

Patientsäkerhetsberättelse

Version: 3	Gäller för: Attendo Skandinavien Äldreomsorg	Dokumentansvarig: Kvalitetschef ASO	Upprättad: 2016-10-01	Utarbetad av: Maria Ekelund Dannert	Reviderad av: Lena Rosberg
---------------	---	--	--------------------------	---	-------------------------------

Patientsäkerhetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelse för

Attendo Kampementet vård-och omsorgsboende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-31

Anna Malmgren Verksamhetschef Kampementet

Taru Yliylklä Regional verksamhetschef

Innehållsförteckning

MALL FÖR PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål	4
Ansvarsfördelning	5
Mät- och uppföljningsmetod	15
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts Error! Bookmark not defined.	
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	15
Granskning av dokumentation	5
Samverkan	16
Riskanalys	17
Rapporteringsskyldighet	18
Synpunkter och klagomål	18
Sammanställning och analys	Error! Bookmark not defined.
Samverkan med brukare och närstående	18
Uppföljning av informationssäkerheten	8
Resultat	19
Övergripande Mål för kommande år	22

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är följande;

Säkerställa hantering av läkemedel, dokumentation och fallprevention. Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga. Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

Patientsäkerheten har följts upp genom lokal egenkontroll i verksamheten vilken har dokumenterats i lokal verifieringsmall. Patientsäkerheten ingår i verksamhetens ständigt pågående kvalitetsarbete.

Risker för vårdskador har under året identifierats och hanterats enligt rutin för allvarlig händelse. Detta innebär att medarbetarna rapporterar upptäckta risker till verksamhetschef utan dröjsmål. Därefter gör verksamhetschef en sammanfattning av händelsen som rapporteras till regionchef som utser en extern utredare. All rapportering sker i Attendos verksamhetssystem Attendo Add. Verksamhetschef ansvarar även för att informera medicinsk ansvarig sjuksköterska om inträffad händelse samt att utredning startats. Vi har kontinuerligt kontakt med SDF MAS.

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 bli undernärda. Verksamheten har under 2016 börjat registrera i Senior Alert och registrering fortsätter även år 2018.

Medarbetarna har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser samt delta i diskussioner på arbetsplatsträffar.

Stora arbetsinsatser har genomförts i verksamheterna kring det fallpreventiva arbetet. Verksamheten har fortsatt arbete med att engagera hela teamet runt den boende som bl.a. inkluderar, riskbedömning, patientundervisning, VPL, fallkonferens och delaktighet som behövlig tillsyn för den enskilde.

Ett utvecklingsarbete med insatser i syfte att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen. Uifrån de gällande nationella krav kring personcentrerad vård och omsorg har pågått under 2017. Kvaliteten i dokumentationen har generellt förbättrats i jämförelse med 2016. Båda enheter inom verksamheten har blivit godkända i egenkontrollen för både HSL och Sol dokumentation. Fokus har legat på att samla teamets kompetens kring s.k. ICF möten för att på bästa sätt kunna uppfylla den enskildes behov och för att bibehålla och stärka kvarvarande resurser hos den enskilde. Ett arbete med att skapa delaktighet för den enskilde och dennes närstående i vårdens planering, genomförande och utvärdering har börjat i höstas då indikatorerna visar fortsatt svagt resultat.

Arbetet med att säkra upp de boendes behov av rätt kost, mellanmål, nattmål och ev. näringstillägg samt utveckla nöjdheten med mat och måltidssituationen har fortgått under 2017 och kommer att vara pågående. Arbetet har gett ökad nöjdhet med mat och måltider. Registreringar av givna nattmål har genomförts under året. Verksamhetschefen sammanställer och analyserar resultat årligen. Somatiska och även demens enheten har använt stimulansmedel för en extra personal som enbart har arbetat med mat och måltider.

Brukares och närståendes synpunkter och klagomål som inkommit har hanterats enligt gällande rutiner och lett till att verksamheten utvecklat områden som kost och måltidsmiljö. Det har inte inkommit några synpunkter som haft betydelse för patientsäkerheten.

Arbetet med att involvera närstående och brukare kommer att fortgå under 2018 för att föra diskussioner om verksamhetens utvecklingsområden utifrån brukarundersökning 2017.

De viktigaste resultaten som uppnåtts är att enheten lyckats uppnå en brukarnöjdhet..Andra viktiga resultat som uppnåtts är säkerställande av läkemedelshantering genom att skapa nya rutiner kring hur vi stämmer av och följer upp samt det utvecklade arbetssättet kring fall och fallprevention. Vidare säkerställs även kvalitén genom regelbundna rapporter till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Övergripande mål

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

De övergripande målen för 2017 var följande:

- Säkerställa att dokumentationen följer gällande lagstiftning både inom SoL och HSL.
- Öka brukarnöjdheten genom att arbeta med förbättringsområden utifrån brukarundersökningen 2017. I målet ingår att säkerställa kontinuitet och delaktighet i planeringen som rör brukaren. Detta ska uppnås genom att arbetssättet med kontaktmannaskap tydliggörs.
- Resultat för Svenska Palliativa registrets indikatorer visar att det finns utrymme för att öka erbjudandet av iakttagandes samtal för närstående.
- Att i högre grad arbeta med BPSD registret och då bl.a. föreslå och pröva omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel
- Att ha stående tider varje månad för omvårdnadspersonalen för förflyttningsteknik.
- Strukturera fallförebyggande kvalitetsarbete genom att göra riskanalyser både före och efter ett fall.
- Fortsatt arbete med att minska händelser kring läkemedelshantering genom att följa upp dessa händelser omgående och ha enskilda samtal med berörda medarbetare.
- Starta projektet med närståendestöd genom att bjuda in närstående att aktivt delta i verksamhetens utvecklingsarbete för att säkerställa att vi arbetar med rätt saker.

Ansvarsfördelning.

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

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 följs i verksamheten.

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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

MAS ansvar ingår att bl.a. se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs 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. Detta görs i samverkan med Östermalms SDF MAS som ansvarar för att lämna anmälan till ansvarig nämnd.

Befattningshavare med ansvarig verksamhetschef för hälso- och sjukvårdslagen § 29 samt 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) På Kampementet är Anna Malmgren verksamhetschef sedan 2017-06-01 enligt § 29 och i dennes frånvaro har Elisabeth Ekman delegerat ansvar enligt § 30.

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

avvikelsesystemet Attendo ADD 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. Östermalms SDF MAS får kopia på kvalitetsprotokollet samt sammanställning av avvikelser månadsvis.

- Attendo genomför en årlig egenkontroll där verksamheten granskas avseende kvalitet och säkerhet detta utförs av Attendos kvalitetsavdelning enligt fastställd manual. Under 2017 utförde verksamheten själv uppföljningen enligt manualen, och dokumentationsuppföljningen genomfördes av kvalitetsavdelningen på soma-enheten. HSL dokumentation och inom SoL var genomförandeplanerna var godkända och även när det gäller måluppföljningen.
- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av Östermalms SDF 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. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas.
- Vårdhygienrond/genomgång sker en gång per år på plats hos utförare av hygiensjuksköterska från Vårdhygien. Verksamhetschefen 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 sker två gånger per år av dokumentationsstödare, Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas
- Samverkansmöten med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan Kampementets ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet sker varje månad.

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

Personcentrerad omvårdnad och omsorg

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå

beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom). För detta krävs utbildning och fortlöpande kompetensutveckling av personal samt en hög grad av empatiskt förhållningssätt. Även för de personer som inte har en demenssjukdom ska vård- och omsorg utformas utifrån ett personcentrerat synsätt.

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

Det innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bemöter den enskilde som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner. Personalen strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes eget perspektiv. Den demenssjuke ska ses som en aktiv samverkanspartner. Personal bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen och strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen. Personalen försöker upprätta en relation till den demenssjuke och dess närstående. Ett arbete med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg har påbörjats i verksamheten under 2017 och fortsätter under 2018.

Dock kommer det att krävas fortlöpande 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.

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

Enligt de Nationella riktlinjerna bör boendeenheterna vara småskaliga, ingen exakt siffra anges men 6-8 personer per enhet anges som en lämplig siffra. Lugn miljö är mycket viktigt eftersom personer med demenssjukdom är mycket stresskänsliga. Miljön i övrigt bör också anpassas vad det gäller t ex färgval, ljussättning, ljudnivå mm. Långa korridorer uppmuntrar t ex till vandringsbeteende vilket kan vara mycket tröttande för en person med svår demenssjukdom. Den miljöanpassning som krävs för personer med demenssjukdom kan vara svår att tillgodose på en avdelning som är avsedd för somatisk vård. Alla personer med demenssjukdom har rätt till en jämlik vård av god kvalitet av personal som har kompetens för detta arbete.

Multiprofessionella team med helhetssyn på boendes behov

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

Under året har Kampementet fortsatt att omsätta sina rutiner för teambaserat arbete i det praktiska arbetet närmast de boende. På Kampementet har genomförts team möten med olika deltagande yrkeskategorier enligt en viss struktur. De teamen som möts kontinuerligt är, ICF team möten, Rehab team möten, Palliativa teammöten, BPSD team möten, fallkonferenser i team samt kvalitetsmöten i team.

Dokumentation enligt ICF (Classification of functioning Disability) och KVÅ (kvalificerade vårdåtgärder) för hälso- och sjukvårdspersonalen

Hälso- och sjukvårdspersonalen har lämnat det gamla sättet (VIPS) att dokumentera i sina journaler och övergått till 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, 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.

Under 2017 har KVÅ koderna satts i bruk och används på Kampementet i HSL journalföringen.

NANDA- International Nursing Diagnoses Definitions and Classification

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

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

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

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

Fallriskförebyggande arbete

Falloolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Orsaker till att äldre faller är nedsatt muskelstyrka, balans och gångsvårigheter, syn, nedsatt reaktionsförmåga, inaktivitet, kognitiv nedsättning(demenssjukdom) och biverkningar av läkemedelsbehandling. Detta kan förebyggas med utprovning av rätt hjälpmedel samt undervisning till den enskilde och personal. Träning i form av att kunna utföra gång i den omfattning den enskilde orkar i den dagliga livsföringen och balansträning är viktig för att behålla eller träna upp funktioner. Det är viktigt att fortlöpande gå igenom de läkemedel som den enskilde relaterat till ev. biverkningar som kan ha betydelse i ett fallförebyggande syfte. Ett näringsintag 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 Kampementet har sjuksköterska utfört fallriskbedömning i samverkan med sjukgymnast/fysioterapeut och kontaktperson. Om det funnits en fallrisk har det under året i upprättas en fallpreventionsplan. Den enskilde och ibland närstående har varit delaktiga i vårdplanens upprättande samt få information om innehåll kring planerade målformuleringar och åtgärder.

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

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

Arbetet med att skapa bra team runt den enskilde och att genomföra team möten regelbundet fortgår. Detta arbetssätt ger bättre förutsättningar för personalen att skapa en gemensam målbild för vilka insatser den enskilde behöver samt hur insatserna ska utföras i varje enskilt fall, förebygga fall samt minska risken för skada eller dess omfattning.

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 Kampementet ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar eller dygnsfastan över 4 timmar.

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

Under året kan vi se att de boende har kunnat bibehålla sin vikt i större utsträckning samt det är flera som har gått upp i vikt jämfört med år 2016.

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. På Kampementet har man 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 försäkra att nattfastan inte blir för lång och att servera näringsriktiga såväl kvälls och nattmål som de boende önskat sig.

En samlad indikator s.k. "nattfastemätningar" genomförs av Verksamheten två gånger per år. Verksamheten redovisar ett antal indikatorer på utförda satsningar kring nattfasta och nattmål. Resultaten från dessa mätningar har visat att personalen följer nattfastans längd, erbjuder nattmål samt att det finns i stor utsträckning åtgärder vid riskbrukare. Resultaten visar även att rutinen för att erbjuda nattmål fungerar väl. Det är fåtal brukare som inte får/ erbjuds nattmål då de har vaknat eller väcks vid toalettbesök. De boende som överstiger 11 timmar är som oftast terminala, vårdas i livets absoluta slutskede eller har önskat bli ostörda på natten eller nattsömnen har bedömts viktigare för boendes allmänna hälsa än att den boende väcks för nattmål.

Trycksårsförebyggande arbete

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

Har man däremot svårt att röra sig riskerar trycket att bli långvarigt. Cirkulationen blir då mer allvarligt påverkad så att hudens celler inte får näring och syre som de behöver, och inte kan göra sig av med restprodukter. Då uppstår trycksår. Ett trycksår kan komma snabbt, ibland bara på några timmar. Det är få trycksår som uppstått i verksamheten. Varje boende som

flyttar in på särskilt boende ska få en riskbedömning utförd av sjuksköterska för att upptäcka om det finns risk för trycksår eller om trycksår redan finns. Vid risk för sår eller förekomst av trycksår upprättas en vårdplan.

Symtom på trycksår

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

Under året har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor tillsammans med omvårdnadspersonalen 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. Mycket få trycksår uppstår i den egna verksamheten utan trycksåret ha uppstått hos annan vårdgivare t.ex. slutenvården.

Palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret

Ett nationellt arbete pågår med experter inom den palliativa vården har utmynnat i en nationell vårdplan för vård i livets slutskede. En multiprofessionell grupp har utbildats av PKC/ Stockholms Stad till palliativa ombud. Sedan tidigare finns det utbildade medarbetare inom vård av livets slut, en sjuksköterska och en undersköterska. Verksamheten har under 2017 börjat arbeta utifrån de nationella riktlinjerna för palliativ vård i livets slutskede i team och håller nu på att ta fram ett arbetssätt samt omarbetad rutin för palliativ vård enligt den nya riktlinjen.

Rehabilitering

En rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning på Kampementet. Vid vårdplaneringar är det en målsättning att förutom sjuksköterska och kontaktperson även arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut närvarar. Hjälpmedel utprovas individuellt och förskrivs. Användningen av hjälpmedel följs upp. ADL (allmän daglig livsföring)

Sjukgymnasten/fysioterapeuten utför förflyttningsbedömning 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 arbetar fortlöpande med att revidera och upprätta rehab planer där mål och åtgärder samt utvärdering dokumenterats för rehabilitering. Ett annat stort område har varit att delta med sina kompetenser på rehabteam möten, ICF teammöten, BPSD teammöten, Fallkonferenser samt kvalitetsteamöten i verksamheterna samt hållit förflyttningsutbildningar.

Mun och tandvård

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

Vårdhygien

Under året har vi haft besök av vårdhygiensjuksköterskan där hon har utbildad personal kring basala hygienrutiner och bl.a. om multiresistenta bakterier. Egenkontroller kring de basala hygienrutiner samt efterlevnad till den har utförts tre gånger under året. Även självskattning enligt instrument från Vårdhygien har utförts på Kampementet. Denna skattning (egenkontroll) görs två gånger per år för att utvärdera i vilken grad verksamhetens medarbetare följer de basala hygienrutiner i verksamheterna. Verksamhetschefen har sedan gjort en utvärdering av hur de basala hygienrutinerna följs. Resultaten visar att förutsättningar till arbete enligt basala hygienrutiner är goda och de områden som man har funnits brister är ffa. Spritning av händer före användning av skyddshandskar. Som en bifynd hittades att följsamhet till rutinen om påfyllning av förbrukningsmaterial i brukarnas rum fungerade dåligt. Detta lyftes upp i kvalitetsmöten och på APT och har sedan efter observationer förbättrats till den graden att följsamheten till rutinen är nu god.

Läkemedelsanvändning

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

I läkarorganisationernas avtal med Stockholms Läns Landsting ingår att utföra läkemedelsgenomgångar. På Kampementet har det genomförts läkemedelsgenomgångar i mycket stor omfattning. Infektionsregistreringen visar att på Kampementet används antibiotika sparsamt jämfört de andra särskilda boenden på Östermalm

Samverkan för att förebygga vårdskador

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum och rutiner internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts där chefer och legitimerad personal deltagit samt MAS deltar 2 gr per år.
- Möten med läkarorganisationen har genomförts

Risikanalys

I det nya avvikelssystemet Attendo ADD som togs i bruk sedan maj 2015 på Kampementet finns riskanalys som en del av händelserapport. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. Verksamheten har utfört även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering. Riskanalys ingår även som en del av det nya kvalitetsledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Medarbetare rapporterar avvikelser och fallincidenter i datasystem Attendo Add. Rapporteringsskyldigheten är välkänd för medarbetarna i samtliga verksamheter. När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelserapport. Den ansvariga

sjuusköterskan i tjänst gör en bedömning och vidtar akuta åtgärder. Den omvårdnadsansvariga sjuusköterskan 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 regionchefen och MAS involverats för utredning och beslut om ärendet ska anmälas vidare till IVO. MAS har en fortlöpande insyn och följer handläggningen av de avvikelser som rapporteras i Attendo ADD. Kampementets kvalitetsgrupp skickar in en månadsredovisning på sina avvikelser samt handläggning av dessa till Östermalms SDF MAS.

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 och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarigare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt delegation från vårdgivare. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsnämnden.

Verksamhetschefen tillsammans med kvalitetsgruppen (eventuellt med sjuusköterska med enskilt ledningsuppdrag om det finns sådan) ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

Verksamheten har gjort en Lex Maria utredning som ledde till Lex Maria anmälan till IVO. Resultatet visade IVO avskrev ärendet med hänvisning till att utredningen var väl gjord, rimliga och adekvata slutsatser hade gjorts samt tillräckliga åtgärder hade vidtagits för att liknande händelse inte ska träffa igen.

Samverkan med brukare och närstående

Det har skett ett fortsatt utvecklingsarbete under året med att tydliggöra boendes och anhörigas rätt till delaktighet i vård och omvårdnad. Att skapa delaktighet för den enskilde i planering, vilka mål som sätts samt delaktighet i resultat skapar en delaktighet för den enskilde. Verksamheten har inbjudit närstående till regelbundna vårdplaneringsmöten under året. Verksamhetscheferna på båda enheter skickar ett veckobrev där det framkommer information kring aktiviteter, förändringar inom personalgruppen samt andra aktuella händelser i verksamheten. Brukarmatråd träffas 4 gr per år samt närståendeträffar för hela Kampementet sker två gånger per år. På demsenheten har genomförts närståendeträffar en gång i månaden.

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 Östermalms SDF MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse Ledning i verksamhet samordnar och samverkar kring utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Två gånger per termin deltar även MAS i dessa möten. På dessa möten avhandlas patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.
- Mätning av olika indikatorer sker fortlöpande och sammanfattas i bl.a. patientsäkerhetsberättelsen
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla händelserapporter sammanfattas och följs upp månadsvis i en händelsestatistik och en kvalitetstermometer. Då utvärderas om antalet händelser har minskat samt om åtgärderna haft önskad effekt. Övriga mätinstrument som används är mätning av nattfasta hos varje brukare, sammanställning av MNA-mätning, Downton, Senior Alert, palliativa registret, infektionsregistrering. Genomförda åtgärder utvärderas på de månatligen återkommande lokala kvalitetsmötena, rehab-mötena och är en stående punkt på arbetsplatsträffarna. Det åligger alla medarbetare att läsa igenom APT-mötesprotokollet där händelserna sammanställs och signera på en lista att man har gjort detta.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Under ett verksamhetsår granskas Kampementet utifrån en rad olika faktorer. Den interna egenkontrollen granskar kvalitetsarbetet utifrån arbetet med rutiner och riktlinjer samt

dokumentation och kvalitetsarbete. I arbetet med egenkontrollen deltar samtliga yrkeskategorier och fokus ligger på att brukarnas trygghet och säkerhet ska vara garanterad. Därtill görs granskning av Danderyds kommuns MAS enligt QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn, Ansvar) som bygger på att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till och följer de riktlinjer som MAS upprättat i Danderyds kommun. Övriga externa kontroller och jämförelser genomförs av Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, läkemedelsgranskning av apoteket och Miljöförvaltningen. Undersökningar med utgångspunkt i närståendes och brukares upplevelse av vården på Kampementet genomförs såväl internt som externt.

Under 2017 uppnådde verksamheten ett gott resultat i egenkontrollen när det gäller HSL-dokumentationen. När det gäller genomförandeplanerna så behövdes det förbättringsåtgärder vill verksamheten har arbetat med under året. Vi granskar alla journaler två gånger per år enligt Attendos granskningsmall för att säkra att alla uppgifter finns med.

Genomförandeplaner har skapats inom utsatt tid och kontaktmännen har haft kontinuerlig dialog med närstående. Sjuksköterska och sjukgymnast har upprättat riskbedömningar utifrån BMI, trycksår och fallrisk samt dokumenterat detta i vårdplaner.

På Kampementet har arbetet med de gemensamma värderingarna fortsatt under året. De två värderingscoacherna har varje vecka samlat personalen och man har diskuterat utifrån Attendos värdelek. Implementering av den nationella värdegrunden och arbetsmiljö har fortsatt under 2017 och kommer fortsätta även under 2018 då med fokus på att väva ihop nationell värdegrund med Attendos värderingar. Projektet med att skapa kunskap och samsyn kring äldreomsorgens nationella värdegrund sker genom grupparbeten månadsvis i samband med APT. Projektet dokumenteras och avstämning sker månadsvis på APT samt genom kvalitetssystem Attendo Add. Arbetet med arbetsmiljö har intensifierats med tanke på att Kampementet har fått dispens från arbetsmiljöverket att fortsatt driva verksamheten till 2018-01-02.

Det har upprättats riskbedömningar och utifrån det åtgärder som kontinuerligt följs upp för att ha säker och hälsosam arbetsmiljö.

Samverkan

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap 3 § p 3

Samverkan för att förebygga vårdskador

- Under året har arbetet fortsatt med att skapa bra samverkans forum och rutiner internt i verksamheterna.
- Regelbundna hälso- och sjukvårdsmöten har genomförts där chefer och legitimerad personal deltagit samt MAS deltar 2 gr per år.
- Möten med läkarorganisationen har genomförts

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I det nya avvikelssystemet Attendo ADD som togs i bruk i maj 2015 på Kampementet finns risikanalys som en del av händelserapport. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en risikanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. Verksamheten har utfört även riskanalyser t.ex. inför sommarplanering, vätskebrist relaterat till sommar värmen under sommaren hos de äldre etc. Riskanalys ingår även som en del av det nya kvalitetsledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Under året ändrades avvikelserapportering från pappers blanketter till ett datasystem. Ändringen skedde under maj-juli. Medarbetare rapporterar avvikelser och fallincidenter i datasystem Attendo ADD. Rapporteringsskyldigheten är välkänd för medarbetarna i samtliga verksamheter.

När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelserapport. 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 regionchefen och MAS involverats för utredning och beslut om ärendet ska anmälas vidare till IVO. MAS har en fortlöpande insyn och följer handläggningen av de avvikelser som rapporteras i Attendo ADD. Kampementets kvalitetsgrupp skickar in en månadsredovisning på sina avvikelser samt handläggning av dessa till Östermalms SDF MAS.

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 och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarligare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt delegation från vårdgivare. MAS informerar i dessa fall Vård och omsorgsnämnden.

Verksamhetschefen tillsammans med kvalitetsgruppen (eventuellt med sjuksköterska med enskilt ledningsuppdrag om det finns sådan) ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

Det har inte kommit ett klagomål till MAS kring hälso-och sjukvård.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

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

- Allvarliga klagomål som inkommer till Östermalms SDF MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse Ledning i verksamhet samordnar och samverkar kring utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Det har skett ett fortsatt utvecklingsarbete under året med att tydliggöra boendes och anhörigas rätt till delaktighet i vård och omvårdnad. Att skapa delaktighet för den enskilde i planering, vilka mål som sätts samt delaktighet i resultat skapar en delaktighet för den enskilde. Verksamheten har inbjudit närstående till regelbundna vårdplaneringsmöten under året. Verksamhetscheferna på båda enheter skickar ett veckobrev där det framkommer information kring aktiviteter, förändringar inom personalgruppen samt andra aktuella händelser i verksamheten. Brukarmatråd träffas 4 gr per år samt närståendeträffar för hela Kampementet sker två gånger per år. På demensenheten har genomförts närståendeträffar en gång i månaden.

Uppföljning av informationssäkerheten

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 Östermalms SDF MAS utreds av denne annars skickas ärendet till verksamhetschef för vidare utredning.
- Utredning av klagomål kan också vara en avvikelse Ledning i verksamhet samordnar och samverkar kring utredning.
- Klagomål kan föranleda granskning av verksamhet
- Antalet inkomna klagomål och synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Två gånger per termin deltar även MAS i dessa möten. På dessa möten avhandlas patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.
- Mätning av olika indikatorer sker fortlöpande och sammanfattas i bl.a. patientsäkerhetsberättelsen
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser

Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt
- Antalet läkemedelsavvikelser har ökat hos båda enheter i verksamheten. Antal fall och fall med skada har minskat
- Dokumentation i omvårdnadsjournalerna har förbättrats kvalitetsmässigt
- Ansvarsfördelning och rapportering i det dagliga arbetet har utvecklats fortlöpande
- Arbetet med att förebygga fallskador har givit synbart resultat. Enheterna har arbetat i multiprofessionella team.
- Läkemedelsavvikelse har ökat i antal
- Vård i livets slutskede har förbättrats utifrån de gällande krav som idag anges av Socialstyrelsen och som registreras och redovisas i Svenska Palliativregistret. Registrering i Svenska palliativregistret har minskat. Flera kvalitetsparametrar som registret innehåller har fått bättre genomslag i det dagliga arbetet.
- Delaktigheten för den enskilde och dennes närstående har minskat.

Resultatmått – Indikatorer för hälso- och sjukvård

Riskbedömningar trycksår

	2016	2017
Antal boende som erhållit riskbedömning för trycksår	96	96
Antal boende som hade risk att utveckla trycksår eller hade trycksår	12	16
Antal boende med risk eller sår som hade en upprättad vårdplan	12	16

I verksamheterna har ett fåtal trycksår uppstått vilket är mycket positivt. Arbetet med att förebygga trycksår uppvisar gott resultat.

Tablett och insulinbehandlad diabetes

Total 96 boendeplatser	2016	2017
Antal boende som behandlas med insulin	5	3
Antal boende som behandlas med tabletter	1	4
Summa	6	7

7 boende behandlas med tabletter eller insulin för diabetes inom verksamheten.

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.

Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

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

Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån det personcentrerade arbetssättet.

De flesta personer med demenssjukdom (drygt 90 %) drabbas någon gång under sin sjukdomstid av svåra psykiska symtom och beteendestörningar, BPSD- symtom. För att komma tillrätta med besvären krävs noggrann utredning av orsakerna till symtomen och därefter personcentrerade åtgärder. Ett bra hjälpmedel för detta är BPSD-registret (nationella kvalitetsregistret). Utbildning av administratörer i BPSD registret har påbörjats under 2014. Under 2015 gick sjukgymnasten, arbetsterapeuten samt plan 4 omvårdnadsansvariga sjuksköterska BPSD administratörsutbildningen. Under 2015 har 37 av 47 (1 boende har ej demensdiagnos) registreringar genomförts på alla brukare på demensenheten systemet. 37 boende på demensenheten har fått BPSD åtgärder ordinerade. Målsättningen bör vara att samtliga personer med dessa symtom ska utredas, registreras och få en personcentrerad vård. Om så sker kan en stor del av BPSD-symtomen lindras eller helt upphöra. Under 2016 utbildas fler sjuksköterskor till BPSD administratörer så att de kan delta i teamen kring BPSD symtom.

Riskbedömning nutrition och ätande

Totalt 96 platser	2016	2017
Antal boende som erhållit en riskbedömning för att upptäcka undernäring	98	98
Antal boende som bedömdes ha en undernäring eller risk att utveckla undernäring	90	94
Antal boende med undernäring eller risk för undernäring som hade en vårdplan med åtgärder	90	94

Antal undernärda boende har ökat från föregående år.

Måltidsstöd 2017

Måltidsstöd per enhet	demens 48 platser	soma 48 platser
Antal boende som klarar sin måltidssituation helt självständigt	32	40
Antal boende som behöver hjälp att skära maten men äter självständigt	2	2
Antal boende som behöver hjälp att skära maten och som även behöver stöd vid själva måltiden	5	1
Antal boende som behöver hjälp med allt inklusive matning	6	4

Nattfastemätning 2017-03-15

Enhet 96 boende	Antal boende med nattfasta >11 timmar	Antal boende som saknar dokumenterat åtgärd på omv. plan	Antal boende som erbjudits nattmål
demensenhet	6	0	41
somatisksenhet	5	0	44

Nattfastemätning 2017-09-30

Enhet 96 boende	Antal boende med nattfasta >11 timmar	Antal boende som saknar dokumenterat åtgärd på omv. plan	Antal boende som erbjudits nattmål
demensenhet	4	0	43
somatisksenhet	5	0	41

Riskbedömning för fallrisk sammantaget samtliga särskilda boenden

Totalt 96 platser	2016	2017
Antal boende som erhållit en riskbedömning för fallrisk	96	96
Antal boende som har en konstaterad fallrisk	85	91
Antal boende med fallrisk som har en upprättad vårdplan	85	91

Antalet boende med fallrisk har minskat något. För de med fallrisk har en vårdplan upprättats och uppföljts i högre utsträckning än 2016. Delaktigheten för den enskilde kring fallrisken har ökat från 2016.

Fallförebyggande arbete

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg. Individanpassade planer behöver vidareutvecklas framför allt gällandes toalettassistans och dess inverkan som fallförebyggande åtgärd.

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.

Rehabilitering – ADL status och rehabiliterings planer samtliga särskilda boenden

Totalt 96 platser	2016	2017
Antal boende som har upprättad/uppdaterad ADL status under det senaste året	96	96
Antal boende som har upprättad/uppdaterad rehabplan under det senaste året	96	96

Övergripande Mål för kommande år 2018

1. Fortsätta arbetet med att utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt med tydlig dokumentation i omvårdnadsjournalen

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg i syfte att skapa lugn och harmoni samt välbefinnande för den enskilde. Personcentrerade planer behöver vidareutvecklas ytterligare.

Det är av yttersta vikt att teamet runt fram för allt den demenssjuke boende kan skapa lugn och harmoni inom vårdenheten, en lugn vårdmiljö. Det är t.ex. viktigt att hitta meningsfulla aktiviteter som kan ge den enskilde större känsla av välbefinnande och hälsoupplevelse trots sjukdom och funktionshinder.

2. Personcentrerad omvårdnad och medverkan i BPSD register

Arbetet med att implementera personcentrerat arbetssätt (enligt Nationella riktlinjer för vård av personer med demens) ska fortsätta. Omvårdnadsdokumentationen ska vidareutvecklas utifrån den enskildes behov. Att i högre grad föreslå och pröva samt dokumentera omvårdnadsåtgärder som förstahandsalternativ i stället för att ge lugnande läkemedel.

3. Fortsätta att skapa bra arbetssätt i verksamheterna för att ytterligare öka delaktighet i vården för den enskilde samt dennes anhöriga.

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 börjat få genomslag i verksamheterna och arbetet kommer att fortsätta även år 2018. 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.

4. Senior alert

Registreringar av riskbedömningar i Senior alert uppnås resultat och 100 % av boende ska ha dokumenterade riskbedömning i systemet.

5. Minska antalet läkemedelsavvikelser

Minska antalet osignerade givna läkemedelsdoser med 75 % och antalet ej givna doser med

50 %.

6. Öka antalet registreringar i Svenska Palliativa registret:

Målvärde för år 2018 blir 90 % registreringar.