



## Uppföljning av hälso- och sjukvården på Kattrumpstullen 2012

Kattrumpstullen består av 5 våningsplan, plan 1 med 13 boende, plan 2 till och med plan 5 med 21boende på varje plan uppdelade i två gruppboenden med 8 + 13 boende var. Verksamheten har två vårdinriktningar: demensvård (planen 2, 3) och somatisk vård (planen 1, 4, 5). Stiftelsen Rödakorshemmet tog över driften av Kattrumpstullen 15 september 2008.

### 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 Kattrumpstullen under oktober, november och december 2012. Uppföljningen har omfattat granskning av tillämpliga delar av ledningssystemet och dokumentationen, intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal, planerade och oplanerade besök på alla våningsplan, inventering av de boendes nutritionsstatus, skyddsåtgärder och andra relevanta medicinska uppgifter, statistik om rapporterade avvikelser och genomförda riskbedömningar.

### Sammanfattande bedömning

Det har skett en mycket positiv utveckling av sjuksköterskornas bedömningar av de boendes risk för fallolyckor, trycksår och malnutrition. Jämfört med förra uppföljningen visar nuvarande uppföljning att det finns aktuella riskbedömningar för i stort sett alla boende gällande nutrition (95 %), trycksår (90 %) och falltendens (93 %). Upprättande av planer inom rehabiliteringsområdet har ökat jämfört med tidigare granskning av journaler. Verksamheten har utvecklat sitt kvalitetsarbete av vården och omsorgen genom de veckovisa tvärprofessionella team mötena då varje våningsplans berörd omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonal samverkar kring varje boendes behov och önskemål. Verksamheten har också utvecklat sin avvikelshantering genom att verksamhetschefen går igenom varje våningsplans händelser, åtgärder och förebyggande arbete tillsammans med berörd personal före de månatliga kvalitetsrådsmötena där verksamhetens samtliga händelser genomlyses. Samtliga möten protokollförs och redovisas på respektive arbetsplatsmöten.

### Förbättringsområden

1. Ledningen behöver upprätta en plan för kompetensutveckling inom inkontinensvård för de sjuksköterskor som saknar aktuella kunskaper.
2. Nattfasteregistrering bör genomföras i början av 2013 och en rutin om regelbundna mätningar av de boendes nattfasta bör upprättas.
3. Omvårdnadsprocessen<sup>3</sup> ska dokumenteras för alla boende med skyddsåtgärder.
4. Ledningen behöver upprätta en skriftlig rutin om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes.
5. Omsorgspersonalen behöver uppdatera sina kunskaper i basala hygienrutiner.

<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).

<sup>3</sup> Omvårdnadsprocessen är en arbetsmetod som sjuksköterskorna använder för att kvalitetssäkra sitt omvårdnadsarbete. Processarbetet omfattar i huvudsak: 1. Datainsamling för diagnos och mål, 2. Åtgärder 3. Uppföljning och utvärdering av omvårdnadsarbetet.

LB följer upp ovan åtgärder vid första samverkansmötet 2013.

### **Ledning**

Ledningen består av en verksamhetschef som också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL<sup>4</sup>, en biträdande verksamhetschef och en MAS.

### **Bemanning och ansvar**

#### Sjuksköterskor

Verksamheten har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor (2,16 årsarbetare) som arbetar enligt ett rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de 97 boende och är också arbetsledare för omsorgspersonalen. Det finns 9 dagsjuksköterskor (8,75 årsarbetare) som arbetar dag- och kvällspass enligt schema alla dagar på året och de har ett arbetsledande ansvar för omsorgspersonalens dagliga arbete förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

På 4 av de 5 våningsplanen där det bor 21 boende per plan arbetar 2 dagsjuksköterskor på varje våningsplan, sammanlagt 8 dagsjuksköterskor, med omvårdnadsansvaret för 11 respektive 10 boende var. På plan 1 har 1 sjuksköterska omvårdnadsansvaret för samtliga 13 boende. Det är minst 5 sjuksköterskor i tjänst på vardagar och mellan 5-6 sjuksköterskor de två dagar som läkaren är på plats. Alla kvällar och helger dagtid tjänstgör 1 sjuksköterska per arbetspass med ansvar för 97 boende. Vid LB:s uppföljning stämmer bemanningen av sjuksköterskor med avtalet enligt ledningens bemanningslista från december 2012.

#### Rehabiliteringspersonal (arbetsterapeut och sjukgymnast)

De 2 arbetsterapeuter och 1 sjukgymnast arbetar alla vardagar mellan 8-16.30 och övriga tider är det tjänstgörande sjuksköterskan som ansvarar utifrån sitt yrkesansvar. Det finns 1,00 sjukgymnast och 1,75 arbetsterapeuter vilket stämmer med ledningens bemanningslista från december 2012.

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

Följande nio områden är aktuella i det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet: fallskadeprevention, kontinens- och inkontinensvård, läkarens årliga genomgång av boendes hälsotillstånd och vaccinationer, läkemedelsgenomgångar, munhälsa, nutrition, skyddsåtgärder och trycksår.

#### Allmänt om fallskadeprevention, nutrition och trycksår

Sjuksköterskorna arbetar förebyggande tillsammans med rehabiliteringspersonalen för att minimera de boendes risker för fallolyckor, undernäring och trycksår och har huvudansvaret för att bedöma de boendes risknivåer för malnutrition<sup>5</sup>, trycksår<sup>6</sup> och falltendens<sup>7</sup> inom 14 dagar vid inflyttning samt minst en gång per år och oftare vid behov.

Utifrån resultatet av riskbedömningarna vidtar sjuksköterskorna och rehabiliterings-

---

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

<sup>5</sup> MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

<sup>6</sup> Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår.

<sup>7</sup> DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

personalen åtgärder för de boende vars risknivåer visat behov av förebyggande eller behandlande insatser samt följer upp effekten av de vidtagna åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen vid team mötena<sup>8</sup>. Sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen arbetar även hälsofrämjande och identifierar resursområden hos de boende och uppmuntrar och stödjer till exempel de boendes förmåga att kunna äta själva.

### 1. Fallskadeprevention

Som utgångspunkt för det fallpreventiva arbetet finns sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens ADL<sup>9</sup> status. Utifrån resultaten från nämnda bedömningar vidtar sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen lämpliga fallskadepreventiva åtgärder. Alla fallolyckor registreras som avvikelser av sjuksköterskorna i avvikelsemodulen VODOK och dokumenteras i journalen. Fallolyckorna analyseras gemensamt av sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen och individuella åtgärder vidtas och följs upp.

### 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 nio dagsjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Fler av dagsjuksköterskorna behöver kompetensutveckling i inkontinensvård för att förskriva rätt inkontinenshjälpmedel.

*Förbättringsområde:* Samtliga sjuksköterskor ska ha aktuella kunskaper om inkontinensvård.

*Åtgärder:* Ledningen behöver upprätta en plan för kompetensutveckling inom inkontinensvård för de sjuksköterskor som saknar aktuella kunskaper.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan nämnda 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>10</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 cirka 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>11</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>8</sup> Vid team möten deltar sjuksköterskan, kontaktmannen och rehabiliteringspersonalen.

<sup>9</sup> Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

<sup>10</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>11</sup> Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarsatser 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 läkemedelsgenomgångarna 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. Vårdgivarens uppdrag omfattar även individuell rådgivning om munvården samt utbildning och handledning till hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen gällande den dagliga munvården för varje boende. Vid inflyttningen gör sjuksköterskan en bedömning av de 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 dataprogrammet 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. För de boende som har nedsatt beslutsförmåga genomför sjuksköterskan ett presumtvt samtycke<sup>12</sup> och informerar närstående. Detta för att säkra att alla boende får tillgång till bedömning av sin munhälsa. Enligt sjuksköterskorna är omsorgspersonalen angelägna att följa munhälsobedömarnas ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård.

#### 6. Nutrition

LB har genomfört en inventering av alla boendes nutritionstatus. De 9 dagsjuksköterskorna med omvårdnadsansvar har redogjort skriftligen om sina riskbedömningar och åtgärder utifrån bedömningsresultaten. Av 95 (vid tillfället fanns 2 tomma platser) bedömda boende visar resultaten att 62 är i riskzonen för undernäring. Enligt sjuksköterskorna finns 60 vårdplaner upprättade med cirka 86 omvårdnadsåtgärder för att förbättra de boendes nutritionstatus. Tidigare ordinerades i stort sett alla boende vars bedömningsstatus låg nära undernärd energi- och proteintät kost. Men de boende ville oftast inte äta den maten utan istället ha likadan mat som grannen. Numer berikar omsorgspersonalen de boendes kost med grädde, smör och proteinpulver som accepteras mycket bättre. De boende som är i riskzonen för undernäring vägs minst varannan månad eller oftare. Vid inflyttning vägs alla boende och därefter var tredje månad eller oftare vid behov. I början av vistelsen observeras de boende under tre dygn med vätskelista och kalorimätning. Någon nattfasteregistrering har inte skett under 2012 vilket LB rekommenderar att verksamheten genomför i början av 2013. Sjuksköterskorna informerar läkaren om vilka boende som har ät- och sväljvårigheter och läkaren skriver remiss till logoped<sup>13</sup> om behov föreligger.

*Förbättringsområde:* Nattfasteregistrering har inte skett under 2012.

---

<sup>12</sup> Med presumtvt samtycke menas att den som ska vidta åtgärden förutsätter att den är förenlig med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck (SoS meddel. nr 2/2010).

<sup>13</sup> I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av ät- och sväljningsstörningar.

*Åtgärder:* Nattfasteregistrering bör genomföras i början av 2013 och en rutin om regelbundna mätningar av de boendes nattfasta bör upprättas.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan nämnda 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 fanns följande skyddsåtgärder:

Sänggrindar för	49 boende
Grensele för	0 boende
Positioneringsbälte för	1 boende
Brickbord för	2 boende
Rörelselarm för	29 boende

Det finns inte fullständig dokumentation för alla boende med skyddsåtgärder enligt sjuksköterskorna.

*Förbättringsområde:* Omvårdnadsprocessen ska dokumenteras för alla boende med skyddsåtgärder.

*Åtgärder:* Indikation, samtycke, åtgärder och uppföljningsdatum ska dokumenteras för samtliga boende med skyddsåtgärder. Riskanalys och ställningstagande till andra alternativ ska också dokumenteras.

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

#### 8. Trycksår

Parallellt med nutritionsarbetet arbetar sjuksköterskorna profylaktiskt med bedömningar av de boendes risk för att utveckla trycksår samt åtgärder och följer upp boende med trycksår eller risk för trycksår. Sjuksköterskorna strävar efter att de boende ska aktiveras optimalt och ha en god nutritionsstatus men kan vid behov ordinera trycksårsförebyggande- eller behandlande madrass såväl som lägesförändringar. Rehabiliteringspersonalen arbetar preventivt med olika träningsmoment, lämpliga sittställningar och sittdynor.

#### **Dokumentation**

LB och LSL har tillsammans granskat 25 journaler med samtycke av de boende. Då flertalet av boende med demenssjukdom inte kunnat ge sitt samtycke omfattas de inte av denna journalgranskning. Istället har LB genomfört flera intervjuer med respektive personalkategorier på planen för boende med demenssjukdom. LB har gjort planerade och oplanerade besök och intervjuer samt genomfört skriftliga inventeringar av till exempel nutritionsområdet och området beträffande skyddsåtgärder.

#### Sjuksköterskornas dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK, som är Stadens elektroniska journalprogram för hälso- och sjukvård. LB och LSL har gjort en statistikgranskning som även inkluderat boende med demenssjukdom då statistiken inte berör journalerna och därför inte innehåller namn eller personnummer. Av granskningen framgår att det finns aktuella riskbedömningar om nutrition för 95 %, om falltendens för 93 % och om trycksår för 90 % av de 97 boende vilket är en mycket positiv utveckling jämfört med förra uppföljningen 2011.

Det har skett en 23 % ökning för riskbedömningar om nutrition, 31 % ökning för riskbedömningar om trycksår och 20 % ökning för riskbedömningar om falltendens. Av LB:s journalgranskning framgår att samtliga sjuksköterskor vidtar åtgärder för boende med identifierade riskområden men i några journaler saknas dokumentation av uppföljningen gällande effekten av åtgärderna. LB har framfört det till ledningen och efter ledningens önskemål skickat ett skriftligt exempel till alla sjuksköterskor på omvårdnadsprocessens samtliga delar inklusive uppföljningen.

LB följer upp sjuksköterskornas arbete med omvårdnadsprocessen vid 2013 års uppföljning.

#### Rehabiliteringspersonalens dokumentation

Av LSL:s journalgranskning framgår att de boende får bedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast avseende funktions- och ADL- förmåga och hjälpmedelsbehov i samband med inflyttning. Bedömningarna följs upp och åtgärder genomförs vid behov. Planer inom rehabiliteringsområdet upprättas. Riskbedömningar för fallolyckor har genomförts av sjuksköterskorna. Planer för fallprevention har upprättats i större delen av de granskade journalerna.

#### **Fotsjukvård**

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 5 boende remitterade till fotsjukvård.

#### *Boende med diabetes*

Vid uppföljningen finns det 5 boende med insulinbehandlad diabetes. Vid LB:s granskning av rutiner finns ingen dokumentation om sjuksköterskans ansvar för att inspektera fötterna på boende med diabetes och hur ofta det bör ske. Kontroller av plasmaglukos och HbA1c<sup>14</sup> ordineras individuellt av ansvarig läkare.

*Förbättringsområde:* Det saknas skriftliga rutiner om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes.

*Åtgärder:* Ledningen behöver upprätta en skriftlig rutin om sjuksköterskans ansvar att inspektera fötter gällande boende med diabetes och hur ofta det bör ske.

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

#### **Hygien**

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och därmed tillgång till vårdhygienisk expertis. Sjuksköterskorna registrerar alla antibiotikabehandlingar av de boende i Vårdhygiens statistikmall vilket är bra och på sikt kan bidra till en minskning av onödiga antibiotikabehandlingar och resistenta bakterier. Hygienrond har genomförts i oktober 2011. Vid oanmälda besök på våningsplanen har LB och en dietist observerat att några av omsorgspersonalen inte följt de basala hygienrutinerna.

*Förbättringsområden:* Omsorgspersonalen behöver uppdatera sina kunskaper i basala hygienrutiner.

*Åtgärder:* Omsorgspersonalen bör genomgå Vårdhygiens utbildningar i basala hygienrutiner.

---

<sup>14</sup>HbA1c är ett "långtidsmått" på glukosnivån och den viktigaste biokemiska variabeln för att följa behandlingen av diabetes.

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

### **Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan**

#### Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överslagssamtal varje morgon, eftermiddag och kväll. Omsorgspersonalen överslagssamtalar också till varandra morgon, eftermiddag och kväll. På varje våningsplan träffas sjuksköterskan och omsorgspersonalen för rapportering varje morgon. Vid behov informerar sjuksköterskan omsorgspersonalen även eftermiddagar och kvällar. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

#### Team möten och tvärprofessionell samverkan samt ansvarsområden

Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna har varje våningsplan tvärprofessionella team möten en gång per 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. Verksamhetschefen träffar hälso- och sjukvårdspersonalen varannan vecka med fokus på viktiga frågor inom hälso- och sjukvården och varannan vecka träffas hälso- och sjukvårdspersonalen själva. Enligt verksamhetschefen finns det en dagordning och struktur för dessa möten och mötenas fokus är att säkra vården och omsorgen. Det finns ett skriftligt material som innehåller ansvarsområden för varje sjuksköterska till exempel kostfrågor, inkontinensskydd, profylaktiska och behandlande madrasser. Materialet är väl genomtänkt.

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

Alla sjuksköterskor har fått utbildning i dokumentation och bland annat hur de ska dokumentera sina ordinationer i PARASOL. Sjuksköterskorna har tillsammans med kollegor från övriga äldreboenden på Östermalm fått utbildning i god läkemedelsbehandling av äldre<sup>15</sup> hösten 2012. Alla sjuksköterskor som genomgått utbildningen får också en bok om läkemedel vars huvudsyfte är att stödja sjukvården i arbetet med att erbjuda en förbättrad läkemedelsanvändning för den enskilde och därmed en förbättrad livskvalitet, minskat behov av vård och omsorg men även minskade läkemedelskostnader. (LB:s ansvar genom stimulansmedel).

### **Ledningssystem**

Under 2011 har man upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 med tillämpliga lokala rutiner. Arbetet med att identifiera relevanta arbetsprocesser pågår liksom implementeringen av de uppdaterade rutinerna.

### **Lex Maria och avvikelshantering**

I verksamheten finns det ett kvalitetsråd som träffas en gång per månad för genomgång av förra månadens händelser, synpunkter och klagomål. Deltagare är verksamhetschefen, ett kvalitetsombud från varje våningsplan (en omsorgspersonal), rehabiliteringspersonal och minst en sjuksköterska. Kvalitetsrådets möte protokollförs och redovisas på nästkommande arbetsplatsmöte. Före varje kvalitetsråd har verksamhetschefen träffat sjuksköterskan och omsorgspersonalen på respektive plan för genomgång av månadens händelser, vidtagna åtgärder och förebyggande arbete med att förhindra upprepning av

---

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

händelserna. Även detta möte protokollförs enligt specifik mall. Verksamheten har inte haft någon Lex Maria anmälan senaste året.

#### 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
50	0	29	0	0

Avvikelserna i läkemedelshanteringen handlar i de flesta fall om att omsorgspersonalen har glömt att överlämna läkemedelsdoser eller glömt att signera överlämnandet av de boendes läkemedel. Sjuksköterskorna och verksamhetschefen menar dock att utbildningen av omsorgspersonalen i läkemedel och äldre hösten -11 (LB:s ansvar genom stimulansmedel) kan ha haft en positiv effekt och minskat antalet avvikelser inom läkemedelshanteringen. De flesta fallolyckor brukar resultera i icke synliga skador, några med blåmärke och ömhet och andra med sår. Att fler boende använder höftskyddsbyxor kan tillsammans med verksamhetens fallpreventiva arbete ha bidragit till att inga frakturer förekommit och rapporterats under ovanstående period.

#### **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 minst en gång per vecka och kan nå vardagar mellan 8-17 och kvällar, nätter och helger ansvarar Stockholmsgeriatrikens jourläkare. LB samverkar med Stockholmsgeriatrikens ledning och har upprättat ett gemensamt avtal om ansvarsförhållandena mellan läkaren och övrig hälso- och sjukvårdspersonal på Kattrumpstullen.

#### **Läkemedelshantering**

Läkemedel är sjukvårdens viktigaste behandlingsinstrument och är den mest omfattande medicinska behandlingen för äldre. Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshandling om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. Läkaren och sjuksköterskan uppmuntrar alltid de boende som kan ta ansvar för någon del av sin läkemedelshandling men de flesta behöver hjälp med all handtering. På Kattrumpstullen 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 från vilket 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>16</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. LB har informerats om namnen på de sjuksköterskor som ansvarar för akut- och buffertförrådet. Narkotiska läkemedel i förrådet kontrolleras 1 gång per månad av två sjuksköterskor som inte ansvarar för rekvisitionen till förrådet. Kontroller av de boendes individuellt förskrivna narkotiska läkemedel utförs en gång per månad av kollega på annat våningsplan enligt lokal rutin.

Under hösten 2011 hade verksamheten tillgång under 28 dagar till en specialiserad farmaceut som i ett projekt genomlyste hela läkemedelshanteringen (LB:s ansvar via stimulansmedel). Farmaceuten upprättade en strukturerad lista på förbättringsåtgärder för att kvalitetssäkra all hantering av läkemedel. Verksamhetschefen och sjuksköterskorna har genomfört flertalet av de rekommenderade förbättringsåtgärderna och var mycket positiva till farmaceutens arbete. Den årliga kvalitetsgranskningen av verksamhetens läkemedelshantering kommer att utföras av farmaceut 11/2 2013 vars protokoll LB får en kopia på.

#### Delegering

Det finns skriftliga lokala rutiner om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. 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 LB:s stickprovskontroll är delegeringsbesluten aktuella. Sjuksköterskorna använder ett system med månadsregister för att bevaka och kontrollera att delegeringsbesluten är aktuella.

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

Vid LSL:s uppföljning framkommer att det finns lokala skriftliga rutiner för hantering av hjälpmedel och inventarieförteckning över dessa. Ansvarsfördelning mellan arbetsterapeut och sjukgymnast avseende MTP finns beskrivet. Serviceavtal för inköpta MTP finns. Sjukgymnast och arbetsterapeut har tilldelats ansvar för kontakt med serviceföretag inför kontroller. Årlig inspektion av personlyftar genomförs och den senaste var i mars 2012. Vårdsängar har inspekterats i juli 2012. Lyftselar kontrollerades senast i november 2011. Personalens kompetens i användandet av hjälpmedel säkras förutom genom handledning och instruktioner också genom utbildning för lyftkörkort. Inför sommaren ges utbildning till sommarvikarier om lyft och förflyttningsteknik. Verksamheten planerar att utse hjälpmedelsansvariga på enheterna för att säkra grundläggande skötsel och funktionskontroller. Dessa får utbildning av arbetsterapeut och sjukgymnast. Egenkontroll av funktionskontroller ska utföras genom kontroll av signeringslistor över boendes personliga hjälpmedel.

#### **Patientsäkerhetsberättelse**

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska varje vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars kommande år. Katrumpstullens PSB har upprättats av verksamhetschefen. Den beskriver hur verksamheten har arbetat bland annat med avvikelser, synpunkter och klagomål i kvalitetsråd som protokollförs och delges medarbetare på arbetsplatsmöten.

---

<sup>16</sup> 18 d § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten är till exempel utbildning i läkemedelskunskap för omsorgspersonalen (via stimulansmedel), utbildning i SoL dokumentation, salutogent<sup>17</sup> förhållningssätt, bemötande och värdegrund. Berättelsen beskriver även egenkontroll av olika områden som genomförts till exempel hygien- och skyddsronnd. Enligt berättelsen har verksamhetens åtgärder för att öka patientsäkerheten resulterat i en ökad kunskap hos personalen om gällande lokala rutiner, ökad förståelse för verksamhetens uppdrag och ansvar för de boende och uppdragsgivarna. Berättelsen innehåller övergripande mål och strategier för 2012-2013. Till exempel avser verksamheten att utveckla arbetet med att förebygga vårdskador så att de boende ska känna ökad säkerhet och trygghet. För att uppnå detta mål ämnar verksamheten fortsätta att förbättra sitt systematiska kvalitetsarbete med processer och rutiner och uppföljning av inträffade händelser. Det saknas en konkret beskrivning av verksamhetens processarbete med inträffade händelser och åtgärder för att förhindra upprepning av dessa. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs i 7 kap. 2 § att PSB ska ha en sådan detaljeringsgrad att det framgår till exempel hur många avvikelser som utretts under föregående år enligt 3 kap. 3 § PSL inklusive klagomål och synpunkter.

*Utvecklingsområde:* LB rekommenderar ledningen att utveckla sin kommande patientsäkerhetsberättelse enligt ovan rekommendationer och följer upp den under 2013.

### **Rehabilitering**

Arbetsterapeut och sjukgymnast träffar alla nyinflyttade om möjligt första dagen för bedömning av förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov. Sjukgymnast och arbetsterapeut medverkar i vårdplaneringen för de boende efter inflyttningen. Kontakter med läkare sker direkt eller via sjuksköterska vid behov. Bedömningar av ADL enligt Sunnås ADL-Index<sup>18</sup>, genomförs i samband med inflyttning, följs upp vid behov och minst årligen. Insatser och funktionell träning kan erbjudas de boende individuellt eller i grupp. Viss utrustning för träning finns bland annat barr<sup>19</sup> för gångträning samt hantlar. Sittgymnastik dit utvalda personer hänvisas genomförs av aktivitetsansvarig.

### **Vård i livets slutskede**

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska palliativregistret<sup>20</sup>. Ett syfte med registret är att utifrån de trettiotal frågor som besvaras av sjuksköterskan uppmärksamma de områden som är väsentliga för vården i livets slutskede. Det finns även en uppdaterad lokal rutin om omhändertagande av avlidna. På Katrumpstullen finns ett kylrum i källarvåningen med 8 platser för avlidna. Enligt den lokala rutinen ansvarar sjuksköterskan för att förflyttningen till kylrummet sker på ett värdigt och säkert sätt.

---

<sup>17</sup> Salutogent förhållningssätt betonar hälsan, det friska hos individen.

<sup>18</sup> Sunnås ADL-index är ett instrument för bedömning av en individs funktioner i det dagliga livet.

<sup>19</sup> Barr=gångredskap.

<sup>20</sup> Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskan efter att en boende avlidit registrerar den sista veckans vårdarbete.