

Uppföljning av hälso- och sjukvården på Kampementet 2012

Kampementet består av 6 våningsplan, plan 3 till och med plan 8 med 16 boende på varje plan uppdelade i två gruppboende med 8 boende var. Verksamheten har två vårdinriktningar: demensvård (planen 3,4,5) och somatisk vård (planen 6,7,8). Attendo Care AB övertog driften av Kampementet 1 december 2007.

Uppföljningsansvar och omfattning

Stadsdelsnämndens MAS¹ Lili Brieze (LB) och MAR²Linnéa Svanström Leistedt (LSL) har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kampementet under april, maj och juni 2012. Uppföljningen har omfattat granskning av journaler och ledningssystem, intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal, fokusgrupp med sjuksköterskor, planerade och oplanerade besök på alla våningsplan, skriftlig inventering av de boendes nutritionsstatus och skyddsåtgärder samt skriftliga frågor inom övriga relevanta områden.

Sammanfattande bedömning

Det har skett en positiv utveckling framförallt inom vården av demenssjuka men även i arbetet med alla boendes nutrition. Sjuksköterskornas dokumentation av riskbedömningar inom nutrition har förbättrats sedan förra uppföljningen 2011 och nu finns fullständiga riskbedömningar av samtliga boendes nutritionsstatus. Den samordnande sjuksköterskan MG har betytt mycket för den goda utvecklingen av hälso- och sjukvården. Hon har bland annat genomfört ett omfattande arbete med uppdatering av relevanta rutiner för patient-säkerheten, implementerat viktiga bedömningsinstrument för identifiering av smärta hos både demens- och somatiskt sjuka. MG arbetar också aktivt med utsättning av lugnande läkemedel hos demenssjuka i linje med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer samt verkar även för borttagning av kvarliggande urinkatetrar som saknar tydlig indikation hos boende med demenssjukdom.

Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelser och synpunkter i kvalitetsråd som träffas en gång per månad. Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen träffas varannan vecka i team möten på varje våningsplan för tvärprofessionell samverkan där samtliga boendes behov och önskemål identifieras, åtgärdas och följs upp. Ett mycket gott exempel är nattfasteregistreringen som rutinmässigt genomförs varje natt för alla boende med demenssjukdom för att förebygga för lång nattfasta. Granskningen av de 24 journalerna med samtycke visar en god dokumentation av sjuksköterskornas processarbete med de boendes omvårdnadsbehov liksom rehabiliteringspersonalens aktuella status av de boendes ADL, förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov.

Förbättringsområden

Ledningen behöver upprätta skriftliga rutiner om

1. kontroll av plasmaglukos, HbA1c och inspektion av fötter gällande boende med diabetes i samråd med läkaren
2. omsorgspersonalens skyldighet att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer

¹ Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska för Östermalms stadsdelsförvaltning.

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

3. egenkontroll av omsorgspersonalens följsamhet av hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer
4. årlig uppdatering av omsorgspersonalens kunskaper om basala hygienrutiner

LB följer upp ovan nämnda förbättringsåtgärder 6/9 och 6/12 2012.

Ledning

Ledningen består av 3 chefer, en samordnande verksamhetschef som också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL³ samt en chef för respektive vårdinriktning. Då verksamhetschefen har en bakgrund som sjukgymnast har hon uppdragit enligt 30 §⁴ HSL åt sjuksköterskan MG (som också är samordnande sjuksköterska) att fullgöra vissa enskilda ledningsuppgifter.

Bemanning och ansvar

Sjuksköterskor

Verksamheten har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor (1,98 årsarbetare) som arbetar enligt ett rullande 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 (8,28 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 Kampementets 6 våningsplan har 6 av de 9 dagsjuksköterskorna omvårdnadsansvaret för 16 boende var på respektive våningsplan. De övriga 3 dagsjuksköterskorna används för att bemanna så att fem av planen har en egen ansvarig sjuksköterska i tjänst varje vardag. Av de 5 sjuksköterskorna på vardagarna har 2 ansvar för ytterligare 8 boende var på ett annat plan. När läkaren är på plats en gång i veckan är 6 sjuksköterskor i tjänst. Alla kvällar och helger dagtid tjänstgör 2 sjuksköterskor per arbetspass med ansvar för 48 boende var på respektive 3 plan. Vid LB:s uppföljning stämmer bemanningen av sjuksköterskor med avtalet enligt ledningens bemanningslista från maj 2012. En sjuksköterska har nyligen slutat men tjänsten är tillsatt. Det finns 2 vakanta tjänster, en på 0,8453 % och ett vikariat på 0,90 %. Vakanserna ersätts för närvarande med timvikarier och rekrytering pågår.

Rehabiliteringspersonal

Arbeterapeuten och sjukgymnasten arbetar alla vardagar mellan 8-16.30 och övriga tider är det tjänstgörande sjuksköterska som ansvarar utifrån sitt yrkesansvar. Det finns 1,00 sjukgymnast och 1,00 arbetsterapeut vilket stämmer med LB:s uppföljning av ledningens bemanningslista från maj 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.

³ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

⁴ Enligt 30 § HSL får verksamhetschefen uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Allmänt om fallskadeprevention, nutrition och trycksår

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 malnutrition⁵, trycksår⁶ och falltendens⁷ inom 14 dagar vid inflyttning samt minst en gång per år och oftare vid behov. Utifrån resultatet av ovan riskbedömningar vidtar sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen åtgärder för de boende vars risknivåer visat behov av förebyggande eller behandlande insatser. Sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen följer upp effekten av de utförda åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen i team möten. Sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen arbetar även hälsofrämjande och identifierar resursområden hos de boende samt uppmuntrar och stödjer till exempel de boendes förmåga att kunna äta själva.

Fallskadeprevention

Som utgångspunkt för det fallpreventiva arbetet finns sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens ADL⁸ 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. Fallolyckor tas även upp av kvalitetsrådet, se nedan. Vid LB:s intervju med den samordnande sjuksköterskan MG framkommer att hon tillsammans med läkaren tagit bort lugnande läkemedel (bensodiazepiner) framförallt hos boende med demenssjukdom vilket är mycket bra eftersom dessa läkemedel kan bidra till ökad fallrisk.

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.

Enligt statistik från juni -12 hade 5 boende kvarliggande kateter i urinblåsan (KAD) via urinröret och 0 boende suprapubisk kateter (direkt i urinblåsan). Samtliga boende med KAD har enligt MG en standardiserad vårdplan med mål, behandlingstid och planerad utvärdering. LB har granskat en kopia av mallen för den standardiserade vårdplanen och bedömer den som ett mycket gott exempel på patientsäkerhetsarbetet. Enligt MG får nästan alla boende med demenssjukdom en KAD insatt på sjukhuset vid akutbesök. Vid utskrivningen från sjukhuset saknas ofta överrapportering om indikation, planering och uppföljning av den kvarliggande urinkatetern. När den boende är tillbaka på Kampementet beslutar läkaren där för det mesta att KAD ska tas bort. LB ser ovanstående rutininsättningar av KAD utan tydlig indikation som avvikelser i vårdkedjan och kommer att ta upp det vid nästa samverkansmöte med S:t Görans sjukhus representanter.

⁵ MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

⁶ Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår.

⁷ DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

⁸ Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

Läkarens genomgång av boendes hälsotillstånd och vaccinationer

I läkarens uppdrag ingår att göra en genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd⁹ minst en gång per tolv månaders period. Sjuksköterskan är behjälplig vid dessa genomgångar. Läkarnas uppdragsgivare (landstinget) följer upp detta område. 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 äldre som bor på vård- och omsorgsboenden. Läkaren gör en bedömning om vaccination är lämpligt för den boende och sjuksköterskan utför vaccinationen enligt läkarens ordination.

Läkemedelsgenomgångar

Läkaren ska genomföra en dokumenterad läkemedelsgenomgång¹⁰ tillsammans med sjuksköterskan inom två månader efter de boendes inflyttning och därefter minst en gång årligen enligt avtalet. En skriftlig överenskommelse med Stockholmsgeriatriken och stadsdelsnämndens MAS har upprättats för strukturerade läkemedelsgenomgångar inklusive symtomskattning 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 ansvarig läkare överensstämmer uppgiften.

Hösten 2012 kommer samtliga omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på Kampementet tillsammans med Östermalms övriga äldreboendes sjuksköterskor att utbildas i god läkemedelsbehandling för äldre med specifikt fokus på de aktuella läkemedelsindikatorer som ingår i regeringens satsning "bättre liv för sjuka äldre". (LB ansvarar för denna utbildning finansierat av stimulansmedel).

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. Verksamheten har en rutin om vilka tillfällen läkare behöver kontaktas för eventuell ordination av lugnande läkemedel inför en tandbehandling. Det finns inte rutiner för egenkontroll av omsorgspersonalens följsamhet av aktuella ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård.

Förbättringsområde: Egenkontrollen av omsorgspersonalens följsamhet av ordinationer gällande de boendes mun- och tandvård behöver förtydligas.

⁹ 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.

¹⁰ Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.

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

Uppföljning: LB följer upp åtgärden vid samverkansmötet 2012-12-06.

Nutrition

Under 2011 har förvaltningen (Kärstin Trotzigs ansvar) haft ett kost- och nutritionsprojekt med dietist på bland annat Kampementet. Dietisten har i sin slutliga redovisning beskrivit de omfattande aktiviteterna i projektet som bland annat bestått av ett flertal viktiga utbildningar i måltidsmiljö, livsmedelshygien och ät- och sväljsvårigheter. Målgruppen för utbildningarna har varit omsorgspersonalen, sjuksköterskorna men även cheferna och rehabiliteringspersonalen. Flera standardiserade blanketter har introducerats för att underlätta för sjuksköterskorna att följa de boendes nutrition och till exempel förhindra allvarlig viktminskning. Den samordnande sjuksköterskan MG har också ett övergripande nutritionsansvar. Genom stickprov i journalerna följer hon upp att planer finns vid undernäring eller risk för undernäring och åtgärder samt uppföljningsdatum är dokumenterade.

Sedan förra uppföljningen har verksamheten implementerat rutinen att varje natt registrera de boendes nattfasta på våningsplanen med demenssjuka. Det är ett bra exempel på kvalitetssäkring av nutritionen för de boende som är mer sköra. Enligt LB:s intervju med 6 sjuksköterskor i slutet av april sker registreringarna i stort sett varje natt av omsorgspersonalen som signerar på en specifik blankett om den boende fått ett nattnål. Sjuksköterskan följer upp registreringarna varje vecka. För övriga boende på våningsplanen med somatisk inriktning mäts nattfastan två gånger per år eller oftare vid behov. Mätning av de boendes vikt sker dels vid inflyttningen och sedan var tredje månad eller oftare vid behov. Sjuksköterskorna informerar läkaren om vilka boende som har ät- och sväljsvårigheter och läkaren skriver remiss till logoped¹¹ om behov föreligger.

Vid LB:s intervju med de 6 sjuksköterskorna framkommer att samtliga sjuksköterskor deltar vid någon måltid i stort sett varje dag för att bilda sig en uppfattning om de boendes allmäntillstånd, ät- och sväljförmåga, sittställning, hjälpmedel samt om de boende får tillräckligt med mat och rätt konsistens på maten. Detta är också ett gott exempel på kvalitetssäkring av de boendes nutrition och gynnar även omsorgspersonalen som samtidigt kan få handledning och stöd.

Eftersom flertalet demenssjuka inte kan ge sitt samtycke till journalgranskning har LB genom sjuksköterskornas skriftliga svar genomfört en inventering av de boendes nutritionsstatus beträffande antal riskbedömningar och åtgärder utifrån bedömningsresultaten. Av 94 bedömda boende visar resultaten att 63 är i riskzonen för undernäring varav 17 bedömts som undernärda. Samtliga 63 boende har vårdplaner och 53 får näringsdryck, 16 erhåller konsistensanpassad kost och 4 är ordinerade energi- och proteinberikad kost (E-kost). När LB undrar varför så få har E-kost svarar samtliga sjuksköterskor att de boende i första hand vill äta likadan mat som grannen. Enligt LB skulle alla boende med demenssjukdom kunna äta E-kost och sjuksköterskorna ska undersöka om det går att beställa E-kost för båda alternativen på menyn. Många äldre kvinnor befinner sig i riskzonen för undernäring eller är undernärda vid inflyttningen till boendet. De vill också fortsätta väga lite som i ungdomen och förstår inte att lite mer hull kan vara bra för hälsan när man är äldre.

¹¹ I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av ät- och sväljningsstörningar.

När LB frågar om omsorgspersonalens följsamhet av sjuksköterskornas ordinationer av de boendes nutritionsbehov eller andra hälso- och sjukvårdsordinationer framkommer att följsamheten varierar markant. Några sjuksköterskor behöver ständigt påminna och kontrollera genomförandet av sina ordinationer. Någon sjuksköterska uppdrar åt en noggrann omsorgspersonal att ansvara för att ordinationerna efterföljs och en sjuksköterska väljer att själv utföra sina ordinationer.

Förbättringsområde: Hälso- och sjukvårdspersonalens (sjuksköterskornas och rehabiliteringspersonalens) ordinationer ska följas.

Åtgärder: Ledningen behöver upprätta rutiner om omsorgspersonalens skyldighet att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer.

Uppföljning: LB följer upp ovan nämnda åtgärder vid samverkansmötet 2012-09-06.

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. Sänggrindar eller rörelselarm kan användas för att skapa en trygghet för de boende. Vid LB:s uppföljning fanns följande skyddsåtgärder:

Sänggrindar för	51 boende
Grensele för	0 boende
Positioneringsbälte för	0 boende
Brickbord för	0 boende
Rörelselarm för	26 boende

Enligt MG har alla boende med skyddsåtgärder vårdplaner med samtycke, mål och datum för uppföljning i sina journaler.

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. Vid LB:s inventering i juni hade 10 boende av 96 trycksår vilket är ganska många men flertalet hade sina trycksår redan vid inflyttningen. Av de 96 boende hade 29 boende trycksårsförebyggande madrass och 14 boende behandlande madrass vilket är bra. Enligt patient-säkerhetsberättelsen deltog samtliga våningsplans sjuksköterskor i den nationella punkt-prevalens mätningen (PPM)¹² av trycksår vecka 10 i år. Den här mätningen är viktig för det preventiva arbetet med att minska förekomsten av trycksår.

¹² PPM = punktprevalens mätning av till exempel trycksår anger den andel individer i en population som har trycksår vid en viss tidpunkt.

Dokumentation

I enlighet med Socialstyrelsens skrift om sekretess- och tystnadspliktsgränser¹³ har samtliga uppföljare¹⁴ utifrån 96 journaler endast haft möjlighet att granska 24 journaler som de boende själva kunnat samtycka till. De flesta boende med demenssjukdom omfattas därför inte av journalgranskningen. Istället har uppföljarna genomfört flera intervjuer med respektive personalkategorier, besökt alla våningsplan planerat och oplanerat och genomfört skriftliga inventeringar av relevanta områden.

Sjuksköterskornas dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK, som är Stadens elektroniska journalprogram för hälso- och sjukvård. LB har granskat 12 journaler avseende dokumentationen inom sjuksköterskornas ansvarsområden. Av statistikgranskningen ett år tillbaka framgår att sjuksköterskorna har riskbedömt alla boende för trycksår och fallolyckor. Sjuksköterskorna har också genomfört fullständiga riskbedömningar av samtliga boendes nutritionsstatus vilket är en förbättring sedan förra årets uppföljning. I de granskade journalerna går det att följa omvårdnadsprocessen genom sjuksköterskornas upprättade planer: identifiering av resurser, risker eller problem, planerade och utförda åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekt. I en av de granskade journalerna saknas dock åtgärder och uppföljning av identifierade problem. I de fall vårdplanen handlar om en resurs, som förmåga att förflytta sig med något lämpligt hjälpmedel, finns dokumentation om samverkan med rehabiliteringspersonalen vilket är bra. Detsamma gäller fallskadeprevention och av sjuksköterskan identifierade behov av hjälpmedel vid till exempel måltiderna.

Förbättringsområden: Åtgärder och uppföljning av identifierade problem ska dokumenteras i journalen.

Åtgärder: Samtliga sjuksköterskor ska dokumentera åtgärder och uppföljning av identifierade problem, risker eller resurser hos de boende.

Uppföljning: LB följer upp ovanstående 12-12-06.

Rehabiliteringspersonalens dokumentation

LSL har granskat 12 journaler avseende dokumentationen inom rehabiliteringsområdet samt fallprevention. De granskade journalerna innehåller aktuellt status avseende ADL, förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov. Journalgranskningen visar att dokumentation håller god kvalitet och innehåller väsentliga uppgifter om ADL-förmåga, förflyttningar och hjälpmedelsbehov i samband med inflyttning och att dessa uppdateras vid behov. Uppgifter avseende utlämnade hjälpmedel framgår. Planer finns upprättade utifrån funktionella behov. Tillsammans med sjuksköterskorna, som ansvarar för riskbedömningar av de boendes falltendens, upprättas planer för fallprevention.

Utvecklingsområden inom dokumentationen för både sjuksköterskor och rehabiliteringspersonalen är:

- Att i större utsträckning koppla utförda åtgärder till planerad åtgärd
- Att vid måluppfyllelse avsluta de planer som inte längre är aktuella

¹³ ”Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården” Socialstyrelsen, februari 2012.

¹⁴ Gäller både uppföljare av SoL (Socialtjänstlag 2001:453) och uppföljare av HSL (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763).

- Att ta hjälp av dokumentationssystemets hjälpfrastexter för korrekt användande av sökord.

LB och LSL följer upp ovan förslag på utveckling vid uppföljningen 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 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 3 boende med insulinbehandlad diabetes och 1 som är tablettbehandlad. Vid LB:s granskning av rutiner finns ingen dokumentation om gemensamma rutiner om kontroller av plasmaglukos och HbA1c¹⁵ på boende med diabetes. Det finns inga gemensamma rutiner om hur ofta sjuksköterskorna ska inspektera fötterna på boende med diabetes. När LB frågar sjuksköterskorna om ovan har de inga konkreta svar. Enligt skrivelse till LB från verksamhetens läkare kontrolleras plasmaglukos regelbundet på boende med diabetes beroende på senaste resultatet av värdena. Enligt läkaren sker kontrollerna var tredje månad samt vid behov. Inför läkemedelsgenomgångar ordinerar läkaren plasmaglukoskontroller.

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 ovan åtgärder vid samverkansmötet 2012-09-06.

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och därmed tillgång till vårdhygienisk kompetens. Sjuksköterskorna registrerar alla antibiotikabehandlingar av de boende i Vårdhygiens statistikmall vilket är mycket bra och på sikt kan bidra till en minskning av onödiga antibiotikabehandlingar. Hygienrond har genomförts men inga hygienutbildningar för omsorgspersonalen senaste året.

Förbättringsområden: Omsorgspersonalen behöver uppdatera sina kunskaper i basala hygienrutiner.

Åtgärder: Omsorgspersonalen bör genomgå Vårdhygiens utbildningar i basala hygienrutiner så fort som möjligt.

Uppföljning: LB följer upp ovan åtgärder 2012-09-06.

Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan

Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överrapportering varje morgon, eftermiddag och kväll. På vardagar träffas alla dagsjuksköterskor även kl 8.15 förutom rapporteringen som alltid sker mellan nattsjuksköterskan och dagsjuksköterskan som börjar klockan 07.00. Omsorgspersonalen överrapporterar till varandra vid samma tillfällen som sjuksköterskorna morgon, eftermiddag och kväll.

¹⁵HbA1c är ett "långtidsmått" på glukosnivån och den viktigaste biokemiska variabeln för att följa behandlingen av diabetes.

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 (teamarbete)

Enligt LB:s intervju med sjuksköterskorna har varje våningsplan tvärprofessionella team möten varannan 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. På planen med demenssjuka diskuteras också Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och omsorg om demenssjuka. Enligt sjuksköterskorna varierar omsorgspersonalens förståelse för nyttan med det tvärprofessionella samarbetet. LB understryker dock att det tvärprofessionella samarbetet, de boendecentrerade åtgärderna är tillsammans med all berörd personals kompetens tre betydelsefulla faktorer för en framgångsrik vård och omsorg.

Förslag på utveckling: Det kan vara väsentligt att i en skriftlig rutin förtydliga den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans, kontaktmannens och rehabiliteringspersonalens ansvarsområden och roller i det tvärprofessionella samarbetet.

Uppföljning: LB följer upp ovan förslag vid 2013 års uppföljning.

Kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal

Sjuksköterskorna har under 2011 genom stimulansmedlen (Kärstin Trotzigs ansvar) fått utbildning av dietist i ett strukturerat arbetssätt med de boendes nutrition genom olika checklistor samt en utbildningsdag med logoped i ät- och sväljsvårigheter. Två av sjuksköterskorna med specialintresse för demenssjukdom har gått en spetsutbildning (2 dagar) inom demensvård via stimulansmedlen (Kärstin Trotzigs ansvar). Den samordnande sjuksköterskan MG har också initierat användandet av instrumenten Qualid¹⁶ och Abbey Pain¹⁷ hos sina kollegor som arbetar med demenssjuka vilket är mycket bra. All personal inklusive hälso- och sjukvårdspersonal har under hösten 2011 fått utbildning i vård i livets slutskede.

De två sjuksköterskorna med handledaransvar för dokumentation i VODOK har tillsammans med övriga handledarkollegor på Östermalms vård- och omsorgsboenden fått en halv dags utbildning i upprättande av vårdplaner i VODOK genom förvaltningens initiativ (LB:s ansvar).

Ledningssystem

Det finns ett ledningssystem på Kampementet utifrån Socialstyrelsens (SOSFS 2011:9) föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningsgruppen är namngivna utifrån sina respektive ansvarsområden och kvalitetshjulet används för att schematiskt tydliggöra verksamhetens kvalitetsarbete.

¹⁶ Qualid är ett amerikanskt evidensbaserat instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Det har översatts och utvärderats av sjuksköterskan och fil.dr. Hanna Falk.

¹⁷ Abbey 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).

De olika områdena i kvalitetshjulet beskrivs med tillhörande verktyg och instrument till exempel området *Genomförande* vars verktyg bland annat är entreprenörens MAS riktlinjer och verksamhetens lokala rutiner. GM har upprättat lokala rutiner för hälso- och sjukvården som till exempel kontakt med läkare och informationsöverföringen mellan sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.

Lex Maria och avvikelshantering

I verksamheten finns det två kvalitetsråd som omfattar respektive 3 våningsplan och inriktning. I kvalitetsråden ingår kvalitetssamordnare, ett kvalitetsombud från varje plan, verksamhetschefen, sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen och de träffas en gång per månad. Varje kvalitetsråd går igenom föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål samt följer upp beslut om åtgärder från föregående möte. Även rutiner tas upp som kanske behöver revideras för att bli mer ändamålsenliga. I verksamheten finns också ett övergripande kvalitetsråd där de båda kvalitetssamordnarna, verksamhetscheferna, samtliga sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal ingår. I detta kvalitetsråd diskuteras avvikelser som är aidentifierade för att alla ska kunna lära av varandras avvikelser. Detta är ett gott exempel på en positiv utveckling av kvalitetsarbetet på Kampementet. 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
61	1	44	1 ¹⁸	0

Benägenheten att rapportera avvikelser i VODOK:s modul är sannolikt lägre det här första året eftersom sjuksköterskorna också måste rapportera parallellt i Attendos eget avvikelssystem. Avvikelseerna i läkemedelshanteringen handlar i de flesta fall om att omsorgspersonalen har glömt att signera överlämnandet av läkemedelsdoser eller glömt att överlämna de boendes läkemedel. Sjuksköterskornas förbättrade uppföljning vid delegeringsförfarandet för omsorgspersonalen har sannolikt bidragit till färre avvikelser inom läkemedelshanteringen. Likaså kan utbildningen av omsorgspersonalen i läkemedel och äldre hösten -11 via stimulansmedel (LB:s ansvar) ha haft en positiv effekt. De flesta fallolyckor brukar resultera i icke synliga skador, några med blåmärke och ömhet och några med sår. Antalet lårbensfrakturer har minskat eventuellt till följd av att fler boende idag använder höftskyddsbyxor.

Läkarinsatser

Stockholmsgeriatriken ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt sedan 6 år med mycket god kontinuitet och sjuksköterskorna, de boende och anhöriga är nöjda med den operativa läkaren och dennes semestervikarie. Läkaren kommer en gång per vecka och kan nå vardagar mellan 8-17 och därefter inklusive helger och nätter ansvarar jourläkare.

¹⁸ Avvikelsen gäller vårdkedjan.

Ledningen på Kampementet har samverkansmöten med den operativa läkaren och dennes chef från Stockholmsgeriatriken några gånger per år. Som representant för Östermalms stadsdelsnämnd deltar LB tillsammans med kollegor från centrala Staden i möten med Stockholmsgeriatrikens ledning ett par gånger per termin kring frågor av övergripande karaktär. LB har upprättat ett lokalt avtal med Stockholmsgeriatrikens ledning om ansvarsförhållandena mellan läkaren och övrig hälso- och sjukvårdspersonal på vård- och omsorgsboenden.

Läkemedelshantering

Läkemedel är sjukvårdens viktigaste behandlingsinstrument och är den mest omfattande medicinska behandlingen för äldre. Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering 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 läkemedelshantering men de flesta behöver hjälp med all hantering. På Kampementet 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 MAS¹⁹. 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 vid behovs ordinerade narkotiska läkemedel utförs varje gång uttag sker samt en gång per månad av de sjuksköterskor som kontrollerar narkotikan i akut- och buffertförrådet.

Varje år beställer verksamheten en extern kvalitetsgranskning av farmaceut specialiserad inom området. Årets granskning skedde 2012-05-22 och den sammanfattande kommentaren var att läkemedelshantering var säker och i god ordning. Farmaceuten har dock uppmärksammat några brister och föreslår följande åtgärder som LB **följer upp 2012-09-06**.

1. Att det finns en skriftlig rutin om att öppningsdatum och signatur ska dokumenteras på alla läkemedel vars hållbarhet förkortas vid öppnandet (till exempel ögondroppar, insulinpennor etc).
2. Att det finns en skriftlig rutin om att kylskåps- och rumstemperatur ska kontrolleras och dokumenteras en gång per vecka.
3. Att effekten av administrerade vid behovs läkemedel ska följas upp och dokumenteras.

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

4. Att läkemedel som tillhört en boende som flyttat eller avlidit ska överlämnas till dödsboet förutom narkotiska läkemedel som ska kasseras och dokumenteras i narkotikajournalen.

Delegering

Det finns skriftliga rutiner i Attendos ledningssystem för 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 varje förlängning av delegering får omsorgspersonalen genomgå ett nytt kunskapstest och sjuksköterskan ställer ytterligare frågor för att säkerställa personalens kunskap.

Medicintekniska produkter (MTP)

Vid LSL:s uppföljning framkommer att det finns lokala skriftliga rutiner för MTP där ansvarsfördelning, utsedda förskrivare och kontrollintervall beskrivs. Hjälpmedel/MTP har märkts och registrerats i en inventarieförteckning som uppdateras årligen.

Personlyftar och sängar kontrolleras årligen av formellt utbildad person. Senaste kontroll genomfördes december -11 och januari -12. Under 2011 byttes 9 äldre sängar ut och i år har 7 bytts ut och det finns en plan för ytterligare utbyte av 7 sängar. LSL råder rehab-personalen att upprätta kassationslista på uttjänta sängar. Pärmar med information om hjälpmedel och deras skötsel finns tillgängliga på boendeenheterna. Checklista över individuella hjälpmedel finns hos varje boende. Kontaktmannen ansvarar för veckovis kontroll och underhåll. Omsorgspersonalens kompetens att använda MTP säkras genom utbildning i samband med introduktion och handledning vid förskrivning och utlämnande av individuella hjälpmedel. Det finns en plan för 2012 att utbilda sommarvikarier om hjälpmedel och förflyttning. Kontroll av vilka som har kompetens sker genom deltagarlistor och intyg om utbildning. Vid uppföljningen behövde 32 boende förflyttas med hjälp av taklyft, 5 med mobil stålyft och 45 boende var rullstolsburna.

Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska varje vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars kommande år. Kampementets PSB har upprättats av den samordnande sjuksköterskan MG. Den är tydlig och beskriver hur verksamheten arbetar bland annat med avvikelser, synpunkter och rutiner i kvalitetsråd som protokollförs och delges alla medarbetare på arbetsplatsmöten. Åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten är till exempel utbildning i läkemedelskunskap för omsorgspersonalen (via stimulansmedel), nutrition för all personal (via stimulansmedel), spetskompetens inom demensvård för två sjuksköterskor och vård i livets slutskede för all personal. Verksamheten har en Silviasyster som utbildar omsorgspersonalen i bemötande och en god omsorg om demenssjuka. Samtliga sjuksköterskor registrerar alla antibiotikabehandlingar vilket på sikt kan minska antalet och utvecklingen av resistent bakterier. Berättelsen innehåller även förslag på förbättringar till exempel att årligen uppdatera omsorgspersonalens kunskaper om basala hygienrutiner samt att sjuksköterskorna alltid ska använda bedömningsinstrumentet Abbey Pain Scale för mätning av smärta hos framförallt demenssjuka.

Det saknas en tydlig redogörelse om resultaten av de åtgärder som vidtagits 2011 för att öka patientsäkerheten. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs också i 7 kap. 2 § mer uttömmande om vad PSB ska innehålla utöver vad som står i PSL.

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. Ledningen bör också beskriva ansvaret för de olika områdena inom patientsäkerhetsarbetet samt fastställa mål och beskriva hur uppföljningen av dem och patientsäkerhetsarbetet ska genomföras.

Förbättringsområde och förslag på åtgärder: LB rekommenderar ledningen att utveckla sin patientsäkerhetsberättelse för 2012 enligt ovanstående föreskrifter och lagrum.

Uppföljning: LB följer upp ovan vid den årliga uppföljningen 2013.

Rehabilitering

Arbetsterapeut och sjukgymnast träffar nyinflyttade för bedömning av ADL-, förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov. De medverkar vid vårdplanering för ny boende och därefter vid behov. Sjukgymnast/arbetsterapeut upprättar i stor utsträckning individuella planer när behov föreligger vilket underlättar uppföljningen av åtgärderna. De boende som har behov av arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk träning kan erbjudas detta individuellt eller i grupp. Utrustning/redskap och lokal finns som utnyttjas dagligen.

Vård i livets slutskede

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska palliativregistret²⁰, se nedan. Ett syfte med registret är att utifrån de trettiotal frågor som besvaras av sjuksköterskan uppmärksamma om de områden som är väsentliga för vården i livets slutskede. Hösten -11 utbildades alla personalkategorier inom området vård i livets slutskede. Det finns uppdaterade lokala rutiner om vård i livets slutskede med bland annat mål för vården och omsorgen. Det finns även en uppdaterad lokal rutin om omhändertagande av avlidna. Avlidna förvaras i kylrummet på Rios vård- och omsorgsboende.

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