



Kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kampementet 2014

Kampementets vård- och omsorgsboende har totalt 96 lägenheter fördelade på 6 våningsplan med 16 lägenheter per plan indelade i 2 boendegrupper med respektive 8 boende. Verksamheten har två vårdinriktningar: vård av personer med demenssjukdom på planen 3, 4, och 5 och somatisk vård på planen 6, 7 och 8. Attendo Sverige AB ansvarar för driften av Kampementet sedan 1 december 2007.

Ansvar för uppföljningen och metod för genomförandet

Stadsdelsnämndens MAS¹ har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kampementet 2014. MAR² har ansvarat för uppföljningen av rehabiliteringen och berörda delar av medicintekniska produkterna. Uppföljningen har omfattat ett flertal tillfällen i april, maj och juni och inkluderat:

- granskning av verksamhetens ledningssystem, patientsäkerhetsberättelse
- fokusgrupp med sjuksköterskor
- granskning av bemanningslista april -14 för hälso- och sjukvårdspersonal
- ett flertal intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal och chefer
- ett flertal anmälda och oanmälda besök i verksamheten
- skriftlig inventering av samtliga boendes (utan personuppgifter) nutritionsstatus och sjuksköterskornas vidtagna åtgärder och ordinationer
- skriftlig inventering av samtliga ordinerade skyddsåtgärder (utan personuppgifter)
- ledningens och hälso- och sjukvårdspersonalens skriftliga svar på frågeformulär
- statistik om rapporterade avvikelser för 2013 och 2014 till och med maj
- statistik om uppdaterade bedömningar av de boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår (utan personuppgifter).

Sammanfattande bedömning

MAS bedömning är att ledningen inklusive den samordnande sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal bedriver en hälso- och sjukvård av god kvalitet med kompetent och engagerad hälso- och sjukvårdspersonal som samverkar på ett föredömligt sätt med omsorgspersonalen. Det finns flera goda exempel på kvalitetsarbete: Fördjupade läkemedelsgenomgångar där sjuksköterskorna och läkaren arbetar för att minska antalet läkemedel så att varje boende endast ska ha ordinationer för nödvändiga läkemedel, en kvalitetssäker och individuellt anpassad nutrition för varje boende, utveckling av en god och palliativ vård utifrån det nationella vårdprogrammet samt utveckling av ett professionellt anhörigstöd.

¹ Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska för Östermalms stadsdelsförvaltning.

² Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering i stadsdelsförvaltningarna Kungsholmen, Norrmalm, Södermalm och Östermalm.

Goda exempel

1. De senaste åren har verksamheten utvecklat vården och omsorgen för boende med demenssjukdom. Den samordnande sjuksköterskan, MG, fortsätter tillsammans med engagerade kollegor att implementera användningen av Abbey Pain Scale³ och Qualid instrumentet⁴ och i samverkan med läkaren arbeta enträget för att i möjligaste mån ta bort ordinationer av neuroleptika⁵, laxantia och blodtryckssänkande läkemedel för boende med demenssjukdom i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer.

Genom fördjupade läkemedelsgenomgångar för samtliga boende i verksamheten arbetar sjuksköterskorna och läkaren för att minska antalet läkemedel så att varje boende endast ska ha ordinationer för absolut nödvändiga läkemedel.

2. Verksamheten har kvalitetssäkrat sitt arbete med de boendes nutrition genom:
 - 2-4 granskningar av samtliga journaler per år av MG för att kontrollera att det finns vårdplaner som beskriver omvårdnadsprocessen⁶ för boende med nutritionsproblem
 - omsorgspersonalens kontinuerliga registreringar av kvälls- och nattmål för samtliga boende med demenssjukdom och ansvarig nattsjuksköterskas månatliga sammanställning av resultaten av nattfastan
 - omsorgspersonalens registreringar av övriga boendes kvälls- och nattmål två gånger årligen och ansvarig nattsjuksköterskas sammanställning av resultaten av nattfastan
 - sjuksköterskornas deltagande vid de boendes måltider för uppföljning av sina nutritionsordinationer
3. MG och kollegorna har under 2013 initierat ett förbättringsarbete som ska stödja omsorgspersonalens dokumentation. Ordlistor har utvecklats för att hjälpa omsorgspersonalen att dokumentera den sociala omsorgen mer tydligt och adekvat med respekt för den boendes integritet. Projektet fortsätter.
4. 2014 har följande rutin implementerats: Ansvarig sjuksköterska på samtliga våningsplan ansvarar för att vid 2 tillfällen per år samt vid nyanställning gå igenom med omsorgspersonalen vad de ska göra när en boende "sätter i halsen". Vid utbildningstillfället får personalen öva på Heimlichmanövern⁷.

³Abbey Pain Scale – en evidensbaserad skala för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal. (Skalan är inlagd i VODOK).

⁴Qualid är ett amerikanskt evidensbaserat instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Det har översatts och utvärderats av sjuksköterskan och fil.dr. Hanna Falk.

⁵Neuroleptika = läkemedel som används i första hand inom psykiatri.

⁶Metod som sjuksköterskor använder för att säkra vården: Datainsamling, målformulering, beslut om åtgärder samt uppföljning och utvärdering av genomförda åtgärder.

⁷Heimlichmanövern kallas det fysiska omhändertagandet med vars hjälp det är möjligt att få loss objekt som täppt till luftstrupen och därmed hindrar andning. Manövern är uppkallad efter Henry Heimlich.

5. För att kvalitetssäkra omsorgspersonalens kunskaper i förflyttningsteknik erbjuder rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeuten och fysioterapeuten) utbildningar i förflyttningsteknik varannan vecka vid fastställd tidpunkt.

Under 2014 har följande 3 projekt initierats genom skriftliga uppdrag med bland annat syfte, mål och tidsram:

1. Närstående till boende med demenssjukdom ska av omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjudas samtal och information om demenssjukdomen, dess förlopp och den palliativa vårdfilosofin som bygger på ett arbetssätt med de fyra hörnstenarna⁸. Målet med projektet är att ge den boende en god vård och omsorg i livets slutskede och undvika onödig remittering till sjukhus.
2. Detta projekt har till uppgift att inreda ett rum för samtal med närstående som i lugn och ro kan prata med och ställa frågor till personalen.
3. Det 3:e projektet ska möjliggöra för de boende och närstående att hålla kontakt med varandra trots stora avstånd via Skype genom att verksamheten tillhandhåller tekniska lösningar som surfplattor och trådlösa hörlurar.

Uppföljning av projekt 1 sker bland annat i Svenska Palliativ registret, journalgranskningar samt närståendesamtal. Uppföljning av projekt 2 och 3 sker via månatliga närståendeträffar, enkätundersökningar och samtal med boende och närstående.

Ledning

Ledningen består av en samordnande verksamhetschef, två verksamhetschefer som ansvarar för 3 våningsplan var varav en också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL⁹. Då verksamhetschefen enligt 29 § HSL har en bakgrund som fysioterapeut¹⁰ har hon uppdragit enligt 30 § HSL¹¹ åt sjuksköterskan MG (som också är samordnande sjuksköterska) att fullgöra vissa enskilda ledningsuppgifter. Totalt finns 2,5 årsarbetare med ledningsfunktion samt 10 % ledningsuppdrag av MG:s heldid.

Bemanning och ansvar

Sjuksköterskor

Verksamheten har sjuksköterskor på plats dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor som arbetar enligt ett schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de 96 boende och är också arbetsledare för omsorgspersonalen. Det finns 9 dagsjuksköterskor som arbetar dag- och kvällspass enligt schema året runt och de har även ett arbetsledande ansvar för omsorgspersonalen förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

⁸ De fyra hörnstenarna är Symtomkontroll, Anhörigstöd, Teamarbete samt Kommunikation och relation där specifik kunskap och kompetens måste finnas.

⁹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹⁰ Sveriges riksdag tog den 17 december 2013 beslut om att fysioterapeut blir ny skyddad titel för sjukgymnaster från 1 januari 2014.

¹¹ Enligt 30 § HSL får verksamhetschefen uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Av de 9 dagsjuksköterskorna har 6 omvårdnadsansvaret för 16 boende var på respektive våningsplan. Övriga 3 sjuksköterskor tjänstgör på olika våningsplan så att det alltid finns 5 sjuksköterskor i tjänst vardagar dagtid med ansvar för var sitt våningsplan varav 2 också delar på ansvaret för ytterligare ett våningsplan. En gång i veckan när läkaren är på plats tjänstgör 6 sjuksköterskor. Alla kvällar samt helger dagtid tjänstgör 2 sjuksköterskor per arbetspass med ansvar för 48 boende var på respektive 3 plan. Vid MAS uppföljning stämmer bemanningen av sjuksköterskor (10,25 årsarbetare) med avtalet enligt ledningens bemanningslista från april 2014.

Rehabiliteringspersonal

Arbetsterapeuten och fysioterapeuten arbetar alla vardagar 8-16.30 och ansvarar för att bedöma alla boende som flyttar in utifrån behovet av hjälpmedel och träning. Enligt avtalet ska det finnas 1,00 arbetsterapeut och 1,00 fysioterapeut vilket stämmer med MAS uppföljning av ledningens bemanningslista från april 2014.

Befattning	Antal individer	Årsarbetare
Nattsjuksköterskor	3	1,97
Dagsjuksköterskor	9	8,28
Arbetsterapeut	1	1,00
Fysioterapeut	1	1,00

Förebyggande hälso- och sjukvård och vårdprevention

Följande **9 områden** är aktuella i det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet: nutrition, fallolyckor, trycksår, munhälsobedömning, hygien, kontinens-inkontinensvård, läkarens hälsobedömning, läkemedelsgenomgångar och vaccinationer.

Den vårdpreventiva processen omfattar riskbedömningar, vidtagna åtgärder och uppföljningar för boende som bedöms riskera att

- falla
- få trycksår
- minska i vikt
- få försämrad munhälsa
- drabbas av blås- och/eller tarmdysfunktion.

Nutrition, fallolyckor och trycksår

Andel uppdaterade riskbedömningar för nutrition, fallolyckor och trycksår

Årtal	Nutrition	Fallolyckor	Trycksår
2012	100 %	100 %	100 %
2013	100 %	100 %	100 %
2014	100 %	100 %	100 %

MAS granskning i juni -14 av statistik i VODOK¹² visar att det finns uppdaterade¹³ bedömningar av samtliga boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår. Sjuksköterskorna har huvudansvaret för att bedöma med standardiserade instrument de boendes risknivåer för malnutrition¹⁴, trycksår¹⁵ och falltendens¹⁶ inom 14 dagar vid inflyttning samt minst en gång per år och oftare vid behov. Sjuksköterskorna har arbetat förebyggande tillsammans med rehabiliterings- och omsorgspersonalen för att minimera de boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår. Utifrån resultaten av riskbedömningarna har sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen vidtagit individuellt anpassade åtgärder för de boende och följt upp effekten av åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen vid team mötena.

Nutrition

Specifika åtgärder som vidtagits för att förbättra de boendes nutritionstatus
 MAS skriftliga inventering i april -14 av sjuksköterskornas riskbedömningar av de boendes nutrition visade att 54 boendes resultat låg inom riskzonen för malnutrition varav 13 boendes resultat indikerade undernäring. Sjuksköterskorna har upprättat vårdplaner för samtliga 54 boende och vidtagit samt ordinerat 52 nutritionsåtgärder för boende med nutritionsproblem. Två av de 54 boende som erbjudits näringstillägg har tackat nej. Nutritionsåtgärderna inkluderar omsorgspersonalens egentillverkade näringsdrycker och mellanmål för 44 boende, timbal⁻¹⁷ och annan konsistensanpassad kost för 8 boende. Enligt sjuksköterskorna har majoriteten av de boende som är i riskzonen för nutritionsproblem ändå god aptit och kan äta normalkost.

Årtal	Antal boende inom intervallet undernärd	Antal boende inom intervallet i riskzonen	Antal vårdplaner	Antal nutritions-åtgärder
2012	17	46	63	73
2013	8	40	49	56
2014	13	41	54	52

Sjuksköterskorna har bedömt de boendes munstatus vid inflyttning och ordinerat konsistensanpassad kost för de boende som har tugg- och sväljsvårigheter. Vid mer uttalade ät- och sväljsvårigheter har läkaren skriva remiss till logoped¹⁸. Samtliga boende med behov har fått individuellt anpassade hjälpmedel och utprovad sittställning av rehabiliteringspersonalen. Alla boende har erhållit en årlig läkemedelsgenomgång vid vilken hänsyn även tagits till eventuell biverkan som illamående och minskad aptit.

¹² Statistiken i VODOK tas fram utan personuppgifter.

¹³ Uppdaterade = Samtliga riskbedömningar får inte vara äldre än 1 år.

¹⁴ MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

¹⁵ Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår.

¹⁶ DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

¹⁷ Konsistensanpassningen är sufflé-/timbalkost som bygger på finpasserade puréer, som inte innehåller några fasta bitar.

¹⁸ I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av sväljningsstörningar.

På plan 5 har omsorgspersonalen börjat äta frukost tillsammans med de boende. Det har haft en positiv effekt på de boendes aptit och bidragit till en lugn och trivsamt morgonmiljö som smittat av sig på resten av dagen. Om resultaten fortsättningsvis är positiva kommer sannolikt den här rutinen att införas på de andra planen där boende med demenssjukdom bor.

Sjuksköterskornas uppföljning av sina nutritionsordinationer

Sjuksköterskorna följer regelbundet upp de boendes viktutveckling och nutritionsstatus. De boendes vikt mäts vid inflyttning och därefter 1 gång per månad eller oftare vid behov på planen med demenssjuka och 1 gång per kvartal eller oftare på övriga plan. Sjuksköterskorna deltar så gott som dagligen vid de boendes måltider för att få en samlad bild av de boendes allmäntillstånd, ät- och sväljförmåga, sittställning och hjälpmedel. Samtidigt kan sjuksköterskorna följa upp omsorgspersonalens följsamhet av sjuksköterskornas nutritionsordinationer och ge handledning i nutritionsarbetet. Sjuksköterskornas deltagande vid de boendes måltider enligt ovan är ett gott exempel på kvalitetssäkring av de boendes nutrition.

Den samordnande sjuksköterskan MG har ett övergripande nutritionsansvar och följer upp 2-4 gånger per år i samtliga journaler att det finns planer med diagnos, mål, åtgärder och datum för uppföljning för de boende som är undernärda eller i riskzonen. Detta är ett gott exempel på egenkontroll.

Registrering av de boendes nattfasta

För att säkra att nattfastan inte överstiger 11 timmar för de boende registrerar omsorgspersonalen varje kväll och natt på planen 3, 4 och 5, där boende med demenssjukdom bor, på specifik blankett tidpunkten för samtliga boendes kvälls- och nattmål. Ansvarig nattsjuksköterska sammanställer och dokumenterar resultaten av nattfastan i respektive boendes journal 1 gång per månad. För övriga boende som inte har demenssjukdom på planen 6, 7 och 8 mäts nattfastan 2 gånger per år enligt ovan nämnda metod och resultaten dokumenteras i respektive boendes journal av ansvarig nattsjuksköterska. Respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar åtgärder för de boende vars nattfasta överstiger 11 timmar. Ovanstående mätningar av de boendes nattfasta är ett gott exempel på kvalitetssäkring av de boendes nutrition.

Fallolyckor

Specifika åtgärder som vidtagits för att minska de boendes risker för fallolyckor

Det fallpreventiva arbetet utgår från sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, fysioterapeutens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens bedömning av de boendes ADL¹⁹ status. Utifrån resultaten av dessa bedömningar vidtar sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen individuellt anpassade fallskadepreventiva åtgärder till exempel en näringsrik kost, läkemedelsgenomgång och hjälpmedel. Vid inflyttningen har sjuksköterskorna bedömt samtliga boendes behov av kost och näring samt vidtagit nutritionsåtgärder för boende med nutritionsproblem.

¹⁹ Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

Läkaren har tillsammans med sjuksköterskorna genomfört läkemedelsgenomgång för alla boende med syftet att bland annat undvika läkemedel som kan öka fallrisken. Sjuksköterskorna har också ordinerat lågpositionssäng eller sänggrindar för att minska de boendes risk för fallolyckor. Rehabiliteringspersonalen har förskrivit hjälpmedel för säkrare förflyttning och ordinerat balans- och gångträning både i grupp och individuellt. Vid uppföljningen framkommer att 19 boende använder höftskyddsbyxor som kan minska risken för höftfraktur för boende med hög fallrisk. Fallprevention diskuteras varannan vecka på team mötena på respektive våningsplan och varje fallolycka bedöms och åtgärdas samt dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen. Effekten av åtgärderna följs upp vid nästa team möte.

Risker för trycksår och trycksårsprofylaktiska åtgärder som vidtagits

Trycksår är en komplikation som uppstår i samband med sjukdom, vård och behandling. Riskfaktorer för trycksår är tiden som trycket pågår, hur hårt trycket är, vilken kroppsdel som utsätts för trycket, skjuv²⁰, friktion, fukt och värme. Dåligt näringsstatus kan öka risken för trycksår liksom immobilitet. Sjuksköterskorna har därför säkerställt de boendes nutritionsbehov och rehabiliteringspersonalen de boendes behov av aktivering. Sjuksköterskorna har bedömt samtliga boendes risk för trycksår och ordinerat trycksårsförebyggande eller behandlande madrass för boende som riskerar utveckla eller har trycksår. Lämpliga sittdynor och adekvata hjälpmedel har ordinerats av rehabiliteringspersonalen. Vid uppföljningen har 5 boende trycksår varav:

- 3 trycksår tillhör kategori 1
- 1 trycksår tillhör kategori 2
- 1 trycksår tillhör kategori 4

Årtal	Trycksår som funnits vid inflyttningen	Trycksår som uppstått i verksamheten	Antal boende med förebyggande madrass	Antal boende med behandlande madrass	Antal boende som är rullstolsburna
2014	4	1	48	18	52

Tidigare har statistiken inte innehållit kategorisering av trycksåren eller redovisat antal trycksår som funnits vid inflyttningen alternativt uppstått i verksamheten.

Årtal	Trycksår	Förebygg. madrass	Beh. madrass	Rullstolsburna
2012	10	29	14	45
2013	2	53	12	32

Sjuksköterskorna har med åren ordinerat fler trycksårsförebyggande madrasser vilket sannolikt medfört positiva resultat för det profylaktiska arbetet. Boende med trycksår har ofta utvecklat dem före inflyttningen till det särskilda boendet för äldre.

²⁰ Skjuv: När olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra till exempel när personen glider ned i stol/rullstol och cirkulationen kan strypas på grund av skjuvkrafterna tillsammans med trycket.

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och sjuksköterskorna registrerar sedan flera år de boendes infektioner och antibiotikabehandlingar i Vårdhygiens mall vilket är mycket bra. Den årliga statistiken från Vårdhygien visar både siffror från den egna verksamheten men också från resterande medverkande äldreboenden i länet. Denna jämförande statistik har visat sig bidra till att öka motivationen hos omsorgspersonalen att följa de basala hygienrutinerna men också få hälso- och sjukvårdspersonalen att optimera sina ansträngningar för att förebygga infektioner för de boende. Det kan på sikt minska antalet vårdrelaterade infektioner hos de boende och därmed färre antibiotikakurer och mindre risk för utveckling av resistent bakterier. Hygiensjuksköterskan från Vårdhygien har i juni 2014 uppdaterat omsorgspersonalen i basala hygienrutiner. Dessutom kontrolleras omsorgspersonalens kunskaper i hygien halvårsvis i den lokala egenkontrollen av utsedd sjuksköterska. Vårdhygiens material används vid undervisningen liksom det skriftliga kunskapstestet utan kryssfrågor.

Kontinens- och inkontinensvård

Vid inflyttningen bedömer sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen den boendes behov av stöd och hjälpmedel vid toalettbesök inklusive förflyttningshjälpmedel. Sjuksköterskan bedömer också om den boende har problem med blås- och/eller tarmfunktionen och ansvarar för att den boende blir utredd och vid behov får individuellt förskrivna inkontinensskydd.²¹

Antal boende med:

Årtal	Inkontinensproblem	Inkontinensskydd	Urinkateter
2012	Ingen uppgift	Ingen uppgift	5
2013	70	70	7
2014	87	87	3

I verksamheten finns en förtryckt mall för en standardvårdplan som ska säkra sjuksköterskans dokumentation och arbete med de boendes inkontinensproblem. Det finns också en mall för en standardiserad vårdplan med rubrikerna indikation, mål, åtgärder och datum för uppföljning vad gäller boende med urinkateter.

Läkarens ansvar och förebyggande hälso- och sjukvård

StockholmsGeriatriken ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt sedan 8 år med god kontinuitet och sjuksköterskorna, de boende och närstående är nöjda med läkaren och jourläkarna. Läkaren kommer enligt avtalad tid varje vecka men kan alltid nå vardagar på telefon klockan 8-17 samt göra hembesök om behov föreligger. Jourläkarna ansvarar för läkarinsatserna under övrig tid på dygnet och kan göra hembesök vid behov. Förutom sitt sedvanliga läkaransvar ingår i läkarens uppdrag att göra en årlig genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd²² och läkemedel²³ tillsammans med

²¹ www.nikola.nu NIKOLA är ett nationellt nätverk som administreras av Hjälpmedelsinstitutet. NIKOLA är en oberoende resurs för bättre inkontinensbehandling.

²² 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.

²³ Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.

sjuksköterskorna. Den första läkemedelsgenomgången ska ske inom två månader efter den boendes inflyttning. MAS har upprättat en överenskommelse med StockholmsGeriatiken och Proffice Läkarleasing AB om systematiska läkemedelsgenomgångar utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Enligt sjuksköterskorna har samtliga boende fått en läkemedelsgenomgång senaste året enligt en upprättad lista.

Varje höst erbjuder landstinget alla personer över 65 år inklusive boende på äldreboenden kostnadsfria vaccinationer mot influensa och pneumokockinfektion²⁴. Utifrån varje boendes medgivande och allmäntillstånd gör läkaren en bedömning om vaccination är lämpligt. Sjuksköterskan utför vaccinationen i enlighet med läkarens ordination.

MAS och StockholmsGeriatiken har upprättat en lokal överenskommelse om ansvarsförhållandena mellan läkaren och hälso- och sjukvårdspersonalen på Kampementet. Ledningen på Kampementet har årliga möten med läkaren och dennes chef.

Munhälsobedömning

Landstinget erbjuder årligen varje boende på vård- och omsorgsboenden en kostnadsfri munhälsobedömning genom en upphandlad vårdgivare. Vårdgivarens uppdrag omfattar även individuell rådgivning om de boendes munvård samt utbildning och handledning för hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen om den dagliga munvården för de boende. Sjuksköterskan ansvarar för att de boende skriftligen erbjuds en munhälsobedömning årligen och ser till att bedömningen utförs på de boende som tackat ja. Sjuksköterskan utfärdar tandvårdsstödsintyg i dataprogrammet U-symfoni när de boende behöver nödvändig tandvård. Enligt sjuksköterskorna har samtliga boende som tackat ja erhållit en munhälsobedömning senaste året.

Munstatus

Sjuksköterskan riskbedömer den boendes munstatus inklusive tugg- och sväljförmåga vid inflyttningen och inspekterar munhålan vad gäller tänder, tandkött och tunga. Sjuksköterskorna har inte börjat använda riskbedömningsinstrumentet ROAG²⁵, som ska införas i alla vård- och omsorgsboenden på Östermalm hösten 2014. Enligt sjuksköterskorna är samtliga boendes munstatus bedömd. Enligt entreprenörens MAS journalgranskning i februari -14, utifrån 10 slumpmässigt utvalda journaler från samtliga plan, fanns komplett dokumentation av sjuksköterskornas bedömning av de boendes nutrition och aktuellt status där sökordet nutrition inklusive munstatus ingår.

Utvecklingsområde: Samtliga sjuksköterskor ska börja använda ROAG hösten -14.
Uppföljning av MAS 2015.

²⁴ Vaccination beträffande pneumokockinfektion behöver endast upprepas efter cirka 6 år.

²⁵ ROAG = Revised Oral Assessment Guide som är enligt vetenskapliga studier/upsatser ett tillförlitligt bedömningsinstrument av munhälsa/munstatus med syfte att identifiera och minska patienters munhälsoproblem. Källa: University of Nebraska Medical Center and Oncology Nursing Forum.

Skyddsåtgärder

Många boende behöver en hög grad av vård och omsorg. Vid behov behövs ibland individuellt förskrivna hjälpmedel som åtgärder för att skydda den boende från till exempel fallolyckor. Några boende kan behöva positionerande hjälpmedel vid balansproblem eller problem med bålstabiliteten. Vid uppföljningen var följande skyddsåtgärder ordinerade för antal boende:

Årtal	Sänggrind	Grensele	Positioneringsbälte	Rörelselarm	Brickbord
2012	51	0	0	26	0
2013	34	0	0	28	0
2014	42	0	0	31	1

Avvikelsehantering och Lex Maria

I verksamheten finns det två kvalitetsgrupper som omfattar respektive 3 våningsplan och inriktning. I vardera kvalitetsgruppen ingår två kvalitetsombud (undersköterskor) varav en även är kvalitetssamordnare och sammankallande till mötena samt leder dessa. Övriga deltagare är verksamhetschefen, sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen. Varje kvalitetsgrupp träffas en gång per månad och går igenom föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål samt följer upp beslut om åtgärder från föregående möte och genomförda riskbedömningar. Även rutiner tas upp som kanske behöver revideras för att bli mer ändamålsenliga. Mötesprotokoll förs.

I verksamheten finns också en övergripande kvalitetsgrupp där de båda kvalitets-samordnarna, verksamhetscheferna, samordnande verksamhetschef och sjuksköterskorna ingår samt rehabiliteringspersonalen. I denna kvalitetsgrupp diskuteras avvikelser som är avidentifierade men viktiga för alla att känna till och lära av. Gruppen diskuterar även begreppet kvalitet och vad det innebär i det dagliga arbetet, frågeställningar om bemötande av de boende, av arbetskamraterna och chefen. Övergripande frågor om arbetsmiljön finns också på agendan. Mötesprotokoll förs.

Resultaten från den övergripande kvalitetsgruppen redovisas för alla medarbetare på arbetsplatsträffar och hälso- och sjukvårdsmöten. Resultaten från de två enhetsspecifika kvalitetsgrupperna redovisas för berörda medarbetare vid de dagliga rapporteringstillfällena på respektive våningsplan. MAS har deltagit i den övergripande kvalitetsgruppens möte i mars vid uppföljningen 2013.

MAS har granskat verksamhetens statistik av avvikelser för 2013 och till och med maj 2014. Den vanligaste avvikelsen inom läkemedelshanteringen har varit omsorgspersonalens uteblivna signeringar av överlämnade läkemedel till de boende. Genom sjuksköterskornas enträgna arbete med att förbättra omsorgspersonalens rutiner för signeringar har antalet uteblivna signeringar minskat rejält under 2014. Övriga avvikelser har varit uteblivna doser av läkemedel och enstaka felmedicinering. Fallolyckor har rapporterats oavsett om de boende skadat sig eller inte vilket är bra. Under 2013 remitterades 6 boende till sjukhus för vidare utredning efter en fallolycka. Ingen Lex Maria anmälan finns för 2013 eller till och med maj 2014.

Utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering av avvikelser ansvarar de två kvalitetssamordnarna för registrering av avvikelserna i avvikelseprogrammet. Denna tvärprofessionella samverkan främjar sannolikt de olika yrkeskategoriernas gemensamma syn på vikten av att uppmärksamma och rapportera avvikelser.

Diabetesvård

Enligt MG har samtliga boende med diabetes individuella läkarordinationer för behandling av sin diabetessjukdom. Sjuksköterskorna ansvarar för att påminna läkaren om att uppdatera ordinationerna för boende med diabetes. Enligt den lokala rutinen ska sjuksköterskorna också bedöma fotstatus 1 gång per månad eller oftare vid behov på boende med diabetes eller andra sjukdomar som kan påverka blodcirkulationen perifert.

Fotsjukvård

Läkaren ska utfärda remiss för de boende som behöver fotsjukvård till exempel boende med diabetes med befintliga eller begynnande fotproblem eller boende med cirkulationsrubbningar som har orsakat eller riskerar att orsaka sår på foten. Övriga målgrupper berättigade till fotsjukvård finns dokumenterat på

<http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Vardomraden/Vardval-Stockholm/Fotsjukvard/dokument/Fotsjukvard---forfragningsunderlag-2014>²⁶

Antal boende med diabetes och fotsjukvård:

Årtal	Insulinbeh.diab.	Tabl.beh.diab.	Kostbeh.diab.	Fotsjukvård
2012	3	1	0	5
2013	2	2	3	7
2014	4	3	4	5

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK som är Stadens elektroniska journal för hälso- och sjukvård. MAS har tagit del av entreprenörens MAS journalgranskning av sjuksköterskornas, arbets- och fysioterapeutens dokumentation. Sammanlagt är 10 slumpvist utvalda journaler granskade i februari 2014. Granskarens bedömning är att ”dokumentationen är mycket bra och tydlig”.

Enligt MAS journalgranskning 2013 hade dokumentationen utvecklats sedan 2012 års granskning och höll en god kvalitet och struktur.

För att underlätta och säkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen har verksamheten utvecklat skriftliga standardiserade vårdplaner för inkontinensvård, fallprevention, kvarliggande urinkateter, palliativ vård i livets slutskede, risk för trycksår och risk för undernäring. Dessa skriftliga standardiserade vårdplaner är tryckta i små pedagogiska foldrar som får plats i en ficka vilket är mycket bra.

²⁶ Förfrågningsunderlag för Fotsjukvårdsverksamhet giltigt från 2014-01-01.

Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan

Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överrapportering varje morgon, eftermiddag och kväll. På vardagar efter morgonrapporteringen mellan natt- och dagsjuksköterskan träffas alla dagsjuksköterskor kl 8.15 tillsammans med rehabiliteringspersonalen och Silviasystemen för informationsutbyte. Verksamhetschefen deltar vid dessa möten när hon kan. Omsorgspersonalen överrapporterar till varandra vid ungefär samma tillfällen som sjuksköterskorna på morgonen, eftermiddagen och kvällen. Varje för- och eftermiddag träffas också sjuksköterskan tillsammans med omsorgspersonalen på respektive våningsplan för muntlig överrapportering. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

Team möten och tvärprofessionell samverkan på alla våningsplan

Enligt MAS intervju med sjuksköterskorna har varje våningsplan tvärprofessionella team möten varannan vecka då sjuksköterskan, omsorgs- och rehabiliteringspersonalen träffas och går igenom alla boendes önskemål, resurser, risker, problem och behov av hjälpmedel. Vid mötet diskuteras också effekten av de åtgärder som vidtagits för de boende till exempel gånghjälpmedel för att minska fallolyckor eller näringsdrycker för att förbättra nutritionen. Eventuellt beslutas om andra åtgärder för att bättre kunna uppfylla de boendes behov och önskemål.

Specifika team möten på planen för boende med demenssjukdom

På varje plan för boende med demenssjukdom träffas sjuksköterskan, omsorgspersonalen och Silviasystemen även varje vecka för att diskutera och reflektera kring de boendes välbefinnande utifrån hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalens bemötande, vård och omsorg. Är vården och omsorgen i överensstämmelse med vad de boende behöver och önskar? Diskussionerna utgår ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och omsorg om demenssjuka personer.

Beslut från de tvärprofessionella team mötena dokumenteras i hälso- och sjukvårds- respektive omsorgsjournalen av sjuksköterskan, rehabiliterings- och omsorgspersonalen. Icke närvarande personal får muntlig information om besluten vid överrapporteringen mellan arbetspassen och kan sedan läsa i respektive journal. Beslut från de specifika team mötena på planen för boende med demenssjukdom dokumenteras av Silviasystemen i omsorgsjournalen och av sjuksköterskan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Icke närvarande personal får muntlig information om besluten vid överrapporteringen mellan arbetspassen och kan sedan läsa i respektive journal.

Kompetensutveckling

MG och kollegorna har initierat ett förbättringsarbete för omsorgspersonalens dokumentation om den sociala omsorgen. Ordlistor håller på att utvecklas för att hjälpa omsorgspersonalen att dokumentera mer tydligt och adekvat med respekt för den boendes integritet. Ansvarig sjuksköterska på samtliga våningsplan ska vid 2 tillfällen per år samt vid nyanställning gå igenom med omsorgspersonalen vad de ska göra när en boende sväljer fel, ”sätter i halsen”. Vid instruktionstillfället får personalen också öva på Heimlichmanövern.

All hälso- och sjukvårdspersonal har deltagit vid flera utbildningstillfällen i ICF²⁷, ett annorlunda sätt att dokumentera hälso- och sjukvård, som Staden ska introducera vid årsskiftet och som omfattar all hälso- och sjukvårdspersonal i Stadens äldreboenden. Övriga utbildningar senaste året har varit till exempel BPSD²⁸ och venösa bensår.

Ledningssystem

Ledningssystemet (SOSFS 2011:9) är uppbyggt kring ett så kallat kvalitetshjul som omfattar fyra områden: planering, genomförande, uppföljning och utveckling och används för att schematiskt ge en bild av verksamhetens kvalitetsarbete. Det finns en organisationsskiss som tydliggör ledningens respektive ansvarsområden. För varje område finns en lista på verktyg och metoder som används i det praktiska kvalitetsarbetet till exempel kvalitetsgrupperna, MAS riktlinjer och lokala rutiner. Det finns lokala rutiner för relevanta områden inom hälso- och sjukvården enligt MAS kontroll av rutinpärmen 22/2-13 samt kontroll i juni 2014 av ny lokal rutin för sjuksköterskornas ansvar för instruktionstillfällen av Heimlichmanövern för omsorgspersonalen och upprättade blanketter för mätning av nattfasta och observationer av de boende vid måltider.

Egenkontroll

Attendos uppföljning av Kampementet genomförs en gång per år och resultatet, som var mycket gott 2013 och 2014, styr verksamhetens fortsatta kvalitetsarbete. Den interna egenkontrollen genomförs flera gånger per år av till exempel hälso- och sjukvårds- och omsorgsdokumentationen, omsorgspersonalens följsamhet av basala hygienrutiner, mätningar av de boendes nattfasta och kontroller av kvalitetsindikatorer för vården i livets slutskede genom kvalitetsregistrets schematiska bild kallad spindeln.

Patientsäkerhetsberättelse (PSB)

Patientsäkerhetsberättelsen för 2013 är skriven av MG och granskad av verksamhetschef TY. Berättelsen är tydlig och informerar om hur verksamheten arbetat under 2013 för att säkra vården och omsorgen om de boende/patienterna samt vilka områden som behöver utvecklas under 2014. Verksamheten ska framförallt arbeta med att erbjuda flera närstående efterlevandesamtal för att stödja närståendes sorgehantering. Sjuksköterskorna ska också använda i större utsträckning de validerade smärtskattningsinstrumenten till exempel VAS²⁹/SÖS stickan och Abbey Pain Scale.

Läkemedelshantering

Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. På Kampementet finns en sjuksköterskeexpedition och ett läkemedelsrum på varje våningsplan där de boendes läkemedel i originalförpackningar förvaras i märkta separata boxar.

²⁷ ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionsnedsättning och hälsa. ICF är ett redskap för att bedöma hela den livssituation en individ befinner sig i utifrån en biopsykosocial modell.

²⁸ BPSD betyder på svenska *Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens* och är ett kvalitetsregister med syfte att lära ut en förståelse och ett värdigt bemötande av individer med demenssjukdom.

²⁹ VAS = visuell analog skala till exempel skattning av smärta från 0 (ingen smärta) till 10.

Varje boende har ett litet läkemedelsskåp i sitt trinettkök där iordningställda ApoDoser³⁰ och dosetter förvaras. Hanteringen av läkemedel på ett vård- och omsorgsboende är komplext och det behövs en omfattande rutin för att kvalitetssäkra arbetet. Det finns en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshanteringen. Dosreceptet från läkemedelsprogrammet Pascal används som underlag för iordningställande av de boendes ordinerade läkemedelsdoser.

Akut- och buffertförråd

På plan 6 finns ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS.³¹ Förrådet är ett komplement till receptföreskrivna läkemedel och används vid akuta ordinationsändringar till alla boende. Det kan i vissa fall förhindra remittering till slutenvården och minska lidandet för den boende. Ledningen har utsett två sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och två andra sjuksköterskor med ansvar för kontroller av förrådets narkotiska läkemedel. Dessa ansvarsförhållanden är dokumenterade på en specifik blankett tillsammans med namn på sjuksköterskorna. Narkotiska läkemedel i akutförrådet samt i de boendes egna läkemedelsförråd kontrolleras 1 gång per månad av de två utsedda sjuksköterskorna enligt ovan. Kontroller utförs även av varje sjuksköterska vid samtliga uttag av narkotiska läkemedel.

Legitimerad farmaceuts kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

I maj 2013 genomförde legitimerad farmaceut den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen. MAS har fått kopia på farmaceutens protokoll som visar att förra årets förslag på förbättringar är åtgärdade och att det råder god ordning i akut- och buffertförrådet. Vid MAS genomgång av protokollet med MG framkommer att de få förslag på förbättringar från 2013 års uppföljning redan är genomförda. Årets kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska enligt MG genomföras hösten 2014. MAS kommer att få kopia på resultatet av granskningen.

Delegering

Det finns skriftliga rutiner i verksamheten för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Sjuksköterskorna har delegerat till omsorgspersonalen att överlämna och övervaka intaget av iordningställda läkemedelsdoser till de boende samt signera på specifik signeringslista. Vid delegeringsförfarandet har sjuksköterskorna utbildat, handlett och följt upp omsorgspersonalens kunskaper och kompetens. Enligt ledningen är varje planansvarig sjuksköterska ansvarig för delegeringsbeslut för ordinarie omsorgspersonal, timanställda och vikarier på respektive våningsplan. Nattsjuksköterskorna ansvarar för delegeringar för ordinarie omsorgspersonal, timanställda och vikarier som arbetar nattetid.

³⁰ ApoDos är av apoteket dosdispenserade (iordningställda) av läkare föreskrivna läkemedelsdoser i förslutna påsar.

³¹ 18 d § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Medicintekniska produkter (MTP)

Vid MAR:s uppföljning framkommer att det finns lokala skriftliga rutiner för MTP med beskriven ansvarsfördelning mellan arbets- och fysioterapeut och inventarieförteckning över befintliga hjälpmedel. Senaste service/kontroll MTP: personlyftar maj -14 (Invacare), vårsängar juli -14 (Invacare) samt gåbord och rullstolar juli -14. Lyftselar kontrolleras av arbetsterapeut vid utlämnandet och halvårsvis. Egenkontroll beträffande löpande underhåll och funktionskontroller av utlämnade hjälpmedel görs månadsvis av arbets- alternativt fysioterapeut. Omsorgspersonal/kontaktman kontrollerar utlämnade hjälpmedel vid användning och veckovis enligt instruktioner och checklistor. Omsorgspersonalen får handledning och instruktioner i användandet av MTP vid utlämnandet av hjälpmedlen och vid utbildningstillfällen i förflyttningsteknik varannan vecka vid fastställd tidpunkt då även sommar- och övriga vikarier utbildas.

Rehabilitering

Arbets- och fysioterapeuten träffar nyinflyttad boende för bedömning av fallrisk, ADL, förflyttnings- och balansförmåga samt hjälpmedelsbehov. Alla boende har vid uppföljningen aktuellt ADL status. Tillsammans med sjuksköterskorna och omsorgspersonalen arbetar rehabiliteringspersonalen med fallförebyggande åtgärder för de boende och uppföljning av åtgärderna sker bland annat vid team mötena på varje våningsplan. Rehabiliteringspersonalen deltar i de dagliga mötena för överrapportering med sjuksköterskor och omsorgspersonal. De boende som har behov av arbets- eller fysioterapeutisk träning/ behandling erbjuds detta individuellt eller i grupp. Lokal med utrustning för träning/ behandling finns och utnyttjas i stor utsträckning.

Vård i livets slutskede

Sjuksköterskorna dokumenterar i Svenska Palliativregistret³² och arbetar systematiskt med att förbättra vården av de boende i livets slutskede. Genom att följa upp sin dokumentation i registrets statistik kan sjuksköterskorna värdera sina resultat i relation till de av registret definierade kvalitetskriterierna för god vård i livets slutskede. Resultaten visar att sjuksköterskorna i stort sett har nått målen vad gäller smärtlindring (98 %), lindring av illamående (100 %) och ångestlindring (98 %). Sjuksköterskorna ska också använda i större utsträckning de validerade smärtskattningsinstrumenten till exempel VAS/SÖS stickan och Abbey Pain Scale. Läkaren har genomfört brytpunkt-samtal med samtliga boende och/eller närstående inför vården i livets slutskede.

Övrigt

För att få en helhetsbild av verksamheten har MAS samverkat med ansvarig för uppföljningen av verksamhetens sociala omsorg och ansvarig för uppföljningen på individnivå utifrån biståndsenhetens beslut. Ledningen har lämnats möjlighet att sakgranska innehållet i denna uppföljning.

³² Ett nationellt kvalitetsregister i vilket sjuksköterskan dokumenterar den sista tidens vård och omsorg om den boende.