



## Kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégården 2012

### Uppföljningsansvar

Stadsdelsnämndens MAS<sup>1</sup> Lili Briese och MAR<sup>2</sup>Linnéa Svanström Leistedt är avtalsansvariga uppföljare och har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégården under januari till och med mars 2012. Eftersom entreprenören enligt avtalet har en egen MAS har stadsdelsnämndens MAS och MAR huvudsakligen ett uppföljnings- och samverkansansvar. För att tydliggöra uppföljningsansvaret används initialerna LB (Lili Briese) och LSL (Linnéa Svanström Leistedt) fortsättningsvis i denna redogörelse.

LB har tillsammans med de avtalsansvariga uppföljarna av socialtjänstlagen genomfört en fördjupad uppföljning av hälso- och sjukvården från december -11 fram till april -12 utifrån det tvärprofessionella ansvaret (sjuksköterskans, rehabiliterings- och omsorgspersonalens ansvar) för de boendes nutrition, munhälsa, risk för fallolyckor och trycksår samt informationsöverföringen mellan dessa professioner.

### Sammanfattande bedömning

Vid samtliga besök och kontakter med verksamheten har ledningen, hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen varit vänliga och tillmötesgående vilket är positivt. Mer än hälften av sjuksköterskorna har arbetat flera år på Linnégården, har lång yrkeserfarenhet och är kompetenta. Deras dokumentation och riskbedömningar har förbättrats sedan förra uppföljningen och det gäller även rehabiliteringspersonalens. Det finns ett flertal brister och förbättringsområden som är dokumenterade i nedan redogörelse och i en checklista, bilaga 1. Ledningen behöver upprätta lokala rutiner för att säkra hälso- och sjukvården inom till exempel nutritionen och läkemedelshandlingen samt implementera dessa rutiner i verksamheten. Det tvärprofessionella samarbetet behöver utvecklas vad gäller syftet, roller och ansvarsområden. Sjuksköterskorna behöver gemensamma rutiner för sitt omvårdnadsarbete. De uppmärksammade områdena som behöver åtgärdas och förbättras kommer att följas upp enligt nedanstående datum som även är dokumenterade i checklistan med bedömningarna, bilaga 1.

### Ledning

Under första trimestern av 2012 har Carema gjort en omorganisation av Linnégårdens ledning och tillsatt en ny verksamhetschef och två enhetschefer för att förbättra styrningen och ledningen av verksamheten. Den nya verksamhetschefen, som också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL<sup>3</sup>, har en bakgrund som sjukgymnast och behöver därför uppdras enligt 30 § HSL åt sjuksköterska inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra vissa enskilda ledningsuppgifter.

*Åtgärd:* Verksamhetschefen 29 § HSL ska uppdras åt sjuksköterska enligt 30 § HSL.

*Uppföljning:* LB följer upp 30 § HSL vid nästa samverkansmöte 2012-04-26.

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

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

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

## **Bemanning**

### Sjuksköterskor

Verksamheten har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor som arbetar enligt ett rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har sitt medicinska ansvar för de 86 boende men även omsorgsansvaret för de 11 boende på plan 6. Det finns 6 sjuksköterskor som arbetar dag- och kvällspass enligt schema alla dagar på året och har omvårdnadsansvaret för cirka 15 boende var. På vardagar är 3 sjuksköterskor i tjänst dagtid och ansvarar för cirka 30 boende var utom en dag per vecka när de är 4 sjuksköterskor. Kvällar och helger tjänstgör 1 sjuksköterska per arbetspass med ansvar för alla 86 boende. Vid LB:s uppföljning av ledningens bemanningslista från 2012-02-16 finns 5,35 dagsjuksköterskor = 6 individer och 2,02 = 3 individer nattsjuksköterskor. Enligt avtalet ska det finnas 7,48 sjuksköterskor totalt.

*Brist:* Det fattas 0,11 sjuksköterska.

*Åtgärd:* Bemanningen av sjuksköterskor ska följa avtalet.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan nämnda åtgärd vid nästa samverkansmöte 2012-04-26.

### Rehabiliteringspersonal

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetar alla vardagar mellan 8-16.30 och övriga tider är det tjänstgörande sjuksköterska som ansvarar utifrån sitt yrkesansvar. Enligt avtalet ska det finnas 1,00 sjukgymnast och 1,00 arbetsterapeut. Vid LB:s uppföljning av ovan nämnda bemanningslista fattas 0,25 sjukgymnast och 0,25 arbetsterapeut. Men enligt en skrivelse från ledningen finns 1,25 arbetsterapeuter (2 individer). LB och LSL menar att fördelningen av sjukgymnast- och arbetsterapeuttjänsterna är acceptabelt utifrån att arbetsterapeuterna och sjukgymnasten har fördelar ansvar och arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt för de boende.

*Uppföljning:* LB följer upp fördelningen av arbetsterapeut och sjukgymnast vid nästa samverkansmöte 2012-04-26.

## **Förebyggande hälso- och sjukvård**

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

### Nutrition, trycksår och fallolyckor

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuten för att minimera risker för fallolyckor, undernäring och trycksår hos de boende. Sjuksköterskorna har huvudansvaret för att bedöma de boendes risknivåer för malnutrition<sup>4</sup>, trycksår<sup>5</sup> och falltendens<sup>6</sup> inom 14 dagar vid inflyttning samt minst en gång per år och oftare vid behov.

---

<sup>4</sup> MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

<sup>5</sup> Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår.

<sup>6</sup> DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

Utifrån resultatet av ovan riskbedömningar vidtar sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen åtgärder för de boende och följer upp effekten av åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen i team möten.

Sjuksköterskorna och rehabiliterings- och omsorgspersonalen ska även arbeta hälsofrämjande och identifiera resursområden hos de boende och uppmuntra och stödja till exempel deras förmåga att kunna äta själv med rätt hjälpmedel.

#### Nutrition

Under 2011 har förvaltningen (Kärstin Trotzigs ansvar) haft ett kost- och nutritionprojekt med dietist på bland annat Linnégården. Dietisten har introducerat så kallade nutritionskonferenser där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktman/omsorgs- och rehabiliteringspersonal tillsammans ska samverka kring de boendes behov av nutrition, eventuella hjälpmedel och utprovning av sittställning vid måltiderna. Nutritionskonferenserna ska integreras med de ordinarie team mötena som är en gång per vecka och våningsplan.

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna, som har huvudansvaret för de boendes nutrition, ordinerar vikt mätning minst var 3:e månad. Om bedömningsresultatet visar att en boende är undernärld eller i riskzonen ordinerar till exempel energität och eller konsistensanpassad kost, näringsdrycker och kosttillskott samt uppföljande mätningar av vikten 1 gång per månad eller oftare. Vid LB:s inventering och analys av sjuksköterskornas åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzonen har det framkommit att det saknas entydiga rutiner beträffande ordinationer av E-kost (energität kost), konsistensanpassad kost och kosttillskott.

Det saknas även tydliga rutiner gällande informationsöverföringen mellan sjuksköterskorna och omsorgspersonalen vad gäller sjuksköterskans ordinationer samt uppföljningen av omsorgspersonalens följsamhet. För att förhindra att nattfastan överstiger 11 timmar ska omsorgspersonalen vid behov registrera de boendes sista mål på dagen samt eventuella nattmål på en speciell blankett som sedan analyseras av sjuksköterskan. Det är oklart när den senaste nattfastemätningen är gjord. LB rekommenderar att nattfastemätning genomförs före 1 juni 2012.

*Förbättringsområde:* Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen ska arbeta utifrån gemensamma rutiner om de boendes nutrition.

*Åtgärder:* Sjuksköterskorna ska använda dietistens checklistor för nutritionsarbetet. Gemensamma rutiner behöver upprättas om informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen samt rutiner för uppföljning av omsorgspersonalens följsamhet av hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer. Nattfastemätning rekommenderas före 1 juni 2012.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan för ovan nämnda åtgärder vid nästa samverkansmöte 2012-04-26. Åtgärderna ska vara klara senast och följs upp 2012-06-01.

#### Trycksår

Sjuksköterskorna arbetar profylaktiskt dels med bedömningar av de boendes risk för att utveckla trycksår och dels med åtgärder och uppföljningar av de boende som har trycksår eller identifierats vara i riskzonen. Det förebyggande arbetet för en optimal nutrition och främjandet av en god blodcirkulation minskar också risken för trycksår.

Sjuksköterskan kan ordinera antingen trycksårspåbyggande- eller behandlande madrass beroende på den boendes behov. Rehabiliteringspersonalen arbetar förebyggande med olika träningsmoment, lämpliga sittställningar och sittdynor, hjälpmedel vid förflyttningar och personligt utprovade rullstolar.

Vid LB:s inventering hade 3 av de 86 boende trycksår och 2 av dessa behandlande madrass, den 3:e samt 20 andra boende trycksårspåbyggande madrass.

#### Fallprevention

Som utgångspunkt för det fallpreventiva arbetet finns sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens ADL<sup>7</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 av sjuksköterskorna tillsammans med rehabiliterings- och omsorgspersonalen och individuella åtgärder vidtas för den boende och följs upp.

Fallolyckor tas även upp av kvalitetsrådet, se nedan. Ett gott näringsintag, adekvat läkemedelsbehandling, möjlighet att sköta sina toalettbehov samt nödvändiga hjälpmedel för förflyttningar är viktiga faktorer som bidrar till att minska antalet fallolyckor och fallskador. LB:s bedömning är att det finns förbättringsområden i det tvärprofessionella samarbetet kring fallprevention. Teamarbetet behöver utvecklas och roller och ansvarsområde förtydligas och dokumenteras.

*Förbättringsområde:* Det tvärprofessionella samarbetet kring det fallpreventiva arbetet behöver utvecklas och förtydligas.

*Åtgärder:* Ledningen behöver upprätta en lokal rutin för det tvärprofessionella samarbetet kring fallprevention och omvårdnadsansvarig sjuksköterskas och kontaktmannens ansvarsområden.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan för ovan åtgärder vid samverkansmötet 2012-04-26. Åtgärder ska vara klara senast och följas upp 2012-09-13.

#### Munhälsa

Landstinget har upphandlat en vårdgivare som utför en munhälsobedömning kostnadsfritt för varje boende årligen. Vårdgivarens uppdrag omfattar även individuell rådgivning om munvården samt utbildning och handledning till hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen gällande den dagliga munvården för de boende. Vid inflyttningen gör sjuksköterskan en bedömning av de boendes munstatus och om dysfagi (ät- och sväljsvårigheter) föreligger. Vid dysfagi kan läkaren remittera den boende till logoped<sup>8</sup>.

Sjuksköterskan ansvarar också för att de boende årligen erbjuds en munhälsobedömning enligt ovan och ser till att bedömningen utförs när de boende tackat ja. Sjuksköterskan utfärdar tandvårdsstödsintyg i dataprogrammet U-symfoni när de boende behöver nödvändig tandvård.

---

<sup>7</sup> Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

<sup>8</sup> I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av sväljningsstörningar.

Enligt sjuksköterskorna genomförs årliga munhälsobedömningar på alla boende som tackat ja vilket stämmer med den statistik som LB erhållit från Tandvårdsenheten. De tandhygienister och tandläkare som boende valt kommer i de flesta fall till Linnégården och utför sina behandlingar på plats.

Vid LB:s uppföljning framgår att samverkan med vårdgivaren gällande deras utbildningsansvar behöver förtydligas och att rutiner för egenkontroll gällande följsamheten av munhälsobedömarnas rekommendationer behöver upprättas.

*Förbättringsområde:* Samverkan med vårdgivaren av munhälsobedömningar behöver förbättras inklusive egenkontrollen av följsamheten av deras rekommendationer.

*Åtgärd:* Ledningen behöver upprätta en rutin om samverkan mellan verksamheten och vårdgivaren inklusive respektive ansvarsområde.

Ledningen behöver också upprätta en rutin för egenkontroll av omsorgspersonalens följsamhet av vårdgivarens anvisningar om de boendes mun- och tandvård.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan för rutinerna enligt ovan förslag 2012-04-26. Åtgärderna ska vara klara senast och följas upp 2012-09-13.

#### 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 sex dagsjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård och två av de tre nattsjuksköterskorna. Vid LB:s uppföljning framkommer att det inte finns gemensamma rutiner för kontinens- och inkontinensvård.

*Förbättringsområde:* Sjuksköterskorna ska arbeta enligt gemensamma rutiner för kontinens- och inkontinensvård.

*Åtgärd:* Gemensamma rutiner för kontinens- och inkontinensvård ska upprättas.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan för rutinerna enligt ovan förslag 2012-04-26. Åtgärderna ska vara klara senast och följas upp 2012-09-13.

#### Läkemedelsgenomgångar

Läkaren ska genomföra en dokumenterad läkemedelsgenomgång<sup>9</sup> tillsammans med sjuksköterskan inom två månader efter de boendes inflyttning och därefter minst en gång årligen enligt regelverket. En överenskommelse med Proffice Läkarleasing AB och Stockholmsgeriatriken och stadsdelsnämndens MAS har upprättats för läkemedelsgenomgångar utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Överenskommelsen används vid läkemedelsgenomgångar på vård- och omsorgsboenden i Östermalm och är gemensam i centrala staden och uppdateras årligen. Sjuksköterskorna medverkar vid läkemedelsgenomgångar och dokumenterar i journalen att de genomförts. Enligt sjuksköterskorna genomförs läkemedelsgenomgångar på samtliga boende årligen och vid behov. Enligt LB:s samtal med läkaren överensstämmer uppgiften.

---

<sup>9</sup> Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.

### Läkarens genomgång av boendes hälsotillstånd

I läkarens uppdrag ingår också att göra en genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd<sup>10</sup> minst en gång per tolv månadersperiod. Sjuksköterskan ska vara behjälplig vid dessa genomgångar. Läkarnas uppdragsgivare (landstinget) följer upp detta område.

### Vaccinationer

Varje höst erbjuder landstinget alla personer över 65 år kostnadsfria vaccinationer gällande influensa och pneumokockinfektion (vaccination beträffande pneumokockinfektion behöver endast upprepas efter c:a 6 år). Erbjudandet inkluderar alla boende på vård- och omsorgsboenden. Läkaren gör en bedömning utifrån varje boendes allmäntillstånd om vaccination är lämpligt. Sjuksköterskan utför vaccinationen enligt läkarens ordination.

### 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 bälstabiliteten. Andra skyddsåtgärder som sänggrindar eller rörelselarm kan användas för att skapa en trygghet för de boende. Vid uppföljningen användes följande skyddsåtgärder:

Sänggrindar för	36 boende
Grensele för	7 boende
Positioneringsbälte för	1 boende
Rörelselarm för	17 boende

*Förbättringsområde:* Enligt LB:s och LSL:s uppföljning behöver sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen förbättra sin dokumentation om deras gemensamma beslut och uppföljning av skyddsåtgärderna samt dokumentera de boendes samtycke.

*Åtgärder:* De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen ska tillsammans se över sina beslut om skyddsåtgärder enligt ovan förbättringsområde.

*Uppföljning:* LB och LSL följer upp ovan åtgärder 2012-09-13.

## **Dokumentation**

### Sjuksköterskornas dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK, som är Stadens elektroniska journalprogram för hälso- och sjukvård. Av statistikgranskningen framgår att alla boende är riskbedömda för malnutrition och fallolyckor och 93 % för trycksår. Det är bättre resultat än vid föregående uppföljning. Det finns upprättade planer för boende med problematiken malnutrition, fallolyckor eller trycksår med åtgärder och uppföljning samt i några fall dokumentation om måloppfyllelse. Men sjuksköterskorna behöver generellt förbättra sin dokumentation om åtgärder och datum för uppföljning av effekten. LB följer upp det 2013.

### Rehabiliteringspersonalens dokumentation

Journalgranskning visar att dokumentationen innehåller väsentliga uppgifter om ADL-förmåga, förflyttning och hjälpmedelsbehov i samband med boendes inflyttning och att dessa uppdateras vid behov.

---

<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.

Insatser avseende rehabilitering, hjälpmedel och skade- preventiva åtgärder kan följas under respektive sökord. Sjuksköterskan ansvarar för riskbedömningar av de boende gällande fallolyckor och upprättar en plan vid fallrisk. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten kompletterar i planen med sina åtgärder. Dokumentationen av förskrivningsprocessen behöver förbättras. LSL följer upp det 2013.

### **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.

Det är verksamheten som bekostar fotsjukvården om den äldre har en läkarremiss. Vid uppföljningen hade ingen boende behov av fotsjukvård enligt sjuksköterskorna.

#### *Boende med diabetes*

Det finns 3 boende med insulinbehandlad diabetes och 1 boende som är tablettbehandlad. Vid LB:s uppföljning fanns inga rutiner för hur ofta sjuksköterskorna ska inspektera fötterna på de boende som har diabetes. Det fanns inte heller skriftliga rutiner om hur ofta kontroller av plasmaglukos och HbA1c<sup>11</sup> ska göras på boende med diabetes. Sjuksköterskorna menar att praxis är att kontrollera plasmaglukos 1 gång per vecka på boende med insulinbehandlad diabetes och 1 gång per månad på boende som är tablettbehandlad.

*Brister och förbättringsområden:* Det saknas skriftliga rutiner för kontroll av plasmaglukos, HbA1c och inspektion av fötter gällande boende med diabetes.

*Åtgärder:* Det ska finnas skriftliga rutiner för kontroll av plasmaglukos, HbA1c och inspektion av fötter gällande boende med diabetes.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan för ovan åtgärder vid samverkansmötet 2012-04-26. Åtgärderna ska vara klara senast och följas upp 2012-06-01.

### **Hygien**

Verksamheten har avtal med Vårdhygien men sjuksköterskorna registrerar inte ännu antibiotikabehandlingar av de boende. Omsorgspersonalen har inte deltagit i någon av Vårdhygiens utbildningar. LB har vid sina besök uppmärksammat att flera av omsorgspersonalen brister i de basala hygienrutinerna. Entreprenörens MAS har bokat utbildning med hygiensjuksköterska i slutet av maj för all personal samt hygienrond med hygiensjuksköterska i början av september. LB rekommenderar att sjuksköterskorna börjar registrera alla antibiotikakurer 1 januari 2013.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärder 2012-06-01 och 2012-09-13.

### **Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan**

#### Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överrapportering morgon, eftermiddag och kväll. Omsorgspersonalen överrapporterar till varandra vid samma tillfällen. Varje eftermiddag träffas sjuksköterskan och omsorgspersonalen på respektive plan för muntlig rapportering. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

---

<sup>11</sup>HbA1c är ett "långtidsmått" på glukosnivån och den viktigaste biokemiska variabeln för att följa behandlingen av diabetes.

#### Team möten och tvärprofessionell samverkan (teamarbete)

En gång per vecka och plan träffas alla berörda yrkeskategorier (sjuksköterskan, rehabiliterings- och omsorgspersonalen/kontaktmannen) för att diskutera och planera de boendes individuella behov av till exempel fall- och malnutritionsförebyggande åtgärder. Det framgår inte hur personalen i team mötet arbetar med beslut om åtgärder och vem som gör vad och hur uppföljning av åtgärderna ska ske samt var detta dokumenteras. Det tvärprofessionella samarbetet kring de boende är en av tre väsentliga faktorer som bidrar till en framgångsrik vård och omsorg enligt vetenskap och praxis. De andra två faktorerna är personcentrerade åtgärder utifrån de boendes individuella behov samt personalens (sjuksköterskans, rehabiliterings- och omsorgspersonalens) kunskap och kompetens inom relevanta områden.

*Förbättringsområde och förslag på åtgärder:* Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans och kontaktmannens roller och ansvarsområden tillsammans med rehabiliteringspersonalens behov förtydligas i teamarbetet. Det är viktigt att fördela ansvaret för dokumentation och uppföljning av beslut fattade vid team mötena.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens åtgärder enligt ovan förslag 2012-09-13.

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

Sjuksköterskorna har under 2011 genom förvaltningen via 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. De två sjuksköterskorna med handledaransvar för dokumentation i datajournalen VODOK har tillsammans med övriga handledarkollegor på Östermalms vård- och omsorgsboenden fått en halv dags utbildning i upprättande av vårdplaner i VODOK genom förvaltningen (LB:s ansvar). Ingen annan utbildning har genomförts av Carema för sjuksköterskorna som grupp däremot har enstaka fått gå utbildning utifrån individuella önskemål och behov.

*Förbättringsområde:* LB och LSL rekommenderar ledningen att se över verksamhetens behov av kompetensutveckling för sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen.

*Uppföljning:* LB och LSL följer upp ledningens åtgärder enligt ovan förslag 2012-09-13.

#### **Ledningssystem**

Qualimax är Carema Cares ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Carema Cares ledning fastställer övergripande mål för bland annat hälso- och sjukvården. På Linnégården pågår sedan Carema Care övertog driften ett omfattande arbete med att upprätta och implementera lokala rutiner utifrån Qualimax övergripande riktlinjer. Vid LB:s granskning av ledningssystemet fattas ett flertal lokala rutiner och en del av de övergripande riktlinjerna behöver uppdateras.

*Brister och förbättringsområden:* Det saknas flera lokala rutiner till exempel inom läkemedelshanteringen, informationsöverföringen och nutritionen.

*Åtgärder:* Ledningen behöver upprätta en åtgärdsplan för samtliga lokala rutiner som behöver skapas eller revideras enligt aktuell uppföljning samt förslag på datum när de ska vara klara.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärder vid samverkansmötet 2012-04-26.



### Lex Maria och avvikelshantering

Verksamheten arbetar med avvikelser och brister i kvalitetsråd under ledning av verksamhetschefen 1 gång per månad. Deltagare i kvalitetsrådet är representanter av omsorgspersonalen från varje våningsplan, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal. Fokus är förbättringsarbete utifrån en genomgång av förra månadens avvikelser, klagomål och synpunkter.

Entreprenörens MAS har gjort en Lex Maria anmälan 2011-02-28 utifrån ett klagomål om utebliven läkemedelsbehandling för en boende med risk för allvarliga konsekvenser. Det framkommer av utredningen att det brustit i informationsöverföringen i vårdkedjan. Åtgärder har vidtagits för att förhindra upprepning av avvikelserna. Checklistor med signeringsskyldighet för sjuksköterskorna har införts för att säkra nödvändig informationsöverföring vid inflyttningen av ny boende. Entreprenörens MAS och LB har samverkat vid Lex Maria utredningen. Beslut från Socialstyrelsen har ännu inte inkommit.

#### 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 <sup>12</sup>	Lex Maria
113	6	16	1	1

Ovan resultat visar att verksamheten är benägen att rapportera fallolyckor varav de flesta inte har lett till någon synlig fysisk skada. Sex fallolyckor har lett till sjukhusvård på grund av en fraktur. Några fallolyckor har resulterat i blåmärke med ömhet eller smärta. Däremot finns det en viss under rapportering av avvikelser inom läkemedelshanteringen som kan bero på att det är första året som avvikelsemodulen VODOK används. De flesta avvikelser om läkemedel handlar om att omsorgspersonalen glömt att överlämna boendes läkemedel. Sjuksköterskorna menar dock att omsorgspersonalen har blivit bättre på att ta ansvar för överlämnandet av de boendes läkemedel efter utbildningssatsningen, se nedan projektbeskrivning.

*Förbättringsområde:* Öka sjuksköterskornas benägenhet att rapportera avvikelser om läkemedelshanteringen i avvikelsemodulen VODOK.

*Åtgärder:* Ledningen behöver skapa bättre förutsättningar för sjuksköterskorna att rapportera avvikelser om läkemedelshanteringen i VODOK.

*Uppföljning:* LB och LSL följer upp rapporteringen av avvikelser i avvikelsemodulen VODOK vid den årliga uppföljningen 2013.

### Läkarinsatser

Proffice Läkarleasing AB ansvarar för läkarinsatserna sedan 6 år med mycket god kontinuitet och sjuksköterskorna, de boende och anhöriga är nöjda med den operativa läkaren och dennes semestervikarie. Läkaren kommer två gånger per vecka och kan nå vardagar mellan 8-17 och därefter ansvarar jourläkare. Läkare kan alltid nås dygnet runt.

<sup>12</sup> Brist i informationsöverföringen från primärvården.

Proffice har avtal med Curera som sköter läkarinsatserna på jourtid och det fungerar också tillfredsställande enligt sjuksköterskorna.

### **Läkemedelshantering**

#### Sjuksköterskans läkemedelshantering

Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. Läkaren och sjuksköterskan uppmuntrar och stödjer alltid de boende som kan ta ansvar för någon del av sin läkemedelshantering men de flesta boende behöver hjälp med hela hanteringen. På Linnégården finns en sjuksköterske-expedition som ligger på entréplanet.

Varje boende har ett läkemedelsskåp i sitt trinettkök. Hanteringen av läkemedel på ett vård- och omsorgsboende kan omfatta cirka 19 olika områden inom vilka en mängd rutiner måste upprättas för att kvalitetssäkra hanteringen. Vid LB:s uppföljning framkom flera brister och förbättringsområden som även uppmärksammats av farmaceut i nedan beskrivna projekt. Det finns en lokal instruktion för läkemedelshantering som behöver kompletteras. Det råder oklarheter om vilken läkemedelslista som är ordinationshandlingen.

*Brist:* Det råder oklarheter om vilken läkemedelslista som ska användas som ordinationshandling. Det finns andra brister och förbättringsområden, se nedan projekt.

*Åtgärder:* Entreprenörens MAS, verksamhetschef och sjuksköterskorna måste tillsammans med läkaren ta beslut om ordinationshandlingen senast 2012-04-26.

*Uppföljning:* LB följer upp ovan åtgärd 2012-04-26.

#### *Akut och buffertförråd*

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS<sup>13</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 uppmärksammat att det inte finns ett aktuellt dokument med namn på ansvariga sjuksköterskor för akut- och buffertförrådet.

*Brist:* Det saknas ett aktuellt dokument med namn på ansvariga sjuksköterskor för akut- och buffertförrådet.

*Åtgärder:* Det ska upprättas ett dokument med namn på ansvariga sjuksköterskor för akut- och buffertförrådet senast 2012-04-26.

*Uppföljning:* LB följer upp åtgärden 2012-04-26.

---

<sup>13</sup> 18 d § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

*Projekt med legitimerade farmaceuttjänster/apotekare på Linnégården*

Läkemedel är sjukvårdens viktigaste behandlingsinstrument och är den mest omfattande medicinska behandlingen för äldre. Läkemedelshanteringen är komplex inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar med flera dispenseringsystem (iordningställande av läkemedel), förskrivningsmetoder och för sjuksköterskor ett synnerligen omfattande ansvarsområde. Sjuksköterskorna ansvarar också för alla förråd av läkemedel och för att de boendes läkemedel alltid finns i tillräcklig mängd.

För att stödja sjuksköterskorna och kvalitetssäkra hanteringen av de boendes läkemedel ansvarar LB med hjälp av stimulanspengar för ett projekt 2011-12 med farmaceut på våra vård- och omsorgsboenden inklusive Linnégården. I projektet ingick också hösten 2011 utbildning i läkemedelskunskap för samtlig omsorgspersonal på respektive boende inbegripet Linnégårdens 51<sup>14</sup> omsorgspersonal.

Under februari och mars 2012 har farmaceut varit på Linnégården under 11 dagar för genomgång av hela läkemedels- hanteringen och upprättat en åtgärdsplan inom 19 områden. Åtgärdsplanen visar framförallt omfattningen och komplexiteten av läkemedelshanteringen på särskilda boenden för äldre. Flera av åtgärderna är vidtagna och resterande kommer ledningen att åtgärda i prioriterande ordning utifrån en tidsplan.

*Brister och förbättringsområden:* Flera brister och förbättringsområden i läkemedels- hanteringen är uppmärksammade enligt ovan nämnda åtgärdsplan.

*Åtgärder:* En del brister är åtgärdade och resterande ska ledningen bestämma en tidsplan för att åtgärda utifrån farmaceutens förslag.

*Uppföljning:* LB följer upp ledningens tidsplan enligt ovan 2012-04-26 samt att alla nödvändiga åtgärder är vidtagna senast 2012-06-01.

Delegering

Det finns skriftliga rutiner i Caremas ledningssystem för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Sjuksköterskan kan delegera till omsorgspersonalen att överlämna och övervaka intaget av iordningställda läkemedelsdoser till de boende. Vid delegerings- förfarandet ansvarar sjuksköterskorna för att utbilda, instruera, handleda och följa upp omsorgspersonalens kunskaper och kompetens.

Vid LB:s granskning av alla delegeringsbeslut framkom att delegeringsbesluten på tre våningsplan behöver uppdateras. Tre av sjuksköterskorna hade bytt våningsplan för att bättre fördela ansvaret i sjuksköterskegruppen och därför inte hunnit uppdatera sina delegeringsbeslut.

*Brist:* Delegeringsbesluten på tre våningsplan är inte aktuella.

*Åtgärd:* Sjuksköterskorna ska snarast uppdatera sina delegeringsbeslut enligt ovan.

*Uppföljning:* LB följer upp att delegeringsbesluten är uppdaterade senast 2012-04-26.

---

<sup>14</sup> Inom projektet har 260 omsorgspersonal på vård- och omsorgsboenden på Östermalm utbildats i läkemedelskunskap med fokus på läkemedel och äldre.

Eftersom det även funnits brister i delegeringsbesluten vid förra uppföljningen rekommenderar LB att det upprättas en lokal rutin för egenkontroll av delegeringsbeslut som även ska tydliggöra ansvaret för uppdatering av timanställd personals delegeringar. *Uppföljning:* LB följer upp ovan nämnda åtgärder 2012-09-13.

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

Vid LSL:s uppföljning framkommer att det finns lokala skriftliga rutiner för MTP med beskriven ansvarsfördelning för hantering och kontroll av hjälpmedel såväl som inventarieförteckning över inköpta hjälpmedel. Senaste service/kontroll MTP: personlyftar tak 28/2-12 (Invacare), personlyftar mobila ska beställas under 2012 (Liko), vårdsängar 28/2-12 (Invacare) och lyftselar kontrolleras av arbetsterapeut (at) och sjukgymnast (sjg) halvårsvis. Egenkontroll beträffande löpande underhåll- och funktionskontroller av utlämnade hjälpmedel görs månadsvis av omsorgspersonal/kontaktman efter check- och signeringslistor. Det fungerar inte fullt ut. De dagliga kontrollerna av behandlande trycksårsmadrasser och individuella larm fungerar bättre.

At och sjg inventerar och kontrollerar MTP årligen. Personalen får handledning och instruktioner i användandet av MTP i samband med förskrivning/utlämnande. Utbildning i hantering av personlyftar har genomförts i november 2011 vid ett tillfälle. Inom verksamheten finns viss utrustning för träning/ behandling till exempel manoped<sup>15</sup>, TNS<sup>16</sup> och materiel till grupp gymnastik.

*Förbättringsområde:* Omsorgspersonalens följsamhet brister gällande egenkontrollen av löpande underhålls- och funktionskontroller av utlämnade hjälpmedel.

*Åtgärder:* Rehabiliteringspersonalen behöver säkra rutinerna för uppföljning av sina ordinationer och dokumentera avvikelser när omsorgspersonalens följsamhet brister. Avvikelseerna behöver tas upp i kvalitetsrådet.

*Uppföljning:* LSL följer upp ovan åtgärder vid 2013 års uppföljning.

### **Patientsäkerhetsberättelse**

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars kommande år. Caremas PSB om Linnégården 2011 innehåller uppgifter om hur ledningen och hälso- och sjukvårdspersonalen har arbetat för att säkra vården av de boende. Verksamhetens mål har bland annat varit att tydliggöra samtliga personalkategoriernas roller och främja teamarbetet runt de boende. Viktiga mål har varit noll tolerans av trycksår och att alla boende vid vård i livets slutskede ska få en lugn, smärt- och ångestfri död samt att anhöriga ska vara väl insatta i processen.

Egenkontroll av verksamheten har genomförts 2011 och består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare och resultatet utgör ett underlag för entreprenörens MAS årliga kvalitetsuppföljning. För övrigt innehåller PSB i huvudsak arbetet med riskbedömningar inom nutrition, fallolyckor, trycksår och munhälsa, hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter samt samverkan med boende och närstående och andra viktiga partners.

---

<sup>15</sup> Manoped = Apparat som tränar armar och ben.

<sup>16</sup> TNS = Transkutan Elektrisk Nerv Stimulering som används vid smärtlindring.

LB:s bedömning är att PSB innehåller väsentliga områden som ska säkra vården men PSB behöver kompletteras. Det saknas en redogörelse av resultatet av ledningens och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder för att uppfylla verksamhetens mål för 2011.

*Utvecklingsområde:* LB rekommenderar ledningen att tydliggöra sina mål gällande hälso- och sjukvården, åtgärder för dessa, uppföljning av åtgärderna och analys av resultatet i relation till måluppfyllelsen.

### **Rehabilitering och ADL**

Både arbetsterapeut och sjukgymnast träffar nyinflyttad boende första dagen för bedömning av förflyttning och behov av eventuella hjälpmedel. Arbetsterapeuten gör sedan en ADL bedömning inom de närmaste dagarna. I stort sett alla boende har en aktuell ADL-bedömning. Bedömningarna håller god kvalitet avseende information om resurser såväl som behov av stöd/hjälp. Ordinerade hjälpmedel dokumenteras i den boendes journal och i SoL-pärm under avsedd flik för information, eventuell instruktion biläggs. Uppföljning av utlämnade hjälpmedels funktion, nytta och eventuella brister ska dokumenteras i journalen av respektive arbetsterapeut och sjukgymnast.

*Förbättringsområde:* Förskrivningsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

*Åtgärder:* Rehabiliteringspersonalen behöver utveckla dokumentationen i förskrivningsprocessen.

*Uppföljning:* LSL följer upp ovan åtgärder vid 2013 års uppföljning.

### **Vård i livets slutskede**

Genom ett projekt 2008-2009 initierat av LB fick all personal inklusive läkaren utbildning i en evidensbaserad metod (LCP<sup>17</sup>) som kvalitetssäkrar vården av de boende vid livets slutskede. Metoden har använts i verksamheten men behöver återinföras. LB rekommenderar ledningen att använda LCP igen samt börja registrera i Svenska palliativregistret<sup>18</sup>. Det finns övergripande skriftliga rutiner om vård i livets slutskede.

### **Förvaring av avlidna**

Avlidna förvaras i kylrummet på Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende. Det finns rutiner för transport av avlidna till Kattrumpstullens kylrum.

---

<sup>17</sup> LCP (Liverpool Care Pathway) är en standardiserad vårdplan för vård av boende i livets slutskede. Ett av de mest effektiva sätten att höja vårdkvaliteten med är att använda kunskapsbaserade och standardiserade vårdplaner med tydliga mål och riktlinjer utifrån den enskildes önskemål och behov.

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