjuds och minst en gång om året eller efter behov får en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition och trycksår samt urininkontinensutredning och läkemedelsgenomgångar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd

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

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

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

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

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

I patientsäkerhetsarbetet ska det finnas MAS/MAR regler och lokala skriftliga rutiner för att förebygga vårdskador.

MAS och MAR följer årligen upp verksamhetens rutiner genom QUSTA kvalitetsuppföljning. Kvalitetsinstrumentet är framtaget av masar från tio stadsdelsnämnder och kommuner i Stockholm och Stockholms län och bygger på att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de regler som gäller för kommunal hälso- och sjukvård.

Instrumentet omfattar frågor som rör vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Instrumentet består av två delar. Den ena delen innehåller frågor inom områden som regleras enligt lagar och förordningar, den andra delen innehåller frågor som berör vård och behandling. Varje kapitel, förutom dokumentationen, har poängsatts till 20 poäng, totalt 280 poäng. Servicehusen som inte har någon enhet för demenshandikappade kan uppnå maximalt 260 poäng. Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet utifrån de erfarenheter marsarna får när verksamheterna granskas.

Syftet är att se till att:

- Vårdtagarna får en god och säker vård som håller hög kvalitet.
- Kommunens regler för hälso- och sjukvård följs.
- Lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet.
- Stimulera verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

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.

Före uppföljningsbesök/et skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, som besvarar frågorna tillsammans med sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Vi uppföljningsbesöket går MAS/MAR tillsammans med ansvarig chef och berörd hälso- och sjukvårdspersonal igenom frågorna. I samband med uppföljningen genomförs dokumentationsgranskning enligt QUSTA.

Observationer från genomförd inspektion i verksamheten återkopplas till verksamhetschef av MAS/MAR samt att resultatet från genomgången av QUSTA återförs i en skriftlig rapport som ska resultera i en åtgärdsplan verksamheten.

MAS följer kontinuerligt alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden mm utgående från hälso- och sjukvårdslagets bestämmelser. Andra hälso- och sjukvårdsindikatorer som följs varje månad är hur många vårdtagare som har bytt vårdform, avlidit, trycksår, inkontinenshjälpmedel, apodos/dosett, ordinerade läkemedel och specifik omvårdnad.

MAR följer kontinuerligt fallolyckor och fallavvikelser samt skyddsåtgärder.

MAS tar även in registrering av infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) i särskilda boenden på Kungsholmen som redovisa till Vårdhygien. Infektionsregistreringen är också en del av kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Stockholms stad kvalitetsindikatorerna följs också upp av MAS/MAR. Indikatorerna infördes 1 januari 2009. De bedöms som ett viktigt kvalitetsmått i verksamhetens patientsäkerhetsarbete och som samtliga förvaltningar ska följa årligen och över tid.

Stadens kvalitetsindikatorer har vi denna redovisning genomförts för perioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011 och jämförts med 1 oktober 2009 till 30 september 2010. Indikatorerna läkemedelsgenomgångar, inkontinensutredning och BMI beräknas utifrån de personer som haft en journal upplagd på vård- och omsorgsboendet under den aktuella mätperioden. Indikatorerna för riskbedömningarna fall, nutrition och trycksår beräknas utifrån de personer som bor på vård- och omsorgsboendet vid det aktuella mät datumet, i detta fall 1 oktober.

Riktmärket är 100 % förutom på fallolyckor, trycksår och BMI 22 eller <22 där riktmärket är 0 %.

- Andel boende med utförd ADL
- Andel boende där dokumenterad fallriskbedömning är utförd
- Andel fallolyckor som lett till fraktur
- Andel boende där dokumenterad riskbedömning för trycksår är utförd
- Andel med trycksår
- Andel boende med individuellt utredd inkontinens
- Andel boende vars läkemedelsordination genomgått en årlig läkemedelsgenomgång
- Andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende nutrition/malnutrition är utförd
- Andel boende med BMI 22 eller < 22

Utöver ovan indikatorer följer även Kungsholmens MAS och MAR:

- Antal boende/tillgänglig plats per sjuksköterska per oktober.
- Antal boende/tillgänglig plats per arbetsterapeut per oktober.

- Antal boende/tillgänglig plats per sjukgymnast per oktober.

Samtliga resultat av uppföljningar, bevakningar av avvikelser och kvalitetsindikatorer redovisas till stadsdelsnämnden av MAS/MAR i tertial 1, tertial 2 och verksamhetsberättelsen/patientberättelsen.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamhetsuppföljning

Samtliga enheter har under året följts upp av MAS/MAR både genom anmälda och oanmälda besök. Utefter MAS/MAR åtgärdsförslag återkopplar verksamheterna med en handlingsplan som sedan följs upp av MAS/MAR utifrån tidsplan eller i samband med nästa uppföljning.

Granskning av inkontinensvården i den interna vårdkedjan

Utifrån internkontrollen har en granskning genomförts för att belysa om den röda tråden i vårdprocessen för inkontinensvården kan följas från Hälso- och sjukvårds dokumentation till den sociala dokumentationen. Granskningen har genomförts i samarbete mellan MAS/MAR och verksamhetsuppföljare enligt SoL. Det finns en brist på informationsöverföringen och ett fortsatt arbete att utveckla processen i hela vårdkedjan ska genomföras.

Kvalitetssäkring av hela läkemedelskedjan

Solbacken har under året genom stimulanspengar medverkat i ett projekt med Apoteket Farmacia AB gällande kvalitetssäkring av hela läkemedelskedjan inom äldreboenden, en metod som bygger på lärande i vardagen. Metoden bygger på att en Apotekare finns med i arbetslaget för att med sina kunskaper bidra till en säkrare läkemedelshantering, i den dagliga verksamheten på arbetsplatsen. Målet har varit att öka kunskapen hos all personal (sjuksköterska, vårdpersonal och läkare) och därmed kvalitetssäkra hela läkemedelshanteringen. Åtgärder för enheten varit att utveckla bra rutiner kring hela läkemedelskedjan.

Hygienronder

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska initierade under 2011 till uppföljning av tidigare genomförda hygienronder (2008) på samtliga vård och omsorgsboende. Hygienronden omfattar följsamhet till basala hygienrutiner, klädpolicy, vårdtagares hygienutrymme, sjuksköterskeexpeditioner, avdelningsförråd, tvättstugor/sköljrum, tvätthantering och omklädningsrum. Hygiensjuksköterskan har lämnat åtgärdsförslag till respektive enhets chef.

Infektionsregistrering

Samtliga enheter har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som sammanställs och skickas till Vårdhygien.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där riskbedömningar som fall, nutrition och trycksår ska registreras, bland annat för att Socialstyrelsen själva ska kunna ta ut statistik. Organisationsträd för Kungsholmen har upprättats och MAS/MAR är regionala koordinators och kontaktpersoner till Senior-alert.

Införande av Senior alert.

- Förankringsmöte för verksamhetschefer 3 timmar som utses till Lokal koordinator. Lokal koordinator ska lägga upp lokala användare inom sitt område.
- Uppstartsmöte för Teamet: sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal vid 2 tillfällen. Genomgång av systemet i fokus på teamarbete, varför registrering i systemet mm.
- Uppföljningsmöte för lokala användare vid ett tillfälle. Lite mera information och utbildning för den legitimerade personal som ska registrera i systemet.

MAS/MAR har tillsammans med senior alerts utvecklingsledare förankrat och infört senioralert under hösten 2011 med sjösättning i registret 1 december 2011.

Dokumentationsutbildning

Dokumentationsutbildning har genomförts av MAS/MAR på Serafen, Solbacken och St Erik utifrån de resultat av dokumentationsgranskningen som genomförts i samband med QUSTA uppföljningen.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Resultat av QUSTA uppföljning, jämfört med 2010 och 2009.

Uppföljningarna av samtliga kvalitetsområden i QUSTA har utförts vid Alströmerhemmet, Serafen, Solbacken, S:t Erik, Pilträdet och Fridhemmet. Resultat av enheternas uppfyllelse i % under åren 2011, 2010 och 2009.

| Enheternas uppfyllelse i % under åren | 2011 | 2010 | 2009 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Alströmerhemmet | 60 % | 89 % | 80 % |
| Serafen | 85 % | 76 % | 74 % |
| Solbacken | 91 % | 89 % | 88 % |
| S:t Erik | 80 % | 85 % | 88 % |
| Pilträdet | 85 % | 82 % | 83 % |
| Fridhemmet | 80 % | 79 % | 77 % |

Resultat av QUSTA 2011

Granskning har utförts vid Alströmerhemmet, Serafen, Solbacken, S:t Erik, Pilträdet och Fridhemmet. Resultat av uppföljningarna är en redovisning av samtliga kvalitetsområden i QUSTA år 2011 samt genomsnittet av samtliga enheters poäng 2011, 2010 och 2009. Hygien, inkontinens och mun- och tandhälsovård är några av de områdena som under samtliga perioder legat lågt och som i hög grad måste förbättras.

Lokal Rutinpärm

Rutinpärmen ska vara så tydlig att tillfälliga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter och även ordinarie legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som ska utarbetas enligt QUSTA. Rutinerna ska upprättas så att det syns vilken verksamhet som äger den. Övrig personal ska känna till MAS/MAR regler.

Ingen av enheterna uppfyller kraven. Under året har två verksamheter genomgått entreprenörsskifte. Vilket medfört att verksamheterna i olika omfattning tappat fart i samband med att de måste byta till den övertagande entreprenörens övergripande ledningssystem och upprätta nya lokala rutiner. En enhet måste upprätta rutiner inom samtliga områden. Det finns svårigheter i att hålla pärmen uppdaterad och som ett levande dokument. Förändringar i lagstiftningen gör att pärmen ständigt måste revideras och uppdateras. Alla som arbetar i verksamheten ska ha tillgång till MAS/MAR regler och de lokala rutinerna. Där intern MAS finns ska deras regler gälla om inget annat överenskommes.

Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal

På vård- och omsorgsboendena ska finnas regler för hur personalen kommer i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Reglerna skall vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de skall vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare skall regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal om läkarinsatserna skall finnas. Sjuksköterskor, paramedicinare och läkare bör ha en skriftlig överenskommelse om hur samarbetet skall ske.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 16 | 19 | 19 |

Två enheter uppfyller kraven. En enhet måste se över nästan samtliga punkter. Två av enheterna har inte överenskommelsen mellan läkarorganisationen och boendet tillgänglig. Det är viktigt att alla känner till innehållet i överenskommelsen. En enhet saknar lokala rutiner för läkarkontakt. En enhet saknar skriftlig rutin för hur arbetsterapeut och sjukgymnast ska samverka vid läkarkontakt.

Läkemedelshantering

MAS regler om läkemedelshantering och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen skall göras årligen och eventuella brister skall åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm skall dokumenteras. Det skall finnas bedömt och dokumenterat i omvårdningsjournalen om sjuksköterskan har tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen när den boende inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Överlämnat läkemedel skall signeras på en signeringslista

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng.

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 16 | 18 | 17 |

Ingen enhet uppfyller kraven allt igenom. En enhet måste se över och säkra hela läkemedelshanteringen. I samtliga verksamheter brister det i signeringen av överlämnat läkemedel på signeringslistan efter intagen dos. Två enheter saknade lokal rutin för läkemedelshantering. Några enheter har inte följt apotekets rutin rörande deras kvalitetsgranskning att anmärkningar ska åtgärdas inom tre månader. Viktigt att det dokumenteras i journalen om den boende inte sköter sina läkemedel själv utan det har övertagits av sjuksköterska, finns brister idag.

Delegering

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

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 18 | 18 | 19 |

En enhet uppfyller kraven. Fem av enheterna brister i att följa upp delegeringarna under tid, uppger att man inte hinner med. Fyra av enheterna genomför inte alltid skriftlig kunskapstest vid förlängning av delegering, vilket alltid ska ske. Viktigt att alltid förnya delegeringarna när någon legitimerad personal slutat sin tjänst, finns brister idag. På en enhet hade inte sjukgymnast och arbetsterapeut kännedom om delegeringsreglerna.

Avvikelsehantering

MAS regler för avvikelsehantering skall vara tillgänglig och känd för all berörd personal. På alla vård- och omsorgsboenden skall det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för avvikelsehantering. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse skall alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden skall återkopplas till personalen. När en avvikelse eller en risk för avvikelse har inträffat skall en avvikelserapport skrivas. En kopia på rapporten skall skickas till MAS. Det är chefen på vård- och omsorgsboendet som har ansvar för att informera berörd personal om deras skyldighet att rapportera avvikelser och att informera om vad Lex Maria innebär.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 18 | 17 | 19 |

Ingen enhet uppfyller kraven fullt ut. Två enheter måste upprätta lokal rutiner rörande avvikelsehantering. Två enheter måste upprätta en rutin gällande risk och händelseanalys. På flera enheter brister det i kunskap om vem som ska dokumentera den upptäckta händelsen och det är även oklarheter om hur och vidtagna åtgärder återkopplas till vårdpersonalen. Några enheter måste bli bättre på att dokumentera avvikelser i avvikelsemodulen och cheferna måste bli bättre på att signera att de tagit del av avvikelserna. Viktigt att all legitimerad dokumenterar i avvikelsemodulen. På två enheter brister Mobila jourteam och på en enhet dokumentera inte arbetsterapeut och sjukgymnast i systemet.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter, MTP, används på vård- och omsorgsboenden. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska, det skall dokumenteras i omvårdningsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna, kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn och kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det

skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 19 | 19 | 17 |

Två enheter uppfyller kraven. Två enheter saknar komplett inventarieregistrering över utrustning för undersökning och behandling. Tre enheter behöver komplettera de lokala rutinerna. En enhet behöver säkra att personal får utbildning om hjälpmedel som de hanterar i det dagliga arbetet.

Hygien

Många som bor på våra vård- och omsorgsboenden behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna i nära anslutning till hjälpen med personlig hygien. Det skall finnas tillgång till handsprit. Det skall också finnas tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning skall inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning skall det finnas köksförkläden som personalen skall använda. Det skall finnas lokala rutiner för att hantera riskavfall. Sjuksköterskorna skall ha kännedom om att vårdrelaterade infektioner skall anmälas till MAS.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 15 | 15 | 13 |

Ingen enhet uppfyller kraven. När det gäller livsmedelshygien kan den inte upprätthållas då det inte finns personal avsatt för livsmedelshantering i samband med iordningställande och hantering av mat vid måltiderna. Enligt vårdhygien gör köken och matrummens utformning med öppna ytor att det finns risk för smittspridning. Enheternas personal går mellan omvårdnadsarbetet och arbetet i köket i samband med exempelvis morgonarbetet och frukosten. Samtliga enheter har brister hos personalen när det gäller att använda köksförkläden vid hantering av mat. Det har blivit bättre men dock brister det fortfarande hos personal när det gäller att använda skyddskläder och handsprit vid omvårdnadsarbetet samt vid byte av smutsiga personalkläder. Det har blivit bättre men det slarvas fortfarande med att inte ta av sig utan bära ringar och klockor i vårdarbetet samt bära nagellack. Tre enheter har inte tillgång till tvål och pappershanddukar, avsett för personalen, inne hos de boende. I möjligaste mån ska utrustning för personalens handhygien installeras i de boendes lägenhet/rum.

Vård i livets slutskede

Det skall finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slut. Läkemedel skall kunna ges inom en viss tid och det skall finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det skall finnas möjlighet för närstående att delta i vården. Det skall om möjligt göras en individuell vårdplanering dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen skall framgå att det är vård i livets slut. Sjuksköterskan skall där det är möjligt använda sig av någon skattningsskala, eller på annat sätt försäkra sig om att symtomen lindras. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 17 | 17 | 18 |

En enhet uppfyller kraven. Fem enheter måste införa rutiner så att sjuksköterskan där det är möjligt använder sig av någon skattningsskala, eller på annat sätt försäkra sig om att den boendes smärtsymtom lindras. Det är viktigt att upprätta en individuell vårdplan vid vård i livets slutskede, görs inte alltid. Samtliga enheter registrerar i det nationella palliativa registret, men de kan bli bättre i sin registrering, glöms bort ibland.

Inkontinens

Många som bor på vård- och omsorgsboende har problem med inkontinens. Problemen varierar, därför skall inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. På varje vård- och omsorgsboende skall det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan skall utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Åtgärder skall vidtas för att förebygga inkontinens. Allt skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 10 | 10 | 10 |

Ingen enhet uppfyller kraven. Området inkontinens är det området som går sämst framåt och har även vid tidigare uppföljningar haft lägsta poäng i genomsnitt. Detta är ett område som måste prioriteras i kvalitetsarbetet för samtliga enheter. Cheferna måste se till att sjuksköterskorna tillsammans med vårdpersonalen har möjlighet att hinna med att utföra inkontinensutredningar. Inkontinensproblem skall utredas av personal med rätt kompetens. Enheterna är skyldiga att ha sjuksköterska med förskrivningsrätt. Det har blivit bättre med brister fortfarande i utredning. Samtliga enheter måste skapa en rutin så att boende med urininkontinenssymtom utreds och att utredningen dokumenteras i patientjournalen. Det finns också brister i hur åtgärder för att förebygga inkontinens vidtas, hur behovet av toalettassistans tillgodoses, hur inkontinenshjälpmedel utprovas. Behovet av toalettassistans är oftast inte dokumenterat i journal eller genomförandeplan.

Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer skall en riskbedömning göras. Riskbedömningen skall dokumenteras i patientjournalen, och utifrån vad den visar skall preventiva åtgärder vidtas. Dokumentation om såret skall ske i en omvårdnadsplan. När behov uppstår skall det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför är det värdefullt om sjuksköterskan gör ett smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 14 | 16 | 17 |

Ingen enhet uppfyller kraven. Cheferna har ett ansvar i att se till att sjuksköterskorna har möjlighet att hinna med att utföra riskbedömningarna. Samtliga enheter har god kompetens gällande förebygga och behandla trycksår men det finns fortfarande en del brister i dokumentationen rörande riskbedömning. Det är viktigt att sjuksköterskan håller sig uppdaterad inom området sårvård. Samtliga enheter måste bli bättre på använda smärtstatus och använda sig av skattningsskala när de boende uppvisar smärta.

Nutrition

Kosten på vård- och omsorgsboenden skall vara anpassad efter de boendes näringsbehov. Nattfastan skall inte vara mer än 11 timmar. Individuellt anpassad kost skall kunna erbjudas vid nutritionsproblem. Livsmedelsverkets regler för planering av måltidssammansättning bör följas. Sjuksköterskan skall göra en riskbedömning vid eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. Bedömningsmallen Mini Nutritional Assessment (MNA) ska användas och BMI-värde (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttningen och följas regelbundet. Alla problem med nutritionen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Läkare skall ordinera näringspreparat som ges vid sjukdom orsakad av nutritionsproblem

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 17 | 18 | 18 |

Ingen enhet uppfyller kraven. Cheferna har ett ansvar i att se till att sjuksköterskorna har möjlighet att hinna med att utföra riskbedömningarna. Samtliga enheter har god kompetens gällande nutritionen men det brister fortfarande i dokumentationen rörande riskbedömning MNA. Viktigt att alla som har ett BMI under 22 har en plan som även är förmedlad i SoL dokumentationen, brister idag.

Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, de flesta fall leder det inte till någon skada. Enheten skall ha skriftliga rutiner för hur arbetet med att förebygga fall och fallskador bedrivs. Krav ställs på att en riskbedömning alltid ska ske vid inflyttning, där bedömningsmallen Downton Fall Risk Index = fallriskanalys används. Sjuksköterskor och paramedicinare skall vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal skall få regelbunden utbildning i ett fallförebyggande arbete. När en boende med demenshandikapp faller skall sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fall ska alltid analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder skall dokumenteras i journalen. Det bör finnas skriftliga rutiner för vilka åtgärder som vidtas när en boende faller ofta.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 17 | 17 | 16 |

Ingen enhet uppfyller kraven helt. Tre enheter behöver uppdatera sina lokala skriftliga rutiner för förebyggande av fall och fallskador. En enhet bör upprätta rutin för hur fall hanteras när vårdtagare faller ofta. Alla enheter arbetar med individuell riskbedömning av fallrisk i samband med inflyttning. Det är viktigt att alla enheter fortsätter att säkra arbetet med att följa upp riskbedömningarna vid behov eller minst årligen. Tre enheter behöver se över och säkra omvårdnadspersonalens kunskaper om ett fallförebyggande arbetssätt.

Demens

På gruppboende för personer med demenshandikapp skall det alltid finnas personal, både dag och natt. Enheterna bör inte ha fler än nio boende. Det ska finnas sjuksköterska med kompetens inom området demens och geriatrik eller öppen hälso- och sjukvård. Personalen som arbetar på enheten skall ha utbildning inom demensområdet och det skall finnas tillgång till extern handledning och kontinuerlig fortbildning. Det är viktigt att personalen behärskar svenska språket. Det skall finnas rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar och kunskap om vad som skall rapporteras till mas. Det skall finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. En demensutredning bör vara gjord när en boende flyttar in på ett gruppboende.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 16 | 18 | 16 |

Ingen enhet uppfyller kraven. En enhet behöver se över samtliga punkter inom området. Några av enheterna behöver höja sjuksköterskornas kompetens inom området demens och geriatrik. Några enheter uppgav att det fanns brister i språkkunskaperna hos personalen.

Rehabilitering

Om behov av insatser finns skall en journal upprättas vid inflyttning. ADL-status ska göras för nyinflyttad boende och följas upp årligen samt vid behov. Boende som har behov av insatser från arbetsterapeut eller sjukgymnast skall erbjudas detta. Det kan träning eller behandling individuellt alternativt i grupp. Arbetsterapeut och sjukgymnast bör delta vid vårdplaneringar kring den boende. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av paramedicinsk personal, användningen av hjälpmedel skall följas upp.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 18 | 19 | 18 |

En enhet uppfyller kraven helt. Två enheter behöver säkra att alla nyinflyttade erbjuds ADL- bedömning. Tre enheter behöver säkra att ADL-bedömningar följs upp minst årligen. Två enheter behöver fortsätta att utveckla arbetet med upprättande av planer vid behov inom rehabiliteringsområdet.

Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan skall vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning rubriceras som ett munvårdstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för individens välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Individen skall erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

Genomsnittet för enheterna av maximalt 20 poäng

| 2011 | 2010 | 2009 |
|------|------|------|
| 14 | 13 | 12 |

Ingen enhet uppfyller kraven. Viktigt att se till att all personal får kännedom om överenskommelsen om uppsökande tandvård och att de får utbildning i munvård. Samtliga enheter måste upprätta rutiner så att munstatus alltid utförs på de boende som har riskfaktorer utifrån riskgrupp. En enhet måste skapa en rutin så att munvårdskorten är tillgängliga för berörd personal.

Dokumentation

Legitimerad personal är skyldig att föra journal. När en vårdtagare flyttat in på ett särskilt boende ska en patientjournal upprättas. En patientjournal skall innehålla de uppgifter som krävs för en god och säker vård av patienten. Vårdtagarens journal är ett av de viktigaste redskapen i det dagliga vårdarbetet. En bra förd journaldokumentation kan på ett väsentligt sätt bidra till säkerhet och kontinuitet i vården. Meningen är att man direkt ska kunna få en helhetsbild av en vårdtagare som man inte känner sedan tidigare, när man läser dennes anamnes, status och vårdplaner.

Datajournalssystemet Vodok är en tvärprofessionell journal. Vilket innebär att sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter skriver i en gemensam journal och använder samma sökord.

MAS/MAR har under år 2011 genomfört stickprovsgranskning av patientjournalerna på samtliga enheter. Ett sammandrag av enheternas resultat har gjorts, då bristerna i dokumentationen inte avviker nämnvärt från enhet till enhet.

Granskning av journaler

Journalgranskningen grundar sig på den checklista som gemensamt tagits fram i staden för upprättande av journal och anpassats till VODOK. De ingående parametrarna har poängsatts och sedan vägts samman. Därefter har ett medianvärde räknats fram som utgör bedömningen för godkännande. MAS/MAR har även belyst journalernas lägsta och högsta poäng. Återkoppling sker i MAS/MAR redovisning till enheten.

MAS/MAR har gjort ett slumpmässigt urval av ca 15 % av journalerna per enhet. En granskad journal kan få max 100 poäng.

Resultat

Medianvärdet ligger vid 53 poäng vilket är strax över godkänt. Intervallen mellan den lägsta poängen (17) och högsta poängen (77) visar på stor spridning avseende kvalitet i granskade journalerna.

| Enhet | Antal journaler | median | Min/max poäng |
|-----------------|-----------------|--------|---------------|
| Serafen | 26 | 48 | 37/70 |
| Solbacken | 10 | 54 | 17/77 |
| St: Erik | 5 | 52 | 49/65 |
| Alströmerhemmet | 17 | 53 | 36/66 |
| Fridhemmet | 19 | 55 | 25/77 |
| Pilträdet | 17 | 57 | 30/71 |

Fem av sex enheters totala dokumentation kan betraktats som godkänd, men med vissa förbättringsåtgärder.

Åtgärdsförslag

Sjuksköterskorna, arbetsterapeut och sjukgymnast behöver bli bättre på att;

- uppdatera så att patientansvarig alltid är aktuell
- upprätta fullständiga allmänna uppgifter och uppdatera dem
- upprätta fullständigt status vid inflyttning och uppdatera vid förändring

- avsluta status och åtgärder som inte längre är aktuella
- dokumentera genomförda riskbedömningar avseende malnutrition och trycksår i status
- upprätta plan där risker påvisas utifrån genomförda bedömningar
- följa upp befintliga planer avseende måluppfyllelse samt förnya status
- dokumentera om den enskilde tackat nej till erbjuden bedömning
- i större utsträckning utnyttja hjälpfrastexterna i Vodok, så att alla dokumenter under samma sökord samt bli bättre på att skilja på status och åtgärd

Arbetssterapeut:

- använda bedömningsinstrument Sunnås ADL Index vid bedömning av ADL aktiviteter

Sammantaget handlar det om att utveckla dokumentationen i hela vårdprocessen med bedömning, planering och utförande av åtgärder/insatser samt uppföljning av resultat.

Övrigt

Palliativa registret

Samtliga enheter är registrerade och registrerar i Svenska palliativa registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet.

Infektionsregistrering

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

Medelvärde hos vårdtagare med urinkateter och urinvägsinfektion har minskat från 47, år 2009 till 26 incidens (fall/100 vårdtagare) år 2010. Urinvägsinfektioner hos vårdtagare utan urinkateter hade också minskat något från 10 till 7. När det gäller Pneumoni, Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår) och Annan hud och mjukdelsinfektion (ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem) var det i stort oförändrat. Det som stack ut 2009 var urinvägsinfektion hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter där medelvärdet minskat till 0 från att ha varit 38 incidens (fall/100 invånare).

Apotekets kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd

Apoteket har under år 2011 granskat läkemedelsförråden/hanteringen alla vård- och omsorgsboende utom Solbacken där ett projekt har pågått rörande läkemedelskedjan. Akut- och buffertförråden är ett litet förråd med läkemedel där landstinget står för kostnaden och som enbart ska användas vid akuta situationer. Läkemedelshanteringen ska genomgå en extern granskning minst en gång om året. Stadsdelsnämnden har tecknat ett avtal med apoteket gällande granskningen. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och hon följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. Protokollen delges MAS och respektive enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska. Nedan följer en sammanfattning av granskningarna för respektive enhet.

Alströmerhemmet

Den praktiska läkemedelshanteringen upplevs fungera väl på Alströmerhemmet. Ny entreprenör har tagit över enheten och drivs nu av Temabo vilket kommer att leda till en del förändringar. Diskussion pågår om att endast ha ett läkemedelsförråd för hela enheten där det kommer att beredas bättre plats för

förvaring av boendes läkemedel samt även göras plats för tillredning av läkemedel, vilket saknas idag på framförallt plan 3. Arbete har påbörjats med att upprätta en lokal instruktion med rutiner för enheten som utgår från Temabos regler.

Flertalet av de förslag som gavs till förbättring vid föregående granskning kvarstår att genomföra.

St Erik

Enheten har en väl fungerande läkemedelshantering. God ordning råder i läkemedelsförråden. Uppdatering av skriftliga lokala rutiner pågår.

Belysning vid läkemedelsskåpen behöver fortfarande åtgärdas. Övriga förslag till förbättring som gavs vid föregående granskning har genomförts.

Serafen

Tillsammans med samordningssjuksköterskan gick vi igenom den lokala instruktionen som utarbetats för enheten, vilken är mycket väl utformad och flera förbättringar har gjorts inom läkemedelshanteringen från föregående granskning. Det är god ordning i samtliga läkemedelsrum och även i de boendes läkemedelsskåp. I rapporten tas upp förbättringsförslag samt övrigt som diskuterades under mötet.

De förslag till förbättring som gavs vid föregående granskning har till största delen genomförts.

Fridhemmet

Den praktiska läkemedelshanteringen upplevs fungera bra på servicehuset. God ordning råder i läkemedelsförrådet. Skriftliga lokala rutiner har reviderats, dessa kan dock kompletteras något enligt förslag nedan.

Personbunden narkotika kontrolleras nu regelbundet och skriftlig rutin finns. Övriga förslag till förbättring som gavs vid föregående granskning har ej genomförts.

Pilträdet

Läkemedelshanteringen på Pilträdet servicehus upplevs fungera väl. God ordning råder i akut- och buffertförrådet. Lokala rutiner för enheten har utarbetats, men kan kompletteras något enligt förslag nedan.

Förslag till förbättring som gavs vid föregående granskning har genomförts. Kylskåpstemperaturen kontrolleras nu 1 gång per vecka, Telefonordinationer dokumenteras enligt MAS regler. Bra rutin för byte av ögondroppar finns nu.

Jämförande statistik gällande hälso- och sjukvård inom Kungsholmens vård- och omsorgsboende

En jämförande statistik har gjorts under perioden 1 oktober 2009 till 30 september 2010 och 1 oktober 2010 till 30 september 2011. Statistiken grundar sig på inkomna uppgifter från omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

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

| | Antal vårdtagare som OAS-ansvarat för |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1/10 2010 - 30/9 2011 | 597 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 599 |

Byte av vårdform

Byte av vårdform är för perioden 2010-2011 i stort sett detsamma jämfört med samma period 2009-2010. Vårdtagare som bytt vårdform dagtid för perioden 2010 -2011 har minskat med ca 10 % medan de som bytt vårdform jourtid också minskat med ca 10 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan. Det är dock fortfarande fler vårdtagare som byter vårdform dagtid än på jourtid. Kommunens hälso- och sjukvård jämföras med öppen hälso- och sjukvård. Våra äldre i vård- och omsorgsboendena blir allt multisjukare och vårdtagaren kanske på grund av svår sjukdomsorsak behövt sjukhusvård. Det framgår inte av statistiken om vårdtagaren innan byte av vårdform, träffat läkare, eller om läkaren bedömt ärendet per telefon.

| | Byte av vårdform till sjukhus - dagtid | Byte av vårdform till sjukhus - jourtid | Summa |
|-----------------------|--|---|-------|
| 1/10 2010 - 30/9 2011 | 255 | 133 | 388 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 283 | 147 | 430 |

Avlidna

För de vårdtagare som bor i ett särskilt boende är målet att alla som önskar ska få stanna kvar i sitt hem på boendet vid vård i livets slutskede och där få sluta sina dagar. Statistiken visar att de flesta vårdtagarna avlider i sitt hem på boendet och inte på annan plats. Under perioden 2010-2011 har antalet avlidna ökat med ca 20 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan.

Några av de boende som idag flyttar in är så dåliga att de inte klarar inflyttningen utan går bort inom några dagar eller veckor. Av de 215 personer som avled under perioden 10-10-01 till 11-09-30 var det ca 37 personer som avled inom en månad efter att de flyttat in.

| | Avlidna på – boendet | Avlidna på – annan plats t.ex. sjukhus | Summa |
|------------------------|----------------------|--|-------|
| 1 /10 2010 – 30/9 2011 | 174 | 41 | 215 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 136 | 43 | 179 |

Trycksår

För perioden 2010-2011 har trycksåren minskat med tre, från 29 till 26 jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan. Antal trycksår är inte många i förhållande till antal boende. Sjuksköterskorna arbetar mycket med att förebygga trycksår men uppger att många vårdtagare kommer hem från

sjukhuset med trycksår. Trycksår som de fått under sjukhusvistelsen och som sedan sjuksköterskorna oftast lyckas läka.

Riskbedömning av trycksår ska genomföras på samtliga boende bland annat för att förebygga och så långt som möjligt försöka eliminera trycksår. När en vårdtagare flyttar in på ett särskilt boende ska modifierad Nortonskala (en bedömning av vårdtagarens risk att utveckla trycksår) alltid utföras. Riskbedömningen ska följas upp minst en gång om året eller om det föreligger en risk efter behov, för att förhindra trycksår. På Serafen och Fridhemmet används också Biolight. En metod som utförs utvärtes och som visat sig bra och som stimulerar kroppens läkning av inflammatoriska tillstånd med hjälp av pulserande ljus.

| | Kategori 1 kvarstående missfärgning | Kategori 2 epitelskada | Kategori 3 fullhuds- defekt utan sårkavitet | Kategori 4 fullhudsskada med sår- kavitet, som är svårast | Summa |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---|--|--------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 12 | 9 | 3 | 2 | 26 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 11 | 12 | 5 | 1 | 29 |

Förskrivna inkontinenshjälpmedel

Antal vårdtagare med förskrivna inkontinenshjälpmedel för perioden 2010-2011 har minskat med ca 5 % jämfört med samma period 2009-2010. Vilket kan bero på att inkontinesutredningarna har ökat jämfört med tidigare år, se tabell nedan.

Alla som flyttar in på ett särskilt boende ska erbjudas en inkontinensutredning som årligen ska följas upp. Många äldre skulle säkert klara sig utan hjälpmedel om de blev ordentligt utredda och fick toalettassistans oftare. Ca 34 % är kontinenta. Vid journalgranskning framkommer att flera av utredningarna avslutas direkt genom att det visar sig att den boende är kontinent. Det ligger ett ansvar på chefen att se till att hela vårdteamet får tid till att samverka så att utredningarna går att genomföra.

Användandet av urinkatetrar 2010-2011 är densamma jämfört med samma period 2010-2011. Målet är att ha så få katetrar (KAD) som möjligt men emellertid är det oftast så att det är de personer som på grund av sin sjukdomsbild måste ha denna form av hjälp för att klara av att tömma sin blåsa, se tabell nedan.

| | Inkontinens | KAD |
|------------------------------|--------------------|------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 396 | 21 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 418 | 22 |

Apodos och dosett

Statistiken grundar sig på den läkemedelshantering där sjuksköterskan övertagit läkemedelsansvaret. Antalet vårdtagare för perioden 2010-2011 och som fick hjälp med sin läkemedelshantering är lika jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan.

Många vårdtagare får sina läkemedel delade från apotek, så kallad Apodos. Övriga vårdtagare får sina läkemedel delade i dosett av sjuksköterska eller från båda systemen. Under perioden 2010-2011 har antalet dosetter ökat något

och apodos minskat jämfört med perioden 2009-2010. Ett stort antal av dossett-ökningen står servicehusen för. Det kan vara så att jag inte vill byta ut mitt gamla system som jag känner till och klarar av att sköta själv. Att använda apodos är dock ett säkrare sätt i hanteringen av den enskildes läkemedel. Läkemedlen kommer färdigdelade i påsar från apoteket som sedan delegerad personal överlämnar.

| | Apodos | Dosett | Apodos +dosett | Summa |
|------------------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 374 | 58 | 110 | 542 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 397 | 51 | 94 | 542 |

Ordinerade läkemedel

Något som är mycket positivt för perioden 2010-2011 är att vårdtagare som använder färre än tio ordinerade läkemedel ökat med ca 2 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan.

Många läkemedel interagerar med varandra. Det betyder att de på olika sätt kan påverka, förstärka eller minska effekten av varandra. Andra läkemedel kan vara direkt skadliga att ta tillsammans. Risken för detta ökar naturligtvis avsevärt om patienten kanske använder så många som tio eller fler läkemedel samtidigt. Det är viktigt att läkare och sjuksköterskor alltid är uppmärksamma vid in- och utsättning av den enskildes läkemedel. Sätts ett läkemedel in ska det alltid ifrågasättas om något annat kanske borde sättas ut.

Läkemedelsgenomgångar är en viktig del i att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen och förbättra den enskildes läkemedelsanvändning samt att det ger en bra översyn av vårdtagarnas läkemedel. Genomgångar är också ett bra utbildningstillfälle för vårdpersonal, vilket i förlängningen ska leda till ökade kunskaper om läkemedel och dess verkan. Sjuksköterskorna har erhållit utbildning i socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och läkemedelsgenomgångar. Ett projekt rörande läkemedel pågår nu på Solbackens vård- och omsorgsboende där en apotekare ingår i arbetslaget tre dagar i veckan under 6 månader för att bidra med läkemedelskunskaper på alla nivåer.

Målet att minst 70 % ska använda färre än tio läkemedel har uppnåtts. Ca 71 % av vårdtagarna som idag får hjälp med sin läkemedelshantering konsumerar idag färre än tio ordinerade läkemedel. Många läkemedel interagerar med varandra. Det betyder att de på olika sätt kan påverka, förstärka eller minska effekten av varandra. Andra läkemedel kan vara direkt skadliga att ta tillsammans. Risken för detta ökar naturligtvis avsevärt om patienten kanske använder så många som tio eller fler läkemedel samtidigt.

| | Mindre än tio ordinerade läkemedel | Mer än tio ordinerade läkemedel | Summa |
|------------------------------|---|--|--------------|
| 1/10 2010- 30/9 2011 | 384 | 157 | 541 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 375 | 167 | 542 |

Specifik omvårdnad

Den specifika omvårdnaden har för perioden 2010-2011 minskat med ca 24 % jämfört med samma period 2009-2010. Det är många äldre som flyttar in i ett särskilt boende som behöver mycket hälso- och sjukvård medan vissa har ett hälso- och sjukvårdsbehov som de kan klara av själva eller behöver lite hjälp med, därför är det svårt att precis uttrycka hur stort behovet är. Flera vårdtagare som flyttar in lever inte så länge på boendet. Specifik omvårdnad ges till vårdtagare som exempelvis har behov av respirator, tracheostomi, syrgaskon-

centrator, intravenöst dropp, injektioner, blodtransfusioner, såromläggningar eller som inte kan tillgodogöra sig vanlig kost utan får nutrition via någon form av sond. Vårdtagare med vårdrelaterade infektioner är detsamma jämfört föregående period, tabell nedan.

| | Specifik Omvårdnad pegsond/ iv.dropp/ blodtransfusion/ syrgas/ sug/ stort sår, respirator, mm | Vårdrelaterade infektioner MRSA/VRE/E SBL/HEPATIT |
|------------------------------|---|---|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 47 | 12 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 62 | 12 |

Riskbedömningar

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår samt urininkontinensutredning och läkemedelsgenomgångar. Utredning ska alltid genomföras, med undantag om den enskilde 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 % innan årets slut.

Stockholms stad har valt att bland sina kvalitetsindikatorer enbart registrera riskbedömningar i vård- och omsorgsboende. Det är lite svårare att genomföra riskbedömningar på servicehusen pga. av den skiftande vårdnivån, men för att få en helhet rörande särskilda boendeformer har Kungsholmens MAS/MAR valt att även ta med servicehusen.

Instrument som ska användas är:

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

Serafen -, S:t Erik-, Alströmerhemmet - och Solbackens vård- och omsorgsboende

Genomförda riskbedömningar enligt MNA har ökat med 9 % och Norton med 10 % jämfört med föregående års period. Fallriskbedömning enligt Downton Fall har ökat med 9 %. När det gäller urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar så har det ökat med 23 % Läkemedelsgenomgångar har minskat med 7 % jämfört med föregående period se tabell nedan.

Kvalitetsindikatorn¹ andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende nutrition/malnutrition är utförd 2011 var totalt på vård- och omsorgsboendena ca 85 % Solbacken hade ca 95 %, S:t Erik med 93 %, Serafen ca 89 % och Alströmerhemmet ca 73 % utförda bedömningar gällande MNA.

Kvalitetsindikatorn² andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende Norton är utförd 2011 var totalt på vård- och omsorgsboendena ca 84 %. Solbacken hade ca 95 %, S:t Erik med 93 %, Serafen ca 93 % och Alströmerhemmet ca 64 % utförda bedömningar gällande Norton.

Kvalitetsindikatorn³ andel boende med individuellt utredd inkontinens och uppföljning av utredning var 2011 totalt på vård- och omsorgsboende ca 34 %

¹ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

² Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

³ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

och se tabell nedan. När det gäller vård och omsorgsboendena var Solbacken med ca 76 % bäst på att utreda, Serafen med ca 40 %, S:t Erik med ca 22 %, och Alströmerhemmet 11 %.

Kvalitetsindikatorn⁴ andel boende vars läkemedelsordination genomgått en årlig läkemedelsgenomgång 2011 hade minskat med ca 7 % jämfört med 2010 se tabell nedan. När det gäller genomförda läkemedelsgenomgångar 2011 på vård- och omsorgsboendena var Solbacken bäst med ca 53 %, sedan Serafen med ca 50 %, S:t Erik med ca 49 % och Alströmerhemmet med ca 24 %.

| Totalt | Downtown Fall Risk Index | MNA | Norton |
|------------------------------|--------------------------|------|--------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 96 % | 85 % | 84 % |
| 1/10 2009 – 30/9 2010 | 87 % | 76 % | 74 % |

| Totalt | Inkontinensutredning | Läkemedelsgenomgång |
|------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 34 % | 42 % |
| 1/10 2009 – 30/9 2010 | 11 % | 49 % |

Pilträdes- och Fridhemmets servicehus

Genomförda riskbedömningar enligt MNA har jämfört med föregående års period ökat med 14 % och enligt Norton med 9 %. Fallriskbedömning enligt Downton Fall har ökat med 13 % . När det gäller urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar så har de ökat med 20 %. Läkemedelsgenomgångar har ökat med 11 % jämfört med föregående period se tabell nedan.

Kvalitetsindikatorn⁵ andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende nutrition/malnutrition är utförd 2011 var totalt på servicehusen ca 58 %. Pilträdet hade största andelen med ca 62 % MNA bedömningar och Fridhemmet hade utfört ca 55 %.

Kvalitetsindikatorn⁶ andel boende där dokumenterad riskbedömning avseende Norton är utförd 2011 var totalt på servicehusen ca 58 %. Pilträdet hade största andelen med ca 60 % Norton bedömningar och Fridhemmet hade utfört ca 56 %.

Kvalitetsindikatorn⁷ andel boende vars läkemedelsordination genomgått en årlig läkemedelsgenomgång 2011 var det totalt på servicehusen ca 50 % se tabell nedan. När det gäller genomförda läkemedelsgenomgångar på vård- och omsorgsboendena var servicehusen hade Fridhemmet genomfört ca 51 % och Pilträdet ca 48 %.

Kvalitetsindikatorn⁸ andel boende med individuellt utredd inkontinens och uppföljning av utredning var 2011 totalt på servicehusen ca 28 % se tabell

⁴ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

⁵ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

⁶ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober 2011.

⁷ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

⁸ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

nedan. När det gällde servicehusen hade Fridhemmet ca 34 % medan Pilträdet hade ca 21 % utredningar.

| Totalt | Downtown Fall Risk index | MNA | Norton |
|-------------------------------|--------------------------|------|--------|
| 1 /10 2010 – 30/9 2011 | 66 % | 58 % | 58 % |
| 1 /10 2009 – 30/9 2010 | 53 % | 44 % | 49 % |

| Totalt | Inkontinensutredning | Läkemedelsgenomgång |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1 /10 2010 – 30/9 2011 | 28 % | 50 % |
| 1 /10 2009 – 30/9 2010 | 8 % | 39 % |

Övriga indikatorer

ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning till särskilt boende. Bedömningen ska följas upp i samband med förändrad status, eller minst årligen 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, var totalt på vård och omsorgsboendena ca 93 % vilket är en ökning med 11 % jämfört med samma period 2009-2010 se tabell nedan. Serafen hade den största andelen genomförda bedömningar, med ca 98 %, därefter kommer Alströmerhemmet med ca 95 %, Solbacken med ca 86 % och S:t Erik där andelen var ca 80 % vilket dock är en minskning mot tidigare period.

På servicehusen fanns bedömningar utförda till ca 31 % vilket är en minskad andel med ca 4 % jämfört med samma period 2009-2010 se tabell nedan. Fridhemmet har största andelen med ca 36 %, men har samtidigt en lägre grad av utförande detta år. På Pilträdet var andelen utförda bedömningar ca 25 % vilket är en ökning jämfört med året innan.

| Totalt | ADL enligt Sunnås VoO | ADL enligt Sunnås Servicehus |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 93 % | 31 % |
| 1/10 2009 – 30/9 2010 | 82 % | 35 % |

Body Mass Index (BMI)⁹

BMI beräknas genom att ta vikten i kilo, och dividera med längden i meter i kvadrat. Ideal BMI för äldre förefaller ligga mellan 23 och 27.

Kvalitetsindikatorn¹⁰ andel boende med ett BMI på 22 eller mindre än 22 var totalt på vård och omsorgsboendena ca 47 % och på servicehusen ca 27 % en ökning med 5 % jämfört med 2009-2010 se tabell nedan. På vård- och omsorgsboende ligger dock strax över hälften av de boende på ett nutritionsstatus

⁹ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

¹⁰ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

med BMI över 22. Servicehusen är svårare att göra en analys på eftersom alla boende inte vill bli bedömda. Sjuksköterskorna erbjuder och genomför nutritionsutredningar för att säkra de boendes nutrition. Det finns dock många boende som under sina levnadsår alltid legat på ett lågt BMI och som inte upplevt sig undernärda och som inte mår dåligt av sitt BMI.

Kvalitetsindikatorn¹¹ andel boende med ett BMI på 22 eller mindre än 22 var totalt på Serafen ca 54 % en ökning jämfört med 2009-2010 då det var 35 %. På övriga har det skett en minskning jämfört med 2009-2010. Solbacken har idag ca 44 % från tidigare 56 %, St Erik 49 % från 51 % och Alströmerhemmet 37 % från 44 %.

När det gäller servicehusen hade Fridhemmet minskat till ca 20 % från tidigare 25 % medan Pilträdet ökat och har idag ca 36 % från tidigare 20 %.

| Totalt | BMI VoB | BMI servicehus |
|------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 47 % | 27 % |
| 1/10 2009 – 30/9 2010 | 42 % | 22 % |

Hälso- och sjukvårdspersonal

Mät datum den 1 oktober. Kvalitetsindikatorn med antal boende/tillgänglig per plats per antal månadsanställda hälso- och sjukvårdspersonal omräknat till heltid. En jämförelse mellan år 2010 och år 2009.

Sjuksköterskor

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats per sjuksköterska var genomsnittet per heltid på vård- och omsorgsboendena (v- o b) totalt ca 14,4, en minskning i jämförelse med samma period 2010 då det var ca 15,2 boende på en heltid sjuksköterska och servicehusen ca 33,3 ingen ändring jämfört med 2010. Omvårdnadsansvaret per sjuksköterska och boende har på vård och omsorgsboendena minskat på två av boendena och övriga är det oförändrat jämfört med år 2010 se tabell nedan.

| Antal boende/ tillgänglig plats | Sjuksköterska 1/10 2011 | Sjuksköterska 1/10 2010 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Serafen v- o b | 14 | 16 |
| Alströmerhemmet v- o b | 14 | 14 |
| Solbacken v- o b | 19 | 20 |
| St Erik v- o b | 13 | 13 |
| Fridhemmet servicehus | 34 | 34 |
| Pilträdet servicehus | 33 | 33 |

Arbetsterapeuter

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats per andel heltids arbetsterapeut var genomsnittet i oktober ca 75 på vård- och omsorgsboendena (v- o b), en ökning i jämförelse med oktober 2010 då det var ca 70 boende på en heltid arbetsterapeut. För servicehusen hade en heltids arbetsterapeut ca 125 boende, en lägre andel jämfört med 139 boende oktober 2009. För vård- och omsorgsboendena innebar det en ökning av antal boende per arbetsterapeut, på två av verksamheterna medan två var oförändrade jämfört med år 2009. För servicehusen var det oförändrat på Fridhemmet medan Pilträdet hade färre boende per arbetsterapeut jämfört med år 2010 se tabell nedan.

¹¹ Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden 1 oktober 2010 till 30 september 2011

| Antal boende/ tillgänglig plats | Arbetsterapeut 1/10 2011 | Arbetsterapeut 1/10 2010 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Serafen v- o b | 66 | 59 |
| Alströmerhemmet v- o b | 75 | 73 |
| Solbacken v- o b | 85 | 85 |
| St Erik v- o b | 150 | 150 |
| Fridhemmet servicehus | 135 | 135 |
| Pilträdet servicehus | 115 | 144 |

Sjukgymnast

Kvalitetsindikatorn antal boende/tillgänglig plats per andel heltids sjukgymnast var genomsnittet i oktober ca 63 på vård- och omsorgsboendena (v- o b), vilket är färre jämfört med 68 boende 2010. För servicehusen hade en heltids sjukgymnast ca 100 boende, en lägre andel jämfört med 139 boende oktober 2010. För vård- och omsorgsboendena innebar det en ökning av antal boende per sjukgymnast, på ett av boendena och en minskning på ett boende samt att andelen var oförändrad två av boendena jämfört med år 2010. För servicehusen var det oförändrat på Fridhemmet medan Pilträdet hade färre boende per sjukgymnast jämfört med år 2010 se tabell nedan.

| Antal boende/ tillgänglig plats | Sjukgymnast 1/10 2011 | Sjukgymnast 1/10 2010 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Serafen v- o b | 63 | 59 |
| Alströmerhemmet v- o b | 75 | 87 |
| Solbacken v- o b | 64 | 64 |
| St Erik v- o b | 150 | 150 |
| Fridhemmet servicehus | 135 | 135 |
| Pilträdet servicehus | 77 | 144 |

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Samverkan mellan MAS/MAR sker både lokalt och central i Stockholms stad samt att MAS/MAR deltar vid möten med äldreförvaltningen.

VODOK

Kungsholmens MAS tillsammans med Skärholmen, Södermalm och Östermalms MASAR ansvarar för att hålla i en dokumentationsgrupp i arbetet med utvecklingen av Vodok- programmets funktioner så att det ska svara mot de krav som finns i verksamheterna och lagstiftningen. I dokumentationsgruppen har det ingått representanter av, MASAR, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från alla stadsdelar i staden.

Samma MASAR som ovan håller även i en samverkansgrupp där en representant för en entreprenörsfirma ingår och där information ges om allt nytt som införs i Vodok.

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. Lokala rutiner för läkarorgani-

sationen finns för Stockholms Geriatriken och Alströmerhemmet, Solbacken och Fridhemmet. Det finns också lokala rutiner för läkarorganisationen för Curera SÄBO och Serafen, Pilträdet och St Erik. Samverkansmöten mellan de olika aktörerna sker regelbundet under året.

Överenskommelse i vårdkedjan mellan slutenvården och öppenvården. Inom stadsdelsförvaltningarna i Centrala staden och Västerort.

Rutiner för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården. Det finns ett forum, samverkan i vården (SIV) som träffas två gånger per termin där överenskommelsen och avvikelser lyfts för att patientsäkra in- och utskrivning. I SIV ingår primärvård centrala staden och västerort, Capio St: Göran, Brommageriatriken och Stockholmsgeriatriken.

Lokal överenskommelse om samverkan inom rehabiliteringsområdet med Primärvårdsrehab Innerstaden, Capio St: Göran och Stockholmsgeriatriken.

Överenskommelsen avser att skapa förutsättningar för ändamålsenlig samordning av olika insatser inom rehabiliteringsområdet genom att klargöra respektive parts ansvarsområden och att tydliggöra en samordnad vårdkedja för personer i äldreomsorgens korttidsvård.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

MAS/MAR har tagit in riskanalyser från verksamheterna i samband med sommarplaneringen avseende legitimerad personal och vid organisationsförändringar. MAS har följt upp att man i verksamheten genomfört riskanalyser där behov funnits.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

Avvikelser

Inkomna avvikelser för perioden 2010-2011 har minskat med ca 15 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan. Det är läkemedelsavvikelserna som står för minskningen. Fallavvikelse och övriga avvikelser är i stort samma. Under perioden har fem avvikelser föranlett anmälan enligt Lex Maria.

De flesta av avvikelserna åtgärdas lokalt av utföraren, som redovisar till MAS/MAR. Enheterna är bra på att rapportera in avvikelser men det finns säkert ett mörkertal. Det är viktigt att se på inträffade avvikelser som möjligheter till förbättring. Inställningen till avvikelshanteringssystemet måste präglas av öppenhet så att arbetet med att kontinuerligt förbättra de äldres säkerhet och trygghet utgör fokus. En annan del är att med hjälp av riskanalyser förebygga fel och brister dvs. med hjälp av avvikelserrapporteringen lära sig av de fel och misstag som begåtts. Därför är det viktigt att chefer och personal ute på enheterna kontinuerligt arbetar med att kvalitetssäkra rutiner och arbetssätt för att förhindra avvikelser.

| | Fall med skada | Läkemedel (utebliven/ förväxlat/ dubbel dos) | Övriga MTP/brister i vårdkedjan/kommunikation/omvårdnad, dokumentation mm | Summa |
|------------------------------|-----------------------|--|--|--------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 395 | 276 | 50 | 721 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 406 | 402 | 45 | 853 |

Fallincidenter

Andelen fallincidenterna med och utan skada för perioden 2010-2011 ligger i stort sett på samma nivå som under samma period 2009-2010, en liten minskning om ca 7 % har dock skett, se tabell nedan. Alströmerhemmet, Fridhemmet och S:t Erik står för en minskad andel av totala andelen rapporterade fallolyckor. Däremot har Serafen och Solbacken och Pilträdet rapporterat en större andel fallolyckor jämfört med samma period 2009-2010.

Fallincidenter som föranlett någon form av skada har också minskat något för perioden 2010-2011 ca 3 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan. Av de fall med skada som inträffat under perioden har 33 stycken orsakat någon form av fraktur, vilket är en minskning med 10 stycken jämfört med samma period 2009-2010.

Även fallincidenter där vårdtagaren inte kommit till någon skada har en minskning på ca 11 % skett, jämfört med samma period 2009-2010 se tabell nedan.

| | Fall med skada | Fall utan skada | Summa |
|------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 395 | 1036 | 1431 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 406 | 1162 | 1532 |

Enheterna arbetar aktivt med att bedöma fallrisk för att identifiera personer med hög risk och för att bedöma lämpliga åtgärder för fallprevention. Andelen vårdplaner för personer med upprepade fall och bedömd fallrisk har ökat, men kan bli bättre. Arbetet med att minska andelen fall och skador vid fall är ett viktigt område för patientsäkerheten samt ett utvecklingsområde där insatser behövs tidigt. För att nå bästa möjliga resultat för den enskilde krävs att all personal har kunskap inom området och är delaktig.

För alla vårdtagare som flyttar in på ett särskilt boende ska en riskbedömning enligt Downton Fall Risk Index (bedömningsinstrument) alltid genomföras. Denna ska följas upp minst en gång om året eller efter individuellt behov t.ex. om vårdtagare faller. Riskbedömningen ger ett underlag som är vägledande för beslut om insatser som syftar till att eliminera risker som kan påverka att vårdtagaren faller, eller skadar sig vid fall. Höftskyddsbyxor är idag en vanlig åtgärd som används på fler av enheterna som skadeprevention för att förhindra fraktur vid fall för vårdtagare med fallrisk.

Många personer med demenssjukdom saknar insikt om att deras gångförmåga och balans försämrats, de kan därför resa sig upp t.ex. ur sin rullstol och falla. Användning av åtgärder som begränsar rörelsefriheten som att t.ex. inte kunna resa sig upp, får inte användas utan ett samtycke från personen. Socialstyrelsen upphävde under 2010 föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder vilket har påverkat till att användning av skyddsåtgärder har minskat. Andelen beslut om att använda sänggrind minskade föregående period med 10 % och har fortsatt minska med 7,4 % jämfört med perioden 2009-2010. Beslut om att använ-

da bälten minskade föregående period med 41 % och har fortsatt minska med 45 % jämfört med perioden 2009-2010.

Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelserna har för perioden 2010-2011 minskat med ca 31 % jämfört med samma period 2009-2010 se tabell nedan.

De flesta avvikelserna som rapporteras in handlar oftast om, att någon personal glömt att ge vårdtagaren sina läkemedel eller glömt signera att läkemedlet har överlämnats. Exempelvis är läkemedlet kvar i dosetten och vårdpersonalen har signerat på signeringslistan att det är givet eller så saknas läkemedlet i dosetten men signeringslistan är osignerad. Det finns ett mörkertal. Granskar man signeringslistor så brister läkemedelsregistreringen i anmälan av osignerade signeringslistor. Är det inte signerat så vet man inte om den enskilde har fått sina läkemedel och då är det i praktiken en avvikelse.

Läkemedelhanteringen är ett ständigt kvalitetsarbete. Det gäller att alltid diskutera; hur minskas incidenterna, hur skapar vi bra rutiner, hur utbildar och hur följer vi upp? Flera av enheterna uppger att de aktivt arbetar med läkemedelsavvikelserna och att de diskuterar på arbetsplasmöten, kvalitetsråd mm om hur det ska säkra läkemedelshanteringen. Serafen har infört en ny rutin, så att inte så många i personalen delar ut läkemedel varje dag utan det styrs till en speciellt utsedd person. Målet att få en bättre kontroll.

Enligt reglerna ska omvårdnadspersonalen innan de får ta emot en delegering genomföra en kunskapstest. Många vårdtagare ska vid olika tidpunkter varje dag få sina läkemedel. Överlämnandet är oftast delegerat till vårdpersonal, som inte är hälso- och sjukvårdspersonal, förrän de fått en delegering av en sjuksköterska. Personalen får en uppgift att ta ansvar för och utföra, utan att ha formell utbildning i ämnet.

Övriga avvikelser

Övriga har för perioden 2010-2011 ökat med 10 % jämfört med samma period 2009-2010, se tabell nedan. Övriga avvikelser handlar om brister i dokumentationen, brister i omvårdnaden t.ex. utebliven ADL-status, fel på medicinteknisk produkt, glömt att koppla in t.ex. sänglarm eller dra upp sänggrindar samt bristen i vårdkedjan mellan landsting och kommun. Sjukhusen sänder hem vårdtagarna innan de hunnit bli så kallat utskrivningsklara. Flera vårdtagare har kommit hem utan medsänt material för deras fortsatta vård. Avvikelserna sänds till den fallerande avdelningen på sjukhuset, för att händelserna ska diskuteras där och för att förbättra samverkan.

| | Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos | Övriga MTP , brister i vårdkedjan, kommunikation, omvårdnad, dokumentation mm | Summa |
|------------------------------|---|--|--------------|
| 1/10 2010 – 30/9 2011 | 276 | 50 | 326 |
| 1/10 2009 - 30/9 2010 | 402 | 45 | 447 |

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

MAS/MAR har varit delaktig i det ärende som inkommit till verksamheterna under året och varit behjälplig i specifika frågor som rör hälso- och sjukvården.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Klagomål som inkommer till MAS/MAR förmedlas till respektive verksamhetschef för att analyseras och åtgärdas i verksamheterna. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och återkopplas.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

MAS/MAR har varit delaktiga och behjälpliga i frågor om samverkan som berört patienter och närstående under året avseende specifika frågor som rör hälso- och sjukvården.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Styrdokument i form av framtagna regler som verksamheten ska bryta ner till lokalt anpassade rutiner för att säkra olika vårdprocesser.

Besök i verksamheten.

Kvalitetsinstrumentet QUSTA.

Metod för granskning av journal.

Metod för att söka fram statistiskt underlag till kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården.

Processmått

Årlig uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheten samt månatliga uppföljningar där man studerar andelen avvikelser, riskbedömningar och hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Resultatmått

Återges i kapitlet ”Uppföljning genom egenkontroll” och i tabeller.

Måluppfyllelse

OUSTA

I samtliga uppföljningar av hälso- och sjukvården framgår det att kvaliteten på enheternas arbete i praktiken fungerar, men ännu har ingen av enheterna uppnått 100 % den standard för god kvalitet som krävs enligt kvalitetsinstrumentet QUSTA. I år är genomsnitt ca 80 % av de uppställda kraven på god kvalitet jämfört med ca 83 % år 2010 och ca 81 % jämfört med år 2009.

Resultatet visar på en minskning där två enheter har tappat i kvalitet i jämförelse med föregående år. Båda av dessa enheter har bytt entreprenör under året, vilket visar på att ett entreprenörsskifte vanligen leder en tillbakagång då bl.a. aktuella och anpassade rutiner ännu inte upprättats. Enheternas % sats varierar i år mellan ca 60 till 91 %.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

På vård och omsorgsboendena har genomförda riskbedömningar enligt MNA ökat med 9 %, Norton med 10 % och Fallriskbedömning enligt Downton Fall med 9 % jämfört med föregående års period. På servicehusen har genomförda riskbedömningar enligt MNA ökat med 14 %, Norton med 9 % och Fallriskbedömning enligt Downton Fall med 13 % jämfört med föregående års period. Genomförda riskbedömningar innebär att man i större utsträckning har identifierat personer som ligger i riskzonen för undernäring, trycksår och fallskador och har erhållit förebyggande åtgärder.

På vård och omsorgsboendena har urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar ökat med 23 %. På Servicehusen har urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar ökat med 20 %.

Genomförda inkontinensutredningar ger förutsättning att fler personer med urininkontinensproblem har fått individuella inkontinenshjälpmedel förskrivna.

På vård och omsorgsboendena har genomförda ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index ökat med 11 % jämfört med föregående period. På servicehusen har genomförda ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index minskat med ca 4 % jämfört med föregående period. Genom att fler personer har aktuell ADL bedömning har fler erhållit individuellt anpassat stöd och hjälp i sin dagliga livsföring.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet för hälso- och sjukvården är att patienterna ska:

1. ha självständighet och integritet,
2. få god personlig omvårdnad och specifik vård,
3. känna sig trygga,
4. vara välnärda, inte falla eller få trycksår samt
5. få en hälsobefrämjande vardag.

Strategi för 2012

1. Fortsätta arbeta med samma strategier som år 2011.
2. Utveckla dokumentationen ytterligare genom stöd i form av utbildning och handledarträffar.
3. Följa upp planerade arbetet med att utveckla dokumentation i hela vårdprocessen (HSL-SoL) i samverkan med verksamhetsuppföljare inom SoL enligt VP.

Tabellunderlag

Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011

| * Antal avvikelser | Temabo Frid-hemmet **135 | Temabo Alströ-mer-hemmet **113 | Attendo Care AB Solbacken ** 64 | Serafen Egen regi **176 | Pilträdet Egen regi **115 | Röda Korset St Erik **30 |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Fall med skada allt fr. blåmärke, Sårskada till fraktur. | 99 | 66 | 39 | 128 | 49 | 14 |
| Fall utan skada | 213 | 232 | 145 | 251 | 164 | 31 |
| Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos | 72 | 62 | 24 | 97 | 15 | 6 |
| Övriga MTP , brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm | 13 | 24 | 6 | 7 | 0 | 0 |

Sammanställning av avvikelser från 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010

| * Antal avvikelser | Temabo Frid-hemmet **135 | Temabo Alströ-mer-hemmet **113 | Attendo Care AB Solbacken ** 64 | Serafen Egen regi **176 | Pilträdet Egen regi **115 | Röda Korset St Erik **30 |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Fall med skada allt fr. blåmärke, Sårskada till fraktur. | 99 | 73 | 40 | 115 | 53 | 26 |
| Fall utan skada | 262 | 294 | 122 | 251 | 153 | 42 |
| Läkemedel Utebliven, Förväxlat, Dubbel dos | 96 | 104 | 19 | 133 | 37 | 13 |
| Övriga MTP , brister i Vårdkedjan, kommunikation, dokumentation mm | 10 | 18 | 0 | 16 | 0 | 1 |

Statistiken grundas på * antal avvikelser som inträffat i verksamheten, ** antal platser som finns i äldreboendet.

Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2011

| | Temabo Frid-hemmet **135 | Temabo Alströ-mer-hemmet 0-2+6 **113 | Attendo Care AB Solbacken ** 64 | Serafen Egen regi **176 | Pilträdet Egen regi **115 | Röda Korset St Erik **30 |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| * Antal vårdtagare | | | | | | |
| Byte av vårdform till sjukhus | | | | | | |
| - dagtid | 101 | 37 | 12 | 55 | 40 | 10 |
| - jourtid | 33 | 16 | 14 | 51 | 14 | 5 |
| Avlidna på | | | | | | |
| - boendet | 11 | 52 | 12 | 72 | 22 | 5 |
| - annan plats | 11 | 5 | 2 | 15 | 6 | 2 |

Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010

| | Temabo Frid-hemmet **135 | Temabo Alströ-mer-hemmet **113 | Attendo Care AB Solbacken ** 64 | Serafen Egen regi **176 | Pilträdet Egen regi **115 | Röda Korset St Erik **30 |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| * Antal vårdtagare | | | | | | |
| Byte av vårdform till sjukhus | | | | | | |
| - dagtid | 108 | 43 | 15 | 73 | 38 | 3 |
| - jourtid | 41 | 12 | 8 | 48 | 35 | 3 |
| Avlidna på | | | | | | |
| - boendet | 11 | 29 | 14 | 64 | 11 | 7 |
| - annan plats | 13 | 2 | 5 | 9 | 11 | 3 |

Statistiken grundas på * antal vårdtagare som bytt vårdnivå och avlidit. ** antal platser som finns i äldreboendet.

Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2010 – till och med 30 september 2010

| | Temabo Fridhem-met | Temabo Alströ-mer-hemmet | Attendo Care AB omsorg Solbacken | Serafen Egen regi | Pilträdet Egen regi | Röda Korset St Erik |
|--|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| *Medelvärde/ vårdtagare | *124 **135 | *106 **113 | *61 ** 64 | *173 **176 | *103 **115 | *30 **30 |
| Trycksår Stadium 1/2/3/4 | 2/0/0/1 | 3/2/0/1 | 0/1/0/0 | 5/5/2/0 | 2/1/1/0 | 0/0/0/0 |
| Inkontinens/ KAD | 51 3 | 83 3 | 46 1 | 152 10 | 40 4 | 24 0 |
| Specifik Om- Vårdnad sond/ dropp/ sug/ O ₂ / sår, resp. mm | 17 | 6 | 5 | 11 | 8 | 0 |
| Apodos | 52 | 84 | 33 | 118 | 63 | 24 |
| Dosett | 19 | 5 | 8 | 15 | 10 | 1 |
| Apodos +dosett | 16 | 16 | 18 | 39 | 16 | 5 |
| Mindre än tioord. läkemedel | 70 | 81 | 39 | 100 | 70 | 24 |
| Mer än tio ord. läkemedel | 18 | 24 | 20 | 71 | 18 | 6 |

Sammanställning av hälso- och sjukvårdsindikatorer 1 oktober 2009 – till och med 30 september 2010

| | Temabo Fridhem-met | Temabo Alströ-mer-hemmet | Attendo Care AB omsorg Solbacken | Serafen Egen regi | Pilträdet Egen regi | Röda Korset- St Erik |
|--|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| *Medelvärde/ vårdtagare | * 124 **135 | *109 **113 | *63 ** 64 | *170 **176 | *103 **115 | *30 **30 |
| Trycksår Stadium 1/2/3/4 | 1/1/1/1 | 4/3/1/0 | 0/0/0/0 | 4/5/2/0 | 2/3/1/0 | 0/0/0/0 |
| Inkontinens/ KAD | 43 4 | 85 2 | 54 0 | 150 9 | 59 7 | 27 0 |
| Specifik Om- Vårdnad sond/ dropp/ sug/ O ₂ / sår, resp. mm | 16 | 9 | 4 | 24 | 9 | 0 |
| Apodos | 59 | 88 | 37 | 122 | 65 | 26 |
| Dosett | 17 | 5 | 7 | 15 | 6 | 1 |
| Apodos +dosett | 10 | 16 | 17 | 33 | 15 | 3 |
| Mindre än tio ord. läkemedel | 63 | 79 | 41 | 101 | 66 | 25 |
| Mer än tio ord. läkemedel | 23 | 30 | 20 | 69 | 20 | 5 |

* För varje enhet har statistiken grundats på medelvärdet dvs. inkomna uppgifter gällande antal vårdtagare summeras och delas med antal månader (12). Indikatorerna går inte att beräkna enbart på antal registreringar pga. att det kan vara samma vårdtagare som har insatser från sjuksköterska samtliga månader.

** antal platser som finns i äldreboendet.

Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2010 till 30 september 2011

| | Temabo Fridhemmet **130 | Temabo Alströmerhemmet **113 | Attendo Care AB Solbacken ** 57 | Egen regi Serafen **160 | Egen regi Pilträdet **114 | Röda Korset St Erik **30 |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| *Downtown Fall Index | 68 % | 96 % | 100 % | 96 % | 63 % | 97 % |
| *MNA | 55 % | 73 % | 95 % | 89 % | 62 % | 93 % |
| *Norton | 56 % | 64 % | 95 % | 93 % | 60 % | 93 % |
| | Temabo Fridhemmet *** 163 | Temabo Alströmerhemmet *** 187 | Attendo Care AB Solbacken *** 78 | Egen regi Serafen *** 260 | Egen regi Pilträdet **** 140 | Röda Korset St Erik *** 41 |
| ****Inkontinensutredning | 34 % | 11 % | 76 % | 40 % | 21 % | 22% |
| ****Läkemedelsgenomgångar | 51 % | 24 % | 53 % | 50 % | 48 % | 49% |

Sammanställning av riskbedömningar 1 oktober 2009 till 30 september 2010

| | Temabo Fridhemmet **128 | Temabo Alströmerhemmet **116 | Attendo Care AB Solbacken **62 | Egen regi Serafen **169 | Egen regi Pilträdet **113 | Röda Korset St Erik **27 |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| *Downtown Fall Index | 51 % | 92 % | 88 % | 85% | 55 % | 77% |
| *MNA | 33 % | 87% | 75% | 68 % | 56 % | 70% |
| *Norton | 35 % | 88% | 69 % | 66 % | 66 % | 87% |
| | Temabo Fridhemmet *** 157 | Temabo Alströmerhemmet *** 145 | Attendo Care AB Solbacken *** 73 | Egen regi Serafen ***216 | Egen regi Pilträdet *** 165 | Röda Korset St Erik ***36 |
| ****Inkontinensutredning | 2 % | 5 % | 15 % | 11 % | 2 % | 24 % |
| ****Läkemedelsgenomgångar | 45 % | 62 % | 51 % | 39 % | 45 % | 56 % |

*Antalet boende med genomförd riskbedömning

** Antal boende vid mätdatum

***Antal pågående journaler under perioden

**** Antal genomförda läkemedelsgenomgångar/inkontinensutredningar