



Handläggare  
Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/MAS  
Utvecklingsavdelningen

Diariumnummer  
15VON/28

## MAS patientsäkerhetsberättelse 2014

### Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen 2014

### Beslutsnivå

Vård och omsorgsnämnden

### Sammanfattning

Under 2014 har det pågått ett intensivt utvecklingsarbete inom de särskilda boendeformerna som engagerat chefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt icke legitimerad personal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Vikten av utvecklingsarbetet grundas på aktuell lagstiftning och nationella styrdokument.

Verksamheterna har kommit olika långt i sitt systematiska patientsäkerhets arbete.

Gemensamt har verksamheterna förbättrat kvalitet i sina riskbedömningar avseende fallrisk, nutrition och att förebygga trycksår. En tydligare omvårdnadsdokumentation med ökad delaktighet för såväl boende som närstående har varit ett mål under året som delvis infriats.

Dokumentationen har generellt förbättrats både kvalitativt och kvantitativt. Flertalet granskningar av journaler har genomförts samt utbildningssatsningar individuellt som i grupp kopplat till resultat. Ett viktigt mål för samtlig hälso- och sjukvårdspersonal är att tillse att de boendes journaler alltid utvärderas och revideras utifrån den enskildes behov. Detta är av yttersta vikt för patientsäkerheten och det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Ett arbete med att implementera personcentrerad vård och arbete har påbörjats och kommer att fortgå. Vården i livets slutskede har förbättrats avsevärt och registreringen kring insatser i Svenska Palliativregistret har fått ett mycket högre värde i år än föregående år.

### Bakgrund

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

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

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

I Värmdö kommun skriver MAS en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som utförarna skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet.

## **Ärendebeskrivning**

En summering av årets patientsäkerhetsarbete har gjorts av MAS tillsammans med chefer i de särskilda boendeformerna. Vi har uppnått en enighet kring prioriterade utvecklingsområden för 2015. Varje verksamhet skriver sina patientsäkerhetsberättelser där fler detaljerade uppgifter kan inhämtas om respektive verksamhet.

## **Bedömning**

Verksamheterna är inne i en intensiv utvecklingsfas relaterat till gällande lagstiftning och gällande krav i nationella styrdokument. Arbetet under 2014 har rent generellt givit ett gott resultat och satsningar och prioriterade områden är framtagna för 2015.

## **Ekonomiska konsekvenser**

Beslutet bedöms inte få några ekonomiska konsekvenser.

## **Konsekvenser för miljön**

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

## **Konsekvenser för medborgarna**

Beslutet bedöms få positiva konsekvenser för nuvarande och framtida boende som bor och flyttar in på de särskilda boendeformer för äldreomsorg i kommunen.

## **Konsekvenser för barn**

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för barn.

## **Ärendets beredning**

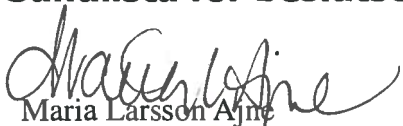
Ärendet har beretts av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan efter samverkan med verksamheterna.



## Handlingar i ärendet

| Nr | Handling                       | Bilaggs/Bilaggs ej |
|----|--------------------------------|--------------------|
| 1  | MAS patientsäkerhetsberättelse | Bilaggs            |

## Sändlista för beslutsexpediering

  
Maria Larsson Alne

Sektorschef omsorgs- och välfärdssektorn

  
Ylva Sjögren  
Kvalitetschef



Handläggare  
Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Kvalitets- och utvecklingsavdelningen  
Vård- och omsorgsnämnden

Diarienummer  
15VON/28

## **Patientsäkerhetsberättelse för 2014**

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

### **Äldreomsorg - Särskilda boenden inom Värmdö kommun**

**Innehållsförteckning**

|                                                                                                       |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Inledning                                                                                             | sidan 3  |
| Sammanfattning                                                                                        | sidan 3  |
| Bakgrund                                                                                              | sidan 3  |
| Övergripande mål och strategier                                                                       | sidan 5  |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet                                                    | sidan 5  |
| Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll                                                     | sidan 6  |
| Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | sidan 7  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador                                                                | sidan 11 |
| Riskanalys                                                                                            | sidan 11 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet                                               | sidan 11 |
| Hantering av klagomål och synpunkter                                                                  | sidan 11 |
| Samverkan med patienter och närstående                                                                | sidan 12 |
| Sammanställning och analys                                                                            | sidan 12 |
| Resultat                                                                                              | sidan 14 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år                                                       | sidan 20 |

## Inledning

Det har skett en stor förändring senaste åren inom hälso- och sjukvården gällande nya och mer omfattande krav som kommuniceras via ny lagstiftning och nationella styrdokument. Flera nationella styrdokument har tagits fram inom flera olika områden t.ex. fallprevention, omvårdnad vid diabetes, palliativ vård i livets slutskede, arbete med utredning och behandling av inkontinens samt ett omfattande arbete att skapa en personcentrerad vård och omsorg enligt de nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa utkom 2010. Ett annat område som ytterligare stärkts genom den nya patientlagen är att den boende och dennes närstående ska vara delaktig i planering och utvärdering av sin vård och omvårdnad. De ska också kunna få information skriftligt. Detta påverkar samtliga yrkesgrupper inom de särskilda boendeformerna då ny lagstiftning och de nationella riktlinjerna ska omsättas i det dagliga arbetet.

## Sammanfattning

Inom Värmdö kommun arbetar vi för att uppnå en hög patientsäkerhet där den enskilde och dennes närstående kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården. Vård och omsorgspersonalen ska arbeta systematiskt för att minska risk för vårdskador.

Förbättringsarbetet kring handläggning av avvikelserna har utvecklats och fungerar nu ofta tillfredställande. De flesta avvikelser har skett inom området läkemedelshantering varvid detta område också varit föremål för olika genomgångar och utredningar för att därigenom kunna analysera orsak till det inträffade och på så vis har riktade åtgärder kunnat vidtas. En stor del av avvikelserna har också inbegripit händelser som resulterat i att boende fallit.

Stora arbetsinsatser har genomförts i verksamheterna kring det fallpreventiva arbetet men fortsatta satsningar inom området krävs. Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt under året inom en rad olika områden t.ex. att utföra riskbedömningar avseende fallrisk, risk att utveckla trycksår och att identifiera de boende som har en risk att fall. Under senare året har riskbedömningarna registrerats i Senior alert (nationellt kvalitetsregister) i allt större utsträckning än förra året.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen, utifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2014. Kvaliteten i dokumentationen har generellt förbättrats i jämförelse med 2013. Fokus har legat på att samla teamets kompetens för att på bästa sätt kunna uppfylla den enskildes behov och för att bibehålla och stärka kvarvarande resurser hos den enskilde. Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringsstillägg har fortgått och kommer att vara pågående.

När det gäller den interna samverkan i de olika verksamheterna har förbättringsarbetet resulterat i en bättre fungerande ansvars och arbetsfördelning i det dagliga arbetet. Verksamheterna har framförallt arbetat med att skapa bra och tydliga former för informationsöverföring och teamsamverkan mellan de olika yrkesgrupperna. Samtliga personalkategorier möts fortlöpande med viss bestämd frekvens eller då behov uppstår t.ex. efter en boende har varit med om en fallincident. Team möten och vårdplaneringsmöten har genomförts på samtliga särskilda boenden.

Fördelning och ansvar för dagens uppgifter har tydligt förbättrats vilket framgår i de sjunkande siffror för avvikelser av allvarigare karaktär. Under året har teamets samlade betydelse lyfts utifrån en helhetssyn på den enskilde. Team möten och vårdplaneringsmöten har genomförts på samtliga boenden.

Patientsäkerhetsarbetet har stärkts ytterligare genom att Djuröhemmet och Gustavsgården har anslutit sig till Liverpool Care Pathway modellen(LCP). Arbetet med att använda LCP plan och att arbeta strukturerat har fortgått under året. LCP modellen är ett systematiskt arbetssätt att ge en kvalitetssäkrad vård i livets slut. Andelen som blivit registrerade i Svenska Palliativ registret har ökat under året. Privata vårdgivare kommer att ansluta sig till LCP under året.

Egenregiverksamheterna har påbörjat arbete med att upprätta ett ledningssystem enligt struktur i verksamhetssystemet "Stratsys" under året.

MAS ansvaret för entreprenaderna Attendo Ljung och Attendo Slottsovalen återgick till Värmdö kommun under maj 2014.

## **Bakgrund**

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

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.

Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, boende, andra vårdgivare och patientorganisationer.

Vårdgivaren är skyldig att inrätta ett ledningssystem där patientsäkerhetsberättelsen är en del av ledningssystemet.

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhets- arbetet.

I Värmdö kommun skriver MAS en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som utförarna skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet.

## **Övergripande mål och strategier**

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

MAS har under året kompletterat riktlinje samlingen för hälso- och sjukvårdsverksamheten som är en del i vårdgivarens ledningssystem.

Till grund för detta arbete ligger ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9).

Utifrån dessa riktlinjer beskriver utförarna sin del i ledningssystemet som lokala rutiner, egenkontrollmoment och riskanalyser. Kvalitetsarbetet ska ske fortlöpande och strukturerat.

### **Mål 2015**

- Förebygga fallskador och utveckla det fallförebyggande arbetet
- Minska antalet fall/fallskador
- Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt samt dokumentation i omvårdnadsjournalen
- Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga.
- Övergå till dokumentation enligt ICF och KVÅ
- Riktlinje för arbete med inkontinens

### **Strategi**

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

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

#### **Vård och omsorgsnämndens ansvar**

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

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

#### **Verksamhetschefens ansvar**

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

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

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

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

I MAS ansvar ingår att bl.a. tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

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

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

**Befattningshavare med ansvar för enskilda ledningsuppgifter enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 30.**

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

**Hälso-och sjukvårdspersonalens ansvar**

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

**Icke legitimerad yrkesutövare**

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

**Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll**

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter som inträffar i verksamheterna sker fortlöpande av verksamhetens medarbetare och hälso- och sjukvårdsansvariga samt av MAS.

MAS har följt och följer detta arbete fortlöpande i avvikelssystemet DF respons och i dialog med ansvariga i verksamheterna. MAS utreder avvikelser av allvarlig karaktär tillsammans med ansvariga i verksamheterna och fattar beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria.

- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av MAS enligt fastställd metod som tas fram av MAS i samarbete med övriga deltagare i uppföljningsgruppen. Rapport skrivs och verksamheterna upprättar handlingsplaner för ev. utvecklingsområden. Ny uppföljning sker då åtgärder ska ha genomförts
- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan också ske oanmält eller relaterat till inkomna avvikelser eller klagomål
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering sker en gång per år av farmaceut. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Vårdhygienrond/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet
- Läkemedelsgenomgångar som läkare ansvarar för att genomföra tillsammans med personal på boendet
- Fortlöpande granskning av omvårdnads dokumentation vid verksamhetsuppföljning och som stickprov

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

### **Daglig planering och ansvarsfördelning**

Under 2013 skapades nya arbetssätt för rapportering och ansvarsfördelning i det dagliga arbetet. Under 2014 har dessa rutiner omsatts i det praktiska arbetet och har fungerat bättre och bättre med färre allvarliga avvikelser som ett positivt resultat.

### **Personcentrerad omvårdnad och omsorg**

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom)

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

Det innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bemöter den enskilde som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner.

Personalen strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes eget perspektiv. Den demenssjuke ska ses som en aktiv samverkanspartner

Personal bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen och strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen. Personalen försöker upprätta en relation till den demenssjuke och dess närstående. Ett arbete med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg har påbörjats i verksamheterna under 2014 och fortsätter under 2015.

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

### **Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov**

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

Under året har utförarna omsatt sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. Samtliga utförare har genomfört team möten med olika deltagande yrkeskategorier enligt en viss struktur.

### **Fallriskförebyggande arbete**

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Orsaker till att äldre faller är nedsatt muskelstyrka, balans och gångsvårigheter, syn, nedsatt reaktionsförmåga, inaktivitet och biverkningar av läkemedelsbehandling. Detta kan förebyggas med utprovning av rätt hjälpmedel samt undervisning till den enskilde och personal. Träning i form av att kunna utföra gång i den omfattning den enskilde orkar i den dagliga livsföringen och balansträning är viktig för att

behålla eller träna upp funktioner. Det är viktigt att fortlöpande gå igenom de läkemedel som den enskilde relaterat till ev. biverkningar som kan ha betydelse i ett fallförebyggande syfte. Ett näringsintag är också viktigt för att bibehålla sina funktioner. Anpassning av miljö samt individuellt utformad tillsyn är andra viktiga säkerhetsåtgärder. Dialog pågår hur personalen i de olika verksamheterna kan erbjuda den enskilde såväl meningsfulla individuella som gruppaktiviteter för att t.ex. minska oro och rastlöshet.

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

Vid inflyttning till särskilt boende har sjuksköterska i mycket högre utsträckning utfört fallriskbedömning i samverkan med sjukgymnast/fysioterapeut och kontaktperson. Om det finns fallrisk har det under året i mycket högre utsträckning upprättats en fallpreventionsplan. Den enskilde och i förkommande fall närstående ska vara delaktiga i vårdplanens upprättande samt få information om innehåll kring planerade målformuleringar och åtgärder.

En förbättring kring hur boende och dennes anhörig erbjudits delaktighet i planering och utvärdering av vård och omvårdnad syns via dokumentation.

Dokumenterade fallriskbedömningar samt upprättade fallpreventiva planer har ökat under 2014.

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

Tillräckligt med personal och kompetens är en förutsättning. Den boende ska få rätt hjälp vid förflyttningar av en eller två medarbetare, att få tillsyn och stöd, att gå på toaletten innan det blir så akut att den enskilde ringer på klockan, väntar på personal som kanske är upptagna och börjar gå själv och faller i samband med detta.

Arbetet med att skapa bra team runt den enskilde och att genomföra team möten regelbundet har fortgått under året. Detta arbetssätt har givit bättre förutsättningar för personalen att skapa en gemensam målbild för vilka insatser den enskilde behöver samt hur insatserna ska utföras i varje enskilt fall.

### **Nutrition**

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

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

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

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

har vidtagits.

### **Sondmatning**

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

Ett fåtal boende får sin näring via PEG sond matning.

### **Nattfasta**

Tiden från dagens sista måltid fram till första måltid på morgonen efter utgör den aktuella nattfastan. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Är nattfastan längre omvandlas kroppens byggstenar till energi vilket leder till förlust av viktiga proteiner. Verksamheterna har fortsatt arbetet med att göra riskbedömningar för att upptäcka risk/undernäringstillstånd. Ett större antal vårdplaner för de boendes nutrition. Ett viktigt arbete har också varit att tillse att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig.

### **Trycksårsförebyggande arbete**

Ett trycksår orsakas av att cirkulationen i ett område av huden har försämrats på grund av tryck.

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

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar. Det är få trycksår som uppstått i verksamheterna. Varje boende som flyttar in på särskilt boende ska få en riskbedömning utförd av sjuksköterska för att upptäcka om det finns risk för trycksår eller om trycksår redan finns. Vid risk för sår eller förekomst av trycksår upprättas en vårdplan. Ett ökat antal riskbedömningar och vårdplaner inom området har genomförts under 2014.

### **Symtom på trycksår**

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

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

### **Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret**

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

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

LCP modellen är ett strukturerat instrument som är indelat i tre steg. Det första avsnittet ansvarar läkare för. Det andra steget beskriver ett systematiskt arbetssätt under sista tiden i livet före döden inträder. Det tredje avsnittet handlar om kontakt och information till efterlevande. Ett nationellt arbete pågår med experter inom den palliativa vården som kommer att utmyнна i att det tas fram en nationell vårdplan för vård i livets slutskede. Fram till dess så används LCP planen i egenregi verksamheterna.

De privata utförarna följer de nationella riktlinjerna för palliativ vård i livets slutskede.

### **Rehabilitering**

En rehabiliteringsjournal har upprättats vid inflyttning på särskilt boende. Vid vårdplaneringar har det varit en målsättning att förutom sjuksköterska och kontaktperson även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut har närvarat. Hjälpmedel har utprovats individuellt och förskrivits. Användningen av hjälpmedel har följts upp.

ADL (allmän daglig livsföring) har utförts och dokumenterats i journalen.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten har utfört förflytningsbedömning för att bedöma den enskildes behov av stöd i samband med förflyttningar. Denna bedömning har dokumenterats i journalen. Den personal som stödjer den enskilde vid förflyttningar ska känna till ordinationen och följa den för att minska risk för fallskador. Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter har under året bl.a. arbetat med att reviderat och upprättat rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenterats för rehabilitering. Ett annat stort område har varit att delta med sina kompetenser på team möten i verksamheterna samt hållit förflytningsutbildningar.

### **Mun och tandvård**

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

De flesta boende inom särskilda boendeformer har under året tackat ja till erbjudandet.

### **Hygien**

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

MAS har följt upp vårdhygienområdet i de årliga uppföljningarna. Ledningen kan sedan göra en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna efterlevs. Självskattningskontroller utförs i samtliga verksamheter.

### **Läkemedelsanvändning**

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

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

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts i större grupp och i mindre grupper i varje verksamhet där MAS, chefer och legitimerad personal deltagit
- MAS/rehab möten mellan MAS, sjukgymnaster/arbetsterapeuter har genomförts
- Möten med primärvården har genomförts
- Handläggning av avvikelser har förbättrats och antalet allvarliga avvikelser har minskat

### **Risikanalys**

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

Verksamheterna utför även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering etc. Riskanalys ingår även som en del av det nya ledningssystemet i verksamhetssystemet "Stratsys".

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

#### **Avvikelser - fallincidenter**

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

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

riktlinje och lokala rutiner. Verksamhetsledningen sammanfattar en verksamhetsanalys enligt lokala rutiner.

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

MAS sammanställer de rapporter och avvikelser som rapporteras en gång per år till Vård och omsorgsnämnden i patientsäkerhetsberättelsen. En fortlöpande samverkan och dialog kring avvikelser som inträffar i de olika verksamheterna sker fortlöpande mellan MAS och verksamheternas ledning.

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

### **Klagomål och synpunkter**

Det har inkommit två klagomål avseende hälso- och sjukvårdsinsatser till MAS.

### **Samverkan med patienter och närstående**

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

### **Utredning, analys och sammanställning**

#### **Klagomål**

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

- Allvarliga klagomål som inkommer till MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

En fortlöpande granskning av inkomna avvikelser har skett av MAS under året

Dialog kring åtgärder har förts i dialog med verksamheterna  
Utredningar har utförts av MAS i samverkan med verksamheterna.

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

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

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

ICF – Classification of Functioning Disability and Classification

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

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

Kroppsfunktioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen. Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet motsvarar engagemang i en livssituation. Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Personfaktorer utgörs av personliga egenskaper, bl.a. kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, coping strategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan påverka en persons funktionshinder. Klassifikationen har en hierarkisk uppbyggnad med alfanumeriska koder för komponenterna:

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

KVÅ - Klassifikation av vårdåtgärder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. Klassifikation av vårdåtgärder omfattar både

kirurgiska åtgärder baserat på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för inrapportering till patientregistret. Socialstyrelsen har tillsammans med organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) utvecklat åtgärds-koder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i KVÅ sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärds-koder i KVÅ gör.

#### NANDA- International Nursing Diagnoses Definitiones and Classification

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

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

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

Användning av NANDA diagnoser i det kliniska arbetet ska användas och förhoppningsvis när Pulsen Combine har färdigställt materialet kan denna del tas in i datasystemet.

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

## Resultat

### Strukturmått

Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett av MAS tillsammans med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal ute i verksamheterna kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta har skett i varierande grad i olika verksamheter relaterat till patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.

- MAS riktlinje för omvårdnad vid diabetes, information och utbildning given
- Avvikelsehantering och utredningar, handledning och stöd ges fortlöpande
- Palliativ vård i livets slutskede, information och utbildning i personalgrupper
- Rehabiliteringsinsatser utifrån personcentrerat arbetssätt
- Sjuksköterskans, arbetsterapeutens och sjukgymnastens/fysioterapeutens ansvar i den personcentrerade vården
- Fallförebyggande åtgärder, information och utbildning
- Fortlöpande utbildning i omvårdnadsdokumentation
- Sjuksköterskans omvårdnadsansvar utifrån personcentrerat arbetssätt
- Arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut arbetsuppgifter utifrån ett personcentrerat arbetssätt

### Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare
- Antalet läkemedelsavvikelser har minskat i jämförelse med 2013
- Dokumentationen i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt utifrån krav på en personcentrerad vård.
- Ansvarsfördelning och rapportering i det dagliga arbetet har förbättrats avsevärt och fått fäste vilket också syns i avvikelse statistiken särskilt när det gäller läkemedelsavvikelser.
- Arbetet med att upptäcka näringsbrist och dokumenterad planering av att erbjuda en fullgod nutrition har förbättrats. Fler riskbedömningar har utförts och fler vårdplaner har upprättats.
- Arbetet med att förebygga fallskador har generellt sätt inte gett synbart, resultat inom samtliga särskilda boendeformer, trots multiprofessionella åtgärder samt fler utförda riskbedömningar och upprättade vårdplaner
- Användning av LCP planen i vård i livets slutskede har genomförts.
- Registrering i Svenska palliativregistret har ökat. De flesta kvalitetsparametrar som registret innehåller har fått bättre genomslag i det dagliga arbetet.

### Resultatmått

#### Riskbedömningar trycksår

|                                                                                                                            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som erhållit en riskbedömning avseende trycksårsrisk                                                          | 216/239 |
| Antal boende med risk att utveckla trycksår                                                                                | 60/216  |
| Antal boende som hade upprättad vårdplan för att behandla/undvika trycksårs uppkomst, eller risk för att utveckla trycksår | 36/60   |

|                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| Antal boende som fått trycksår inom boendet         | 3 |
| Antal boende som fått trycksår hos annan vårdgivare | 2 |

I MAS kartläggning september 2014

I verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt. Arbetet med att förebygga trycksår uppvisar gott resultat. Nivåerna håller sig på ungefär samma nivå som 2013.

#### Munhälsobedömning

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som tackat ja till munhälsobedömning  | 211/239 |
| Antal boende som tackat nej till munhälsobedömning | 18      |

MAS kartläggning september 2014

Samtliga boende inom SÄBO ska erbjudas munhälsobedömning av tandhygienist via Landstingets upphandlade tandvårdsföretag. Boende kan tacka ja eller nej till erbjudandet.

#### **Tablett och insulinbehandlad diabetes inom särskilda boendeformer**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Antal boende som erhåller tabletter | 8  |
| Antal boende som erhåller insulin   | 29 |

MAS kartläggning september 2014

37 boende behandlas med tabletter eller insulin för diabetes inom särskilda boendeformer. Utifrån de nationella styrdokumentet kring omvårdnad vid diabetes ska vissa delar säkras upp i den enskildes vårdplan.

#### **Läkemedel**

|                                                                                  |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som hade erhållit läkemedelsgenomgångar i verksamheterna under 2013 | 219/239 |
| Antal boende som hade 10 läkemedel eller mer samtidigt ordinerat                 | 54      |
| Antal boende som hade 5-10 läkemedel samtidigt ordinerat                         | 140     |
| Antal boende som ordinerats lugnande läkemedel av läkare                         | 137     |
| Antal boende som erhöll insulin                                                  | 29      |
| Antal boende som erhöll andra läkemedel via injektion (ej insulin)               | 12      |

MAS kartläggning september 2014

Arbetet med läkemedelsgenomgångar har pågått under året och är pågående för att ha kontroll över "onödiga" läkemedel som ev. kan sättas ut och ersättas t.ex. med kvalitativa omvårdnadsåtgärder.

#### **Riskbedömning nutrition och ätande**

##### Undernäring och måltidsupplevelse

|                                                                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som erhållit riskbedömning för att upptäcka risk för undernäring/befintligt undernäringstillstånd | 215/239 |
| Antal boende som bedömdes ha risk för undernäring/befintlig undernäring                                        | 104/215 |
| Antal boende som hade en upprättad vårdplan med åtgärder för att behandla undernäringstillståndet              | 99/104  |

I MAS kartläggning september 2014

Ett större antal riskbedömningar avseende nutrition har blivit utförda i jämförelse med 2013.

Fler vårdplaner har också upprättats avseende undernäringstillstånd. Insatser för att korta ner nattfastan för de boende har gjorts på samtliga boenden

| Boendes upplevelse av hur maten smakar inom särskilda boenden    | Andel boende | Kommun-ranking |
|------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Andel boende som uppger att maten smakar mycket eller ganska bra | 71           | 198/262        |

Socialstyrelsen öppna jämförelser för 2014 (publicerades januari 2015)

| Boendes upplevelse av hur maten smakar inom särskilda boenden    | Andel boende | Kommun-ranking |
|------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Andel boende som uppger att maten smakar mycket eller ganska bra | 67           | 238/262        |

Socialstyrelsen öppna jämförelser för 2013

Att maten smakar bra och att måltidsmiljön är trevlig och tilltalande har en avgörande betydelse för att boende ska få i sig tillräckligt med näring och energi

#### Måltidsstöd

|                                                                              |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Antal boende som kunde klara sin måltidssituation och äta helt självständigt | 93/239 |
| Antal boende som behövde fullständig hjälp vid måltider inklusive matning    | 33/239 |

MAS kartläggning september 2014

146 boende behöver varierande stöd vid måltider. Det kan handla om att få hjälp att skära t.ex. kött, sätta smör på en smörgås till att personal uppmuntrar/påminner boende att äta och dricka. 33 boende behövde fullständig hjälp inklusive fullständig matning.

#### Boendes upplevelse av måltidsmiljö

| Boendes upplevelse av måltidsmiljön                                          | Andel boende | Kommun-ranking |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Andel boende som uppger att måltiden alltid eller oftast är en trevlig stund | 63           | 215/262        |

Socialstyrelsen öppna jämförelser för 2014 (publicerades januari 2015)

| Boendes upplevelse av måltidsmiljön                                          | Andel boende | Kommun-ranking |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Andel boende som uppger att måltiden alltid eller oftast är en trevlig stund | 64           | 214/262        |

Socialstyrelsen öppna jämförelser för 2013

Ingen större förändring har skett mellan 2013 och 2014 när det gäller boendes upplevelse av måltidsmiljö.

## Förflyttningar

### Säkra förflyttningar

|                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som erhållit en riskbedömning avseende fallrisk   | 225/239 |
| Antal boende som bedömdes ha en fallrisk                       | 179/225 |
| Antal boende som hade en upprättad vårdplan för sin fallrisk   | 141/179 |
| Antal boende som bedömdes behöva en personal vid förflyttning  | 76      |
| Antal boende som bedömdes behöva två personal vid förflyttning | 60      |

I MAS kartläggning september 2013

136 boende har behov av stöd vid förflyttningar av en eller två personal för att förflyttas säkert och det är en viktig och stor del av personalens vardag att planera, organisera och genomföra och ge de insatser som behövs så att boende kan erhålla säkra förflyttningar och vardagsaktivering för att förhindra fallskador men också i syfte att boende ska kunna bibehålla sina funktioner.

## Rehabilitering

|                                                                                                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Antal boende som erhållit ADL bedömning av arbetsterapeut                                      | 226/239 |
| Antal boende som erhållit förflyttningsbedömning av sjukgymnast/fysioterapeut                  | 229/239 |
| Antal boende som var ordinerad balansträning under mätveckan                                   | 50/239  |
| Antal boende som deltog i balansträning under mätveckan                                        | 42/239  |
| Antal boende som erhöll specifik gångträning av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut | 17/239  |

Balansträning är en viktig åtgärd för att utveckla och bibehålla förmågan att kunna förflytta sig.

## Avvikelse och fallrapporter sammantaget särskilda boendeformer

| Verksamhet          | Avvikelse | Fallrapporter | Summa |
|---------------------|-----------|---------------|-------|
| Gustavsgården       | 271       | 346           | 617   |
| Djuröhemmet         | 42        | 47            | 89    |
| Attendo Ljung       | 135       | 219           | 354   |
| Attendo Slottsoalen | 82        | 98            | 180   |
| Totalt alla SÄBO    | 530       | 710           | 1240  |

I jämförelse med siffrorna från 2013 för egenregion har avvikelserna minskat år från år vilket är en positiv trend. Ett stort arbete har lagts ner på att ta fram orsaker och att genomföra förändringar av rutiner, arbetssätt etc. Samtliga fyra boenden har en ungefärlig likartad fördelning av avvikelser inom samma områden. Det största området där avvikelser uppstår är inom läkemedelshanteringen. Läkemedelshanteringen ska vara säker och ändamålsenlig och varje boende ska erhålla sina läkemedel enligt läkares ordination. Det är en tydlig målsättning att fortsätta arbeta mot.

**Djuröhemmet 41 boende - Avvikelser och fallrapporter 2012-2014**

|               | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------|------|------|------|
| Avvikelser    | 186  | 155  | 42   |
| Fallrapporter | 129  | 73   | 47   |

Såväl fall som avvikelser har minskat i takt med att nya rutiner och arbetssätt fått fäste i verksamheten. Avvikelsehanteringen berör till största delen läkemedelshantering, samt omvårdnads och rehabiliteringsinsatser samt produkter/teknik och miljö.

**Gustavsgården 101 boende - Avvikelser och fallrapporter 2012-2014**

|               | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------|------|------|------|
| Avvikelser    | 423  | 381  | 271  |
| Fallrapporter | 333  | 346  | 346  |

Avvikelserna har minskat år från år i takt med att nya rutiner och arbetssätt fått fäste i verksamheten. Fallrapporterna ligger på samma nivå som föregående år. Vissa boende har fallit ofta. Det fallpreventiva arbetet behöver fortsatt att vara ett prioriterat område. Avvikelsehanteringen berör till största delen läkemedelshantering, uteblivna eller felaktigt utförda omvårdnads och rehabiliteringsinsatser samt produkter/teknik och miljö.

**Attendo Ljung 56 boende - Avvikelser och fallrapporter 2012-2014**

|               | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------|------|------|------|
| Avvikelser    | 258  | 277  | 135  |
| Fallrapporter | 140  | 173  | 219  |

Avvikelser har minskat men fall har ökat. Vissa boende faller ofta trots flertalet insatser och kan stå för en stor del av statistiken. Det fallpreventiva arbetet behöver fortsatt vara ett prioriterat område.

**Attendo Slottsovalen 41 boende - Avvikelser och fallrapporter 2012-2014**

|               | 2012                  | 2013                  | 2014 |
|---------------|-----------------------|-----------------------|------|
| Avvikelser    | 75 (enbart läkemedel) | 96 (enbart läkemedel) | 82   |
| Fallrapporter | 70                    | 106                   | 98   |

Fallrapporterna har ökat i antal och verksamhetschef på Slottsovalen anger att detta kan bero på att personal rapporterar fall i högre utsträckning nu än tidigare. Det fallpreventiva arbetet behöver fortsatt vara ett prioriterat område. Avvikelserna har minskat. De flesta läkemedelsavvikelser berör läkemedelshantering följt av avvikelser kring rehabiliterings och omvårdnadsinsatser samt produkter/teknik/miljö.

**Anmälan enligt Lex Maria**

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

**Anmälningar till IVO under 2014**
**Gustavsgården**

En anmälan inlämnad

**Djuröhemmet**

En anmälan inlämnad

**Attendo Ljung**

Ingen inlämnad

**Attendo Slottsovalen**

Ingen inlämnad

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

### **Fallförebyggande arbete**

Verksamheterna behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg i syfte att skapa lugn och harmoni samt välbefinnande för den enskilde.

Individanpassade planer behöver vidareutvecklas.

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

### **Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register**

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetssätt(enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) ska fortsätta och intensifieras.

Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån det personcentrerade arbetssättet.

Användning av BPSD registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) kommer att införas under året i samtliga särskilda boenden. Ny riktlinje är under arbete.

### **Delaktighet i vård och behandling**

Arbetet med att skapa delaktighet för de boende och deras närstående i vårdplaneringsmöten där planering av insatser sker samt formulering av omvårdnads mål samt utvärdering av mål och utförda insatser ska fortsätta. Implementering av den nya patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015 har påbörjats med genomgång under 2014 och kommer att fortsätta under våren 2015. I patientlagen ställs krav bl.a. på en ännu tydligare delaktighet i vården för boende och anhöriga. Boende har också rätt att erhålla information skriftligt har också rätt att begära skriftlig information av vårdgivare.

### **Palliativ vård i livets slutskede**

I samband med att den nationella planen för vård i livets slutskede är klar och sprids ut till Sveriges vårdgivare från Socialstyrelsen kommer LCP planen att bytas ut mot denna.

Uppföljning kommer att ske inom området av MAS, demenssjuksköterska och LCP sjuksköterskor.

### **Ledningssystem**

Slutföra arbetet med att skapa ett fullödigt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån regelverkets krav.

**Nytt dokumentationssystem samt införande av det nationella fackspråket ICF och KVÅ**

**(kvalificerade vårdåtgärder)**

Införande av nytt dokumentationssystem i Pulsen Combine kommer att ske under hösten. Samtidigt kommer utbildningssatsningar att göras för att införa det nya nationella fackspråket ICF och KVÅ i egenregi verksamheterna. Detta kommer att vara ett mycket omfattande förändringsarbete.

**Planering inför övertagande basal hemsjukvård inom LSS**

Principöverenskommelsen har sagts upp och kommunerna kommer sannolikt att ta över utförande av basala hälso- och sjukvårdsuppgifter från Landstingets primärvård som tidigare utfört basala hälso- och sjukvårdsuppgifter åt kommunen.

**Riktlinje för utredning och behandling av inkontinens**

Övergripande riktlinje ska skapas för utredning och behandling av inkontinens ska skapas av MAS utifrån de nationella styrdokument som gäller.

Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska