



## Uppföljning av hälso- och sjukvården på Rio 2012

Rio vård- och omsorgsboende består av 6 våningsplan, plan 3 till och med plan 8 med 16 boende på planen 4 till och med 8 uppdelade på varje plan i två gruppboende med 8 boende var. Plan 3 är ett korttidsboende med 9 platser. Verksamheten har två vårdinriktningar: demensvård (planen 4, 5) och somatisk vård (planen 3, 6, 7, 8). Attendo Care AB övertog driften av Rio 1 november 2009.

### Ansvar för uppföljningen och metod

Stadsdelsnämndens MAS<sup>1</sup> Lili Briese (LB) och MAR<sup>2</sup>Linnéa Svanström Leistedt (LSL) har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Rio under september, oktober och november 2012. Uppföljningen har omfattat granskning av berörda delar av ledningssystemet, intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal, fokusgrupp med sjuksköterskor, planerade och oplanerade besök på alla våningsplan, inventering av de boendes nutritionsstatus, skyddsåtgärder, trycksår och andra relevanta medicinska uppgifter, statistik om rapporterade avvikelser och genomförda riskbedömningar.

### Sammanfattande bedömning

I verksamheten arbetar all personal tillsammans för att ge de boende en god och säker vård och omsorg. Sjuksköterskorna arbetar aktivt för att förbättra nutritionen för boende i riskzonen för undernäring. De boende erbjuds energi- och proteintät specialkost och för 31 boende med risk för undernäring är 40 nutritionsåtgärder vidtagna. Sjuksköterskorna har även arbetat framgångsrikt med att minska antalet trycksår till 1 ytligt sår vid uppföljningen. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten deltar aktivt i tvärprofessionella team möten på varje våningsplan och fokuserar tillsammans med sjuksköterskan och omsorgspersonalen på det förebyggande arbetet med att förhindra undernäring, fallolyckor och trycksår hos de boende. Verksamheten har haft hygienrund med hygiensjuksköterska som också utbildat omsorgspersonalen i basala hygienrutiner. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten bevakar så att sängar, personlyftar och övriga hjälpmedel kontrolleras regelbundet av teknisk expert. Sjuksköterskorna dokumenterar all antibiotikabehandling för att minska onödig behandling och utveckling av resistenta bakterier.

### Förbättringsområden

1. Läkemedelshanteringen behöver säkras enligt den externa kvalitetsgranskningen 2012-11-20 och LB:s uppföljning i oktober. Ledningen behöver upprätta en åtgärdslista med datum för vidtagen åtgärd, namn på ansvarig och datum för uppföljning.
2. Omvårdnadsprocessens alla delar ska säkras för boende med urinkateter.
3. Omvårdnadsprocessens alla delar ska säkras för boende med skyddsåtgärder.
4. I verksamheten ska finnas rutiner för egenkontroll av omsorgspersonalens följsamhet av ordinationer om boendes mun- och tandvård.
5. Rutiner för kostregistrering gällande nattfastan behöver upprättas.

<sup>1</sup> Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska för Östermalms stadsdelsförvaltning.

<sup>2</sup> Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (följer upp rehabilitering, berörda medicintekniska produkter och tillsammans med respektive MAS fallprevention i stadsdelsförvaltningarna Kungsholmen, Norrmalm, Södermalm och Östermalm).

6. Rutin för regelbunden inspektion av fötter för boende med diabetes behöver upprättas.

LB följer upp ovan nämnda åtgärder 6/12-12 och vid första samverkansmötet 2013.

### **Ledning**

Ledningen består av 3 chefer, en samordnande verksamhetschef, en verksamhetschef för hälso- och sjukvården och planen 3, 4 och 5 och en verksamhetschef för planen 6, 7 och 8. Verksamheten har en egen MAS som samverkar med nämndens MAS.

### **Bemanning och ansvar**

#### Sjuksköterskor

Verksamheten har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar på året. Enligt ledningens bemanningslista från september 2012 finns det 3 nattsjuksköterskor (2,02 årsarbetare) som arbetar enligt ett rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de 89 boende och är också arbetsledare för omsorgspersonalen. Det finns 8 dagsjuksköterskor (6,82 årsarbetare) som arbetar dag- och kvällspass enligt schema alla dagar på året och de har också ett arbetsledande ansvar för omsorgspersonalens dagliga arbete förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Av de 8 dagsjuksköterskorna har 6 omvårdnadsansvaret för var sitt våningsplan med sammanlagt 16 boende utom på korttidsenheten plan 3 där det bor mellan 8-10 boende som mest. De övriga 2 dagsjuksköterskorna används för att bemanna så att 3-4 sjuksköterskor är i tjänst under dagtid varje dag och 5-6 sjuksköterskor vid rond dagar med läkaren. På vardagar förutom rond dagar är de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna även ansvariga för minst ett plan till med 16 boende förutom sjuksköterskan på korttidsenheten. Alla kvällar och helger dagtid tjänstgör 1 sjuksköterska per arbetspass med ansvar för alla boende (88-90). En av deltidstjänsterna på cirka 0,29 årsarbetare sjuksköterska är vakant men tillsätts med timvikarier medan rekrytering pågår.

#### Rehabiliteringspersonal

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetar alla vardagar mellan 8-16.30 och övriga tider är det tjänstgörande sjuksköterska som ansvarar utifrån sitt yrkesansvar. Det finns två arbetsterapeuter på 15 respektive 85 % och en sjukgymnast på 85 %. Bemanningen har utökats sedan föregående uppföljning och uppfyller nu kraven i avtalet.

### **Förebyggande hälso- och sjukvård**

Flera av de äldre som flyttar in på våra vård- och omsorgsboenden befinner sig enligt våra bedömningsinstrument inom riskzonen för undernäring, falltendens och trycksår. Därför arbetar hälso- och sjukvårdspersonalen med förebyggande åtgärder inom följande åtta områden: fallskadeprevention, kontinens- och inkontinensvård, läkarens genomgång av boendes hälsotillstånd, läkemedelsgenomgångar, munhälsa, nutrition, skyddsåtgärder, trycksårsprofilax och vaccinationer.

Vid inflyttning inom 14 dagar bedöms den boendes risknivåer för malnutrition<sup>3</sup>, trycksår<sup>4</sup> och falltendens<sup>5</sup> av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuten (rehabiliteringspersonalen). Utifrån bedömningsresultaten vidtas förebyggande- och/eller behandlande åtgärder vars effekter följs upp tillsammans med kontaktpersonen på team möten.

<sup>3</sup> MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

<sup>4</sup> Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår.

<sup>5</sup> DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

Riskbedömningar enligt ovan aktualiseras minst 1 gång per år samt vid behov.

### 1. Fallskadeprevention

Som utgångspunkt för det fallpreventiva arbetet finns sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av förflyttningsförmågan samt arbetsterapeutens ADL<sup>6</sup> status. Resultaten av dessa bedömningar analyseras och sammanfattas i en status och eventuellt vårdplan med diagnos, mål, åtgärder och uppföljningsdatum. Alla fallolyckor ska registreras som avvikelser av sjuksköterskorna i avvikelsemodulem VODOK och dokumenteras i journalen. Fallolyckorna analyseras gemensamt av sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen på team mötena och individuella åtgärder vidtas och följs upp. Fallolyckor tas även upp av respektive kvalitetsråd i den lokala avvikelshanteringen samt delges läkaren som överväger behovet av förnyad läkemedelsgenomgång.

### 2. Kontinens- och inkontinensvård

Vid inflyttning gör sjuksköterskan en bedömning om de boende behöver hjälp med toalettbesök eller har problem med läckage. Sjuksköterskan ansvarar för utredning och förskrivning av adekvata inkontinensskydd vid behov. Arbetsterapeuten kan prova ut och förskriva lämpliga hjälpmedel för toalettbesök och sjukgymnasten bedömer den boendes behov av hjälp vid förflyttning. Tre av de 8 dagsjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Enligt verksamhetens svar på LB:s frågeformulär hade 9 boende kvarliggande kateter i urinblåsan (KAD) i oktober -12. Det framkommer vid LB:s intervjuer med sjuksköterskorna att dokumentationen brister i ett flertal journaler vad gäller omvårdnadsprocessen (indikation, mål, åtgärder och uppföljning) för boende med KAD. Det ska också finnas en aktuell skriftlig läkarordination.

*Förbättringsområde:* Dokumentationen och vården av boende med KAD ska säkras.

*Åtgärd:* Omvårdnadsprocessen ska följas för samtliga boende med KAD. Indikation, mål, åtgärder samt datum för uppföljning ska vara dokumenterat i journalen. Det ska finnas en aktuell skriftlig läkarordination.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

### 3. Läkarens genomgång av boendes hälsotillstånd och vaccinationer

I läkarens uppdrag ingår att göra en genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd<sup>7</sup> minst en gång per tolv månadersperiod. I läkarens preventiva arbete ingår också att bedöma lämpligheten och ordinera kostnadsfria (landstingets betalningsansvar) vaccinationer gällande influensa och pneumokockinfektion varje höst för alla boende över 65 år som tackat ja. Vaccinationer beträffande pneumokockinfektion behöver endast upprepas efter c:a 6 år. Vaccinationerna kan utföras av sjuksköterskorna på boendet om de är formellt och reellt kompetenta och bedöms lämpliga av den ordinerande läkaren.

### 4. Läkemedelsgenomgångar

Läkaren ska genomföra en dokumenterad läkemedelsgenomgång<sup>8</sup> tillsammans med sjuksköterskan inom två månader efter de boendes inflyttning och därefter minst en gång årligen. En skriftlig överenskommelse mellan Stockholmsgeriatriken och stadsdelsnämndens

<sup>6</sup> Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

<sup>7</sup> Läkarnas uppdragsgivare har valt att definiera ordet hälsotillstånd i enlighet med Socialstyrelsens termbank 09-04-03 som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle.

<sup>8</sup> Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.

MAS har upprättats för strukturerade läkemedelsgenomgångar inklusive symtomskattning utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Överenskommelsen används regionalt i centrala Staden. Sjuksköterskorna medverkar alltid vid läkemedels- genomgångarna och dokumenterar i journalen att de genomförts. Enligt sjuksköterskorna har läkemedelsgenomgångar genomförts på samtliga boende det senaste året. Sjuksköterskan genomför provtagningar samt inhämtar viktiga uppgifter från den boendes kontaktman vid symtomskattningen som görs på alla boende före läkemedelsgenomgångarna.

#### 5. Munhälsa

Landstinget har upphandlat en vårdgivare som utför en munhälsobedömning kostnadsfritt årligen för varje boende som tackat ja till detta. I uppdraget ingår individuell rådgivning och handledning om den boendes behov av munvård för hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen samt upprättande av ett munvårdskort. Vid inflyttningen gör sjuksköterskan en bedömning om den boendes munstatus och förmåga att äta och svälja. Sjuksköterskan ansvarar också för att de boende årligen erbjuds och erhåller en munhälsobedömning enligt ovan samt ansvarar för att utfärda tandvårdsstödsintyg i landstingets dataprogram U-symfoni när de boende behöver nödvändig tandvård. Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna genomförs årliga bedömningar av munhälsan på alla boende som tackat ja. Men det finns inte rutiner för egenkontroll av omsorgspersonalens följsamhet av aktuella ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård.

*Förbättringsområde:* Verksamheten ska genomföra regelbundna egenkontroller av omsorgspersonalens följsamhet av ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård.

*Åtgärd:* Ledningen behöver upprätta en rutin om egenkontroll av ovan.

*Uppföljning:* LB följer upp åtgärden vid första samverkansmötet 2013.

#### 6. Nutrition

Under 2011 har förvaltningen (Kärstin Trotzigs ansvar) haft ett kost- och nutritionprojekt med dietist på bland annat Rio. Projektet omfattade bland annat ett flertal utbildningar i måltidsmiljö, livsmedelshygien och ät- och sväljsvårigheter. Enligt LB:s intervju med de 6 omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna 10 september -12 deltar 4 sjuksköterskor regelbundet vid de boendes måltider cirka 1-2 gånger per vecka. Vid måltiderna kan sjuksköterskan följa upp att de boende får den mat och det näringstillägg som sjuksköterskan ordinerat samt bedöma de boendes allmäntillstånd. De övriga 2 sjuksköterskorna följer upp de boendes nutrition genom viktmätningar och riskbedömningar. Enligt de lokala rutinerna ska alla boende vägas vid inflyttningen och sedan var tredje månad eller oftare vid behov. Sjuksköterskorna informerar läkaren om vilka boende som har ät- och sväljsvårigheter och läkaren skriver remiss till logoped<sup>9</sup> om behov föreligger.

Eftersom flertalet demenssjuka inte kan ge sitt samtycke till journalgranskning har LB genomfört en inventering av alla boendes nutritionstatus. De 6 omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna har redogjort skriftligen om sina riskbedömningar och åtgärder utifrån bedömningsresultaten. Av 77<sup>10</sup> bedömda boende visar resultaten att 31 är i riskzonen för undernäring och 8 bedöms som undernärda.

<sup>9</sup> I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av ät- och sväljningsstörningar.

<sup>10</sup>Boende på korttidsenheten är inte med i inventeringen då deras vistelsetid är begränsad. Dock bedöms deras nutritionstatus och nödvändiga åtgärder vidtas under vistelsen.

Enligt sjuksköterskorna finns 30 vårdplaner och 19 boende är ordinerade energi- och proteinberikad kost (E-kost), 12 erhåller konsistensanpassad kost och 9 får näringsdryck. Det är positivt att så pass många är ordinerade E-kost och sammanlagt är det 40 nutritionsåtgärder som är vidtagna vilket är bra. När LB frågar om omsorgspersonalens följsamhet av sjuksköterskornas ordinationer gällande de boendes nutritionsbehov eller andra hälso- och sjukvårdsordinationer framkommer att följsamheten är relativt god enligt sjuksköterskornas egenkontroll. Däremot har ingen kostregistrering beträffande nattfastan genomförts ännu under 2012.

*Förbättringsområde:* Verksamheten ska säkra att nattfastan inte blir för lång för boende.  
*Åtgärd:* Ledningen ska besluta om en rutin för regelbunden kostregistrering av nattfastan.  
*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

#### 7. Skyddsåtgärder

Vissa skyddsåtgärder såsom positioneringsbälte, grensele eller brickbord kan användas för att mobilisera och förbättra sittställningen hos en boende som haft en stroke eller har andra problem med bålstabiliteten. Sänggrindar eller rörelselarm kan användas för att skapa en trygghet för de boende. Vid LB:s uppföljning av 86 boende fanns följande skyddsåtgärder:

Sänggrindar för	26 boende
Grensele för	2 boende
Positioneringsbälte för	0 boende
Brickbord för	0 boende
Rörelselarm för	3 boende

Användandet av skyddsåtgärder måste alltid föregås av riskanalyser inklusive ställningstagande till alternativa åtgärder. Den boendes samtycke ska alltid beaktas när den legitimerade vårdpersonalen beslutar om skyddsåtgärden. Om den boende inte kan ge sitt samtycke måste den legitimerade vårdpersonalens beslut utgå från de riktlinjer och rutiner som ansvariga för verksamhetens ledningssystem<sup>11</sup> upprättat om skyddsåtgärder.

I förekommande fall med beslut om grensele har en av Rios sjuksköterskor granskat dokumentationen i berörda journaler efter godkännande av våningsplanets chef. LB har tagit del av resultatet av journalgranskningen som varit aidentifierat. Båda journalerna innehåller beslut och vårdplan om åtgärden grensele med indikation om förebyggande av fallolyckor från rullstol. I det ena fallet finns den boendes samtycke dokumenterat men i det andra fallet har teamet (omvårdnadsansvarig sjuksköterska, rehabiliterings- och omsorgspersonalen) tagit beslutet själva (16/10 -12) då den boende inte kunnat ge sitt samtycke på grund av nedsatt beslutsförmåga. I den ena journalen finns en dokumentation om uppföljning en månad efter beslutet (13/1-12) där det konstateras ett fortsatt behov av grensele i rullstol men ingen anteckning om den boendes synpunkter. Det saknas även dokumentation om beslut om fortsatta uppföljningar som borde genomföras så länge åtgärden pågår. I den andra journalen finns ännu ingen dokumentation om uppföljning. Även om beslutet tagits nyligen borde det finnas ett datum för den första uppföljningen som bör ske inom kort med hänsyn till att den boende inte själv kunnat ge sitt samtycke. Ansvariga i teamet måste då snarast försöka tolka den boendes kroppsspråk och avläsa om den boende verkar obekvämt med användningen av grenselen.

---

<sup>11</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Båda journalerna saknar dessutom en riskanalys och ett ställningstagande till alternativa åtgärder. Det finns inte heller någon tillgänglig instruktion för omsorgspersonalen om hur och när grenselen ska användas. I verksamhetens ledningssystem finns en skriftlig rutin från 10/1-12 om skyddsåtgärder som omfattar indikation, samtycke och uppföljning av beslutade åtgärder.

*Förbättringsområde:* Omvårdnadsprocessen för boende med skyddsåtgärder behöver säkras. *Åtgärder:* Dokumentationen ska innehålla alla delarna i omvårdnadsprocessen och en riskanalys med ställningstagande till alternativa åtgärder. Det ska finnas kontinuerliga anteckningar om uppföljning av den beslutade åtgärden inklusive den boendes synpunkter och upplevelse. Det ska även finnas en tillgänglig instruktion för omsorgspersonalen om hur och när skyddsåtgärden ska användas.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärder 6/12 -12 samt vid första samverkansmötet 2013.

### Trycksår

Parallellt med nutritionsarbetet arbetar sjuksköterskorna profylaktiskt med bedömningar av de boendes risk för att utveckla trycksår samt åtgärder och följer upp vid behov. Sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen strävar efter att de boende ska aktiveras optimalt och ha en god nutritionsstatus. Vid behov ordinerar sjuksköterskorna trycksårsförebyggande- eller behandlande madrass såväl som lägesförändringar. Rehabiliteringspersonalen arbetar preventivt med olika träningsmoment, lämpliga sittställningar och sittdynor. Vid LB:s inventering i oktober hade 1 boende av 86 trycksår, grad 1, vilket visar ett gott profylaktiskt arbete. Av de 86 boende hade 10 trycksårsförebyggande- och 5 behandlande madrass vilket sannolikt har bidragit till det låga antalet boende med trycksår.

### **Dokumentation**

I enlighet med Socialstyrelsens skrift om sekretess- och tystnadspliktsgränser<sup>12</sup> har uppföljarna av hälso- och sjukvården inte granskat några journaler då entreprenören inte kunnat överlämna aktuella samtycken från de boende angående granskning av deras journaler. Däremot har uppföljarna genomfört flera intervjuer med respektive personalkategorier, haft fokusgrupp, besökt alla våningsplan planerat och oplanerat och genomfört skriftliga inventeringar av relevanta områden. Uppföljarna har också granskat statistikuppgifter beträffande riskbedömningar av fallolyckor, undernäring och trycksår.

### Sjuksköterskornas och rehabiliteringspersonalens dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK, som är Stadens elektroniska journalprogram för hälso- och sjukvård. Av statistikgranskningen i oktober -12 framgår att det finns aktuella riskbedömningar för fallolyckor på samtliga boende 100 %, aktuella riskbedömningar gällande de boendes nutritionsstatus för 86 % samt aktuella riskbedömningar om trycksår för 91 %. Jämfört med förra årets uppföljning har det skett en liten försämring av aktuella bedömningar av de boendes nutritionsstatus. LB:s inventering i september av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskornas dokumentation om de boendes nutrition visade dock ett gott resultat gällande antal vårdplaner och ordinerade nutritionsåtgärder för de boende vars resultat visat på risk för undernäring. Verksamhetens skriftliga rutin för dokumentation har förbättrats sedan förra uppföljningen.

---

<sup>12</sup> ”Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården” Socialstyrelsen, februari 2012.

*Förbättringsområde:* Det ska finnas aktuella riskbedömningar om samtliga boendes nutrition.

*Åtgärd:* Sjuksköterskorna ska genomföra aktuella riskbedömningar på samtliga boendes nutrition i MNA instrumentet.

*Uppföljning:* LB följer upp ovanstående åtgärd vid första samverkansmötet 2013.

### **Fotsjukvård och boende med diabetes**

Läkaren ska utfärda remiss för de boende som behöver fotsjukvård till exempel boende med diabetes och som har sår eller början till sår, perifer neuropati eller förändringar som deformiteter med mera. Enligt avtalet ska verksamheten bekosta fotsjukvården om den boende har en läkarremiss. Vid uppföljningen var 3 boende med diabetes remitterade till fotsjukvård enligt sjuksköterskorna.

#### *Boende med diabetes*

Vid uppföljningen finns det 1 boende med insulinbehandlad diabetes och 2 som är tablettbehandlade. Vid LB:s granskning finns ingen skriftlig rutin eller praxis om hur ofta sjuksköterskorna ska inspektera fötterna på boende med diabetes. Vid samtal med verksamhetens läkare framkommer att läkaren gör individuella bedömningar om hur ofta kontroller av plasmaglukos och HbA1c<sup>13</sup> ska genomföras för varje boende med diabetes. Sjuksköterskorna ska regelbundet kontrollera de boendes allmäntillstånd och bedöma när extra mätningar av plasmaglukos behövs och kontakt med läkare tas. Inför läkemedelsgenomgångar ordinerar läkaren alltid kontroller av plasmaglukos.

*Förbättringsområde:* Kontroller av fötter gällande boende med diabetes ska säkras.

*Åtgärd:* Det ska finnas skriftliga rutiner för inspektion av fötter gällande boende med diabetes.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärd vid första samverkansmötet 2013.

### **Hygien**

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och därmed tillgång till vårdhygienisk kompetens. Sjuksköterskorna registrerar alla antibiotikabehandlingar av de boende i Vårdhygiens statistikmall vilket är mycket bra och kan bidra till en minskning av onödiga antibiotikabehandlingar och utveckling av resistenta bakterier. Hygienrond har genomförts 2011 och i slutet av augusti -12 genomfördes utbildningar för omsorgspersonalen i basala hygienrutiner på plats i verksamheten vilket är bra.

### **Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan**

#### Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överskottberättelse varje morgon, eftermiddag och kväll. På vardagar träffas alla dagsjuksköterskor även kl 8.15 förutom rapporteringen som alltid sker mellan natt- och dagsjuksköterskan som börjar klockan 07.00. Omsorgspersonalen överskottberättar till varandra vid samma tillfällen som sjuksköterskorna morgon, eftermiddag och kväll. Varje för- och eftermiddag träffas också sjuksköterskan tillsammans med omsorgspersonalen på respektive våningsplan för muntlig överskottberättelse. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

---

<sup>13</sup>HbA1c är ett "långtidsmått" på glukosnivån och den viktigaste biokemiska variabeln för att följa behandlingen av diabetes.

### Team möten och tvärprofessionell samverkan (teamarbete)

Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna har varje våningsplan tvärprofessionella team möten varje vecka då sjuksköterskan, omsorgs- och rehabiliteringspersonalen träffas och går igenom alla boendes resurser, risker och problem. All närvarande personal följer upp åtgärder som vidtagits för de boende och effekten av åtgärderna samt beslutar eventuellt om andra åtgärder för att bättre kunna uppfylla de boendes behov och önskemål inom vården och omsorgen.

*Förslag på utveckling:* På våningsplanen där personer med demenssjukdom bor kan det vara viktigt att ha en punkt på dagordningen om Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg om demenssjuka personer<sup>14</sup>.

### **Kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal**

Sjuksköterskorna har under 2011 genom stimulansmedlen (Kärstin Trotzigs ansvar) fått utbildning av dietist i ett strukturerat arbetssätt med de boendes nutrition genom olika checklistor samt en utbildningsdag med logoped i ät- och sväljsvårigheter. All personal inklusive hälso- och sjukvårdspersonal har under hösten 2011 fått utbildning i vård i livets slutskede. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna har tillsammans med kollegor från övriga äldreboenden på Östermalm fått utbildning i god läkemedelsbehandling av äldre<sup>15</sup> hösten 2012 (LB:s ansvar genom stimulansmedel).

### **Ledningssystem**

Det finns ett ledningssystem utifrån Socialstyrelsens (SOSFS 2011:9) föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningsgruppen är namngivna utifrån sina respektive ansvarsområden och kvalitetshjulet används för att schematiskt tydliggöra verksamhetens kvalitetsarbete. De olika områdena i kvalitetshjulet beskrivs med tillhörande verktyg och instrument till exempel området *Genomförande* vars verktyg bland annat är entreprenörens MAS riktlinjer och verksamhetens lokala rutiner. LB har 16/10-12 granskat rutiner för bland annat dokumentation, delegering, skyddsåtgärder, hur och när kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal ska ske, avvikelshantering och rutiner för regelbundna riskbedömningar av boendes falltendens, nutrition och trycksår.

### **Lokal avvikelshantering och egenkontroll**

I verksamheten finns det två kvalitetsråd som omfattar respektive 3 våningsplan och inriktning. I kvalitetsråden ingår kvalitetssamordnare, ett kvalitetsombud från varje plan, verksamhetschefen, sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen och de träffas en gång per månad. Varje kvalitetsråd går igenom föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål samt följer upp beslut om åtgärder från föregående möte. Även rutiner tas upp som kanske behöver revideras för att bli mer ändamålsenliga. Verksamheten har haft en Lex Maria anmälan i slutet av 2011 då tjänstgörande sjuksköterska missbedömt en boendes symtom. Den boende blev remitterad senare till akutsjukhus och opererades för emboli<sup>16</sup> i ena benet.

---

<sup>14</sup>Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 innehåller rekommendationer för både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

<sup>15</sup> Enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

<sup>16</sup> Emboli är ett sjukdomstillstånd när en blodpropp vandrar i blodkärlen tills den fastnar och orsakar en förträngning eller blockering.



### Statistik över rapporterade avvikelser

Sedan 1 mars 2011 har Östermalms entreprenörer inom äldreomsorgen enligt avtalen börjat rapportera avvikelser i Stadens gemensamma avvikelsemodul som tillhör VODOK. Avvikelsemodulen är ett registreringsverktyg och tillhör inte journalen.

### Rapporterade avvikelser enligt statistik i Sammanställningar 1/3 t o m 31/12 2011

Fallolyckor	Fallolyckor som lett till fraktur	Läkemedelshanteringen	Övrigt	Lex Maria
67	1	37	0	1

Det kan finnas en underrapportering av avvikelser i VODOK:s modul eftersom det är första året hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar i detta datasystem. Sjuksköterskorna som i första hand rapporterar måste också rapportera parallellt i Attendos eget avvikelssystem. Avvikelserna i läkemedelshanteringen handlar i de flesta fall om att omsorgspersonalen har glömt att signera överlämnandet av läkemedelsdoser eller glömt att överlämna de boendes läkemedel. De flesta fallolyckor brukar resultera i icke synliga skador, några med blåmärke och ömhet och några med sår. Antalet lårbensfrakturer har minskat eventuellt till följd av att fler boende idag använder höftskyddsbyxor.

### **Läkarinsatser**

Stockholmsgeriatriken ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt sedan 6 år med mycket god kontinuitet och sjuksköterskorna, de boende och anhöriga är nöjda med den operativa läkaren och dennes semestervikarie. Läkaren kommer en gång per vecka och kan nå övrig tid på telefon vardagar mellan 8-17. Kvällar, nätter och helger finns Stockholmsgeriatrikens jourläkare tillgängliga på telefon men kan också göra hembesök hos de boende vid behov. Ledningen på Rio har samverkansmöten med den operativa läkaren och dennes chef några gånger per år. Som representant för Östermalms stadsdelsnämnd deltar LB tillsammans med kollegor från centrala Staden i möten med Stockholmsgeriatrikens ledning ett par gånger per termin kring frågor av övergripande karaktär. LB har tillsammans med Stockholmsgeriatrikens ledning upprättat en lokal överenskommelse om ansvarsförhållanden mellan läkaren och sjuksköterskorna samt rehabiliteringspersonalen på Rio.

### **Läkemedelshantering**

Läkemedel är sjukvårdens viktigaste medicinska behandling och den mest omfattande för äldre. Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. Läkaren och sjuksköterskan uppmanar alltid de boende som kan ta ansvar för någon del av sin läkemedelshantering men de flesta behöver hjälp med all hantering. På Rio finns en sjuksköterskeexpedition på varje våningsplan och intill expeditionen finns ett separat läkemedelsrum där de boendes läkemedel i originalförpackningar förvaras i märkta separata boxar. Dessutom har varje boende ett litet läkemedelsskåp i sitt trinettkök där iordningställda doser förvaras tillsammans med signeringslistan. Sjuksköterskorna ansvarar för alla förråd av läkemedel och för att de boendes läkemedel alltid finns i tillräcklig mängd. Dosreceptet används som ordinationshandling när sjuksköterskorna iordningställer de boendes läkemedelsdoser.

### *Akut och buffertförråd*

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS<sup>17</sup>. Entreprenörens MAS utser sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och andra sjuksköterskor med ansvar för kontroller av förrådets narkotiska läkemedel.

Förrådet är ett komplement till receptförskrivna läkemedel och används vid akuta ordinationsändringar till alla boende. Det kan i vissa fall förhindra remittering till slutenvården och innebära minskat lidande för den boende och minskad kostnad för hälso- och sjukvården.

### *Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen*

Varje år beställer verksamheten en extern kvalitetsgranskning av farmaceut specialiserad inom området. Den senaste granskningen 2012-11-20 visade att den praktiska hanteringen av läkemedel fungerar men att det finns en del brister som måste åtgärdas direkt. På korttidsenheten behöver samverkan med externa vårdgivare förbättras för att säkra en aktuell läkemedelslista för nyinflyttad boende och sjuksköterskan måste snarast se till att den boende får träffa verksamhetens läkare vid dennes nästa besök för genomgång av läkemedelslistan och andra viktiga punkter.

Vid LB:s uppföljning saknas det en aktuell dokumentation om de sjuksköterskor som ansvarar för akut- och buffertförrådet och narkotikakontrollerna för akut- och buffertförrådet och för förråd med individuellt förskrivna narkotiska läkemedel.

*Förbättringsområden:* Läkemedelshanteringen behöver säkras enligt den externa kvalitetsgranskningen 2012-11-20 och LB:s uppföljning i oktober.

*Åtgärder:* Ledningen behöver upprätta en åtgärdslista med datum för vidtagen åtgärd, namn på ansvarig och datum för uppföljning.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan 6/12 -12 samt vid första samverkansmötet 2013.

### Delegering

Det finns skriftliga rutiner om delegering av medicinska uppgifter. Sjuksköterskan kan delegera till omsorgspersonalen att överlämna och övervaka intaget av iordningställda läkemedelsdoser till de boende. Vid delegeringsförfarandet ansvarar sjuksköterskorna för att utbilda, instruera, handleda och följa upp omsorgspersonalens kunskaper och kompetens. Vid stickprovskontroller var delegeringsbesluten aktuella. Hösten -11 utbildades all omsorgspersonal i läkemedel och äldre tillsammans med sina kollegor på övriga vård- och omsorgsboenden på Östermalm. (LB:s ansvar via stimulansmedel). All personal som genomgått utbildningen erhöll också en faktabok om läkemedel och äldre.

### **Medicintekniska produkter (MTP)**

Rutiner för hantering och skötsel samt produktinformation över arbetstekniska och individuella hjälpmedel finns tillgängliga för personalen. Inventarieförteckning över hjälpmedel finns för att säkra spårbarhet. Kontroll av sängar genomförs vartannat år och nästa kontroll sker i december 2012 av Sodexo enligt sjukgymnasten. Taklyftar kontrolleras varje år av Invacare och senast i november 2012. Övriga förflyttnings- och individuella hjälpmedel kontrolleras årligen av Sodexo och senast i november 2012.

---

<sup>17</sup> 18 d § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

### **Patientsäkerhetsberättelse**

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska varje vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars kommande år. Rios PSB innehåller en redogörelse om vilka områden verksamheten har arbetat med för att förbättra patientsäkerheten under 2011.

Verksamheten har framförallt arbetat med avvikelshantering med två kvalitetsgrupper i vilka samtliga yrkeskategorier är representerade och som sammanträder 1 gång per månad vars beslut protokollförs och redovisas för övriga medarbetare på arbetsplatsmötena. Genom egenkontrollen följs verksamhetens kvalitet upp en gång per år av bland annat entreprenörens MAS. I berättelsen framkommer också att verksamheten ska förbättra och utveckla sitt kvalitetsarbete under 2012 men det framgår inte tydligt hur detta arbete ska ske.

*Utvecklingsområde:* Att beskriva eventuella resultat av patientsäkerhetsarbetet och hur det ska utvecklas.

### **Rehabilitering**

Arbetsterapeut och sjukgymnast bedömer ADL- och funktionsförmåga samt behov av hjälpmedel. De deltar vid vårdplaneringar och upprättar rehabiliteringsplan vid behov, handleder personal kring den enskildes resurser och behov av stöd och hjälp och ansvarar för utbildning i till exempel förflyttningsteknik och hjälpmedelskunskap. Tillgång till lokal och utrustning för träning och behandling finns i verksamheten.

### **Vård i livets slutskede**

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska palliativregistret<sup>18</sup> vars syfte är att uppmärksamma väsentliga områden inom vården i livets slutskede utifrån ett trettiotal frågor som besvaras av sjuksköterskan efter att en boende avlidit. Hösten -11 utbildades alla personalkategorier om vård i livets slutskede. Det är läkaren som bedömer när en boende befinner sig i livets slutskede och som utifrån den boendes önskemål och behov beslutar om den fortsatta vården. Läkaren ansvarar för samtal med närstående. Avlidna förvaras i kylrummet på Rio.

---

<sup>18</sup> Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskan registrerar den sista veckans vårdarbete efter att en boende avlidit.