

Kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégården 2013

Linnégårdens vård- och omsorgsboende består av 6 våningsplan med totalt 86 lägenheter varav 5 plan har 15 lägenheter per plan indelade i 2 boendegrupper med 7 respektive 8 boende. På plan 6 finns 11 lägenheter. Linnégården har 3 vårdinriktningar: somatisk vård (plan 6), demensvård (plan 1, 2, 4 och 5) och psykiatrisk vård (plan 3). Carema Care AB övertog driften av Linnégården på entreprenad 1 november 2010.

Ansvar för uppföljningen

Stadsdelsnämndens MAS¹ Lili Briese (LB) och MAR² Linnéa Svanström Leistedt (LSL) har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégården 2013. Uppföljningen har omfattat ett flertal tillfällen i februari och mars och inkluderat:

- granskning av verksamhetens ledningssystem inklusive verksamhets- och patientsäkerhetsberättelse 2012, verksamhetsplan 2013
- granskning av ett begränsat antal journaler med enskildas samtycke
- granskning av täthetsschema av sjuksköterskebemanningen, aktuell befattningslista
- ett flertal intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal
- fokusgrupp med sjuksköterskor
- ett flertal anmälda och oanmälda besök i verksamheten
- skriftlig inventering av de boendes nutritionsstatus per våningsplan utan personuppgifter och sjuksköterskornas vidtagna åtgärder
- skriftlig inventering av ordinerade skyddsåtgärder per våningsplan utan personuppgifter
- resultat från verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonals kollegiala granskning av journaler gällande beslutade fysiska skyddsåtgärder
- ledningens och hälso- och sjukvårdspersonalens skriftliga svar på frågeformulär om medicinska uppgifter utan personuppgifter
- statistik om rapporterade avvikelser
- statistik om genomförda systematiska bedömningar av de boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår.

LB har även samverkat med den kvalitets- och avtalsansvariga uppföljaren av omsorgen och individuppföljarna för att vi tillsammans ska få en helhetsbild av verksamhetens vård och omsorg om de boende.

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).

Sammanfattande bedömning

Det har skett en positiv utveckling i verksamheten sedan förra uppföljningen. Flertalet brister och förbättringsområden som uppmärksammades då har åtgärdats. Vid samtliga besök och kontakter med verksamheten har ledningen, hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen varit vänliga och tillmötesgående vilket är positivt. Samverkan mellan entreprenörens och nämndens MAS har fungerat mycket bra. Det råder bättre ordning i sjuksköterskornas expedition och läkemedelsrum. Det finns gemensamma arbetsrutiner och fler uppdaterade lokala rutiner för att säkra vårdkvaliteten. Sjuksköterskorna har uppdaterat riskbedömningar av de boendes status för nutrition, fallolyckor och trycksår. Ledningen har satsat på utbildning för varje medarbetare men också en omfattande utbildningssatsning för alla professioner inom området demensvård. Målet är att verksamheten ska certifieras i Stiftelsen Silviahemmets regi. I november -12 blev Linnégården certifierad enligt ISO 9001:2008 i Kvalitet. Men vissa områden behöver förbättras. Ledningen ska följa avtalet om täthetsschemat för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna behöver upprätta fler planer med åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzon enligt bedömning. Riskanalys ska alltid föregå beslut om skyddsåtgärderna positioneringsbälte eller grensele. En vårdplan ska finnas för boende med urinkateter. Beslut om hälso- och sjukvård som berör omsorgspersonalen ska dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen.

Förbättringsområden

1. Ledningen ska följa avtalet om täthetsschemat för sjuksköterskorna.
2. Det ska finnas en vårdplan för alla boende med urinkateter.
3. Sjuksköterskorna behöver upprätta fler planer med åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzon enligt bedömning.
4. Riskanalys ska alltid föregå beslut om skyddsåtgärderna positioneringsbälte eller grensele. Riskanalysen ska inkludera dokumentation om alternativa metoder som prövats och utvärderats.
5. Beslut om hälso- och sjukvård som berör omsorgspersonalen ska dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen.

Ledning

Sedan förra uppföljningen har Carema under hösten 2012 genomfört ytterligare en omorganisation av Linnégårdens ledning och utökat antalet enhetschefer för omsorgen från 2 till 3 för att förbättra styrningen och ledningen av omsorgspersonalen. Verksamhetschefen, som också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL³, är utbildad sjukgymnast och har därför skriftligt uppdragit enligt 30 § HSL åt sjuksköterska inom verksamheten att fullgöra vissa enskilda ledningsuppgifter. Sjuksköterskan har också ett samordnande ansvar för sjuksköterskegruppen. Ledningen utgör sammanlagt 4,0 årsarbetare plus cirka 7 timmar per vecka av ovan nämnda sjuksköterska.

³ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bemanning och ansvar

Sjuksköterskor

Verksamheten har egna sjuksköterskor (7,51 årsarbetare) dygnet runt alla dagar på året. Enligt ledningens personallista från 2013-01-21 finns det 3 nattsjuksköterskor som arbetar enligt ett rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Varje nattsjuksköterska har förutom sitt medicinska ansvar för de 86 boende och ett arbetsledaransvar för befintlig nattpersonal även ett omsorgsansvar för de 11 boende på plan 6. Det finns 6 dagsjuksköterskor som arbetar dag- och kvällspass enligt ett rullande schema alla dagar på året och 5 av dessa har omvårdnadsansvaret för 15 boende var på planen 1 till och med 5. Den samordnande sjuksköterskan med vissa ledningsuppgifter har även omvårdnadsansvaret för de 11 boende på plan 6 och ska också se till att samtliga sjuksköterskor följer gemensamma arbetsrutiner för alla våningsplan. LB uppfattar att det råder bättre ordning nu bland omlägnings- och provtagningsmaterial, papper och pärmar i sjuksköterskornas expedition och läkemedelsrum.

Befattning	Antal individer	Årsarbetare
Nattsjuksköterskor	3	2,02
Dagsjuksköterskor	6	5,49

På vardagar dagtid ska det enligt avtalet vara 3-4 sjuksköterskor i tjänst. När de är 3 sjuksköterskor i tjänst har 2 ansvar för 30 boende var och 1 ansvar för 26 boende. Enligt sjuksköterskornas 6-veckors schema ska de vara 4 i tjänst på tisdagar och onsdagar vissa veckor som varierar på grund av schemaläggningen.

Under 2012 har det varit en 36 % omsättning av totala antalet årsarbetare dagsjuksköterskor sedan förra uppföljningen och ytterligare en heltid dagsjuksköterska, 18 % årsarbetare, har sagt upp sig nu. Under perioder har det medfört en minskad kontinuitet i sjuksköterskebemanningen och ett ökat ansvar för de övriga sjuksköterskorna. Ledningen har fått lägga ner mycket arbete på att rekrytera nya sjuksköterskor.

Täthetsschemat⁴ som LB granskat omfattar 5 månader (från oktober -12 till och med februari -13). Det visar att det mestadels varit bara 3 sjuksköterskor i tjänst och sällan 4. Vid flera tillfällen har dagsjuksköterskorna endast varit 2 i tjänst framförallt under december -12 och februari -13. Det framkommer också att under ett flertal arbetspass har de 3 sjuksköterskorna inkluderat en vikarierande sjuksköterska och vid några tillfällen har en sjuksköterska arbetat dubbelpass. Enligt verksamhetschefen har det varit svårt att rekrytera vikarier vid sjukskrivningar, utbildningstillfällen, tjänstledigheter och kortare semestrar som påverkat bemanningen av sjuksköterskorna negativt.

Med tanke på att det endast är 1 sjuksköterska i tjänst per arbetspass vardagar från klockan 17:00 till klockan 08:00 nästa dag samt endast 1 sjuksköterska i tjänst per

⁴ Täthetsschema visar antal individer som tjänstgör under dygnets samtliga timmar.

arbetspass under hela helgerna är det väsentligt att dagsjuksköterskorna är tillräckligt många på vardagarna. Det är betydelsefullt att ledningen vinnlägger sig om att arbeta för en god kontinuitet och adekvat kompetens i sjuksköterskegruppen samt bemanna med vikarier vid ordinarie sjuksköterskas frånvaro.

Förbättringsområde: Ledningen ska följa avtalet om täthetsschemat för sjuksköterskorna.

Uppföljning: LB följer upp sjuksköterskebemanningen varje månad 2013.

Rehabiliteringspersonal

Arbeterapeuten och sjukgymnasten arbetar alla vardagar 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 aktuell bemanningslista ska det finnas 1 sjukgymnast som arbetar 75 % och 2 arbetsterapeuter som arbetar 75 % respektive 50 %.

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.

Förebyggande hälso- och sjukvård

Följande 9 områden är aktuella i det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet: fallolyckor, fotsjukvård, hygien, kontinens- och inkontinensvård, läkarens ansvar, munhälsa, nutrition, skyddsåtgärder och trycksår.

Fallolyckor, 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 med standardiserade instrument 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 och följer upp effekten av åtgärderna tillsammans med omsorgspersonalen vid team möten.

1. Fallolyckor

Utifrån sjuksköterskans riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av de boendes förflyttningsförmåga samt arbetsterapeutens ADL⁸ status vidtar sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen lämpliga fallskadepreventiva åtgärder till exempel en genomgång av den boendes aktuella läkemedel tillsammans med läkaren, nutritionsåtgärder för att förebygga undernäring, förskrivning av hjälpmedel för säkrare förflyttning och/eller balans- och gångträning. Vid uppföljningen framkommer att 14 boende använder

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.

höftskyddsbyxor som kan minska risken för höftfraktur för boende med hög fall- och frakturnrisk. Fallprevention diskuteras på team mötena varje vecka på respektive våningsplan och varje fallolycka bedöms och åtgärder beslutas om som dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen. Effekten av åtgärderna följs upp vid kommande team möten.

Årtal	Uppdaterade riskbedömningar av boendes falltendens
2012	100 %
2013	100 %

2. Fotsjukvård

Läkaren ska utfärda remiss för de boende som behöver fotsjukvård till exempel boende med diabetes med befintliga eller begynnande fotproblem eller boende med cirkulationsrubbningsor som har orsakat eller riskerar att orsaka sår på foten. Övriga målgrupper som är berättigade till fotsjukvård finns dokumenterat på www.uppdragsguiden.sll.se.⁹

Årtal	Antal boende med fotsjukvård
2012	0
2013	2

3. Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien men sjuksköterskorna registrerar inte ännu de boendes antibiotikabehandlingar och infektioner vilket även framkom vid 2012 års uppföljning. Däremot har ledningen sett till att 85 omsorgspersonal har utbildats av Vårdhygien våren 2012 i basala hygienrutiner vilket är bra och i enlighet med förra årets uppföljning. Hygienrond med specialistsjuksköterska från Vårdhygien har genomförts i september 2012 vilket också är bra. Protokollet från hygienronden visar att det finns ett flertal förbättringsområden bland annat inom områden som gäller basala hygienrutiner. Ledningen har i samråd med entreprenörens MAS valt ut vilka områden som ska åtgärdas i första hand. All omsorgspersonal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner under våren -13. Enligt ledningen har 95 % genomfört utbildningen som är en repetition av förra årets utbildning. Samtlig omsorgspersonal får också handledning av respektive enhetschef i hygienrutiner.

LB rekommenderar att sjuksköterskorna börjar registrera alla antibiotikakurer och infektioner i verksamheten i Vårdhygiens mall utan personuppgifter. Det kan indirekt vara ett pedagogiskt hjälpmedel att på sikt minska antalet infektioner och utveckling av resistenta bakterier. Det är dock en frivillig åtgärd.

4. Kontinens- och inkontinens

Vid inflyttning ska sjuksköterskan göra en bedömning om de boende behöver hjälp med toalettbesök eller har problem med läckage. Sjuksköterskan ansvarar för

⁹ Förfrågningsunderlag för Fotsjukvårdsverksamhet giltigt från 2013-01-01.

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.

Inkontinensprobl.	Inkontinensskydd	Urinkatet.	Suprapubis.kat.
66 boende	64 boende	5 boende	1 boende

Ingen av dagsjuksköterskorna har någon högskoleutbildning i inkontinensvård. En av nattsjuksköterskorna är utbildad distriktssjuksköterska och därmed utbildad inom inkontinensvård. LB rekommenderar ledningen att erbjuda någon av dagsjuksköterskorna utbildning i inkontinensvård på någon av högskolorna. Det finns uppdaterade rutiner om inkontinensvård i verksamheten, och enligt ledningen bedömer och utreder sjuksköterskorna boende som har behov av inkontinenshjälpmedel. Ledningen kommer att förbättra inkontinensvården under 2013 och göra stickprovskontroller 1 gång per månad. Enligt ledningens skriftliga svar har inte samtliga boende med urinkateter en vårdplan men datum för uppföljning och byte av katetern är dokumenterat i journalen.

Förbättringsområde: Det ska finnas en vårdplan för boende med urinkateter med a)indikation, b) mål, c) åtgärder och d) datum för uppföljning.

Uppföljning: LB följer upp ovan **senast 17 juni 2013**.

5. Läkarens ansvar och förebyggande hälso- och sjukvård

Proffice Läkarleasing AB ansvarar för läkarinsatserna sedan 6 år med mycket god kontinuitet och sjuksköterskorna, de boende och anhöriga är nöjda med den kliniska läkaren och dennes semestervikarie. Läkaren kommer två gånger per vecka och kan nå vardagar på telefon klockan 8-17. Proffice har avtal med Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna under jourtid (kvällar, nätter och helger). Det fungerar också tillfredsställande enligt sjuksköterskorna. Läkare kan alltid nå dygnet runt och vid behov göra hembesök. Förutom sitt sedvanliga läkaransvar ingår i läkarens uppdrag bland annat att göra en genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd¹⁰ en gång per tolv månadersperiod. Sjuksköterskan ska vara behjälplig vid dessa genomgångar. Läkaren ska också genomföra en dokumenterad *läkemedelsgenomgång*¹¹ tillsammans med sjuksköterskan inom två månader efter den boendes inflyttning och därefter minst en gång årligen. Enligt samtal med ansvarig läkare (2013-04-04) har samtliga boende erhållit en läkemedels- genomgång senaste året som läkaren rapporterar i landstingets rapporteringssystem (RAPP).

En överenskommelse med bland andra Proffice Läkarleasing AB, Stockholmsgeriatriken och stadsdelsnämndens MAS har upprättats för läkemedelsgenomgångar utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre

¹⁰ 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.

¹¹ Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.

läkemedelsterapi. Överenskommelsen används vid läkemedelsgenomgångar på vård- och omsorgsboenden i Östermalm och är gemensam i centrala Staden. Ledningen på Linnégården har upprättat en överenskommelse med läkarorganisationen om rutiner kring samverkan mellan läkaren och verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal för att öka patientsäkerheten.

Varje höst erbjuder landstinget alla personer över 65 år *kostnadsfria vaccinationer* mot influensa och pneumokockinfektion¹². Erbjudandet inkluderar alla boende på vård- och omsorgsboenden. Utifrån varje boendes medgivande och allmäntillstånd gör läkaren en bedömning om vaccination är lämpligt. Sjuksköterskan utför vaccinationen i enlighet med läkarens ordination.

6. Munhälsa

Landstinget har upphandlat en vårdgivare som erbjuder en munhälsobedömning kostnadsfritt årligen för varje boende på vård- och omsorgsboenden. 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. Enligt ledningen gör sjuksköterskorna också en bedömning av alla boendes munstatus vid inflyttningen. Sjuksköterskan ansvarar 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. Enligt sjuksköterskorna har alla boende utom 2 som tackat nej erhållit en munhälsobedömning senaste året.

7. Nutrition

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna, som har huvudansvaret för de boendes nutrition, genomför en standardiserad riskbedömning (MNA) av de boendes nutritionstatus vid inflyttning och därefter årligen samt vid behov.

Årtal	Uppdaterade riskbedömningar av boendes nutrition
2012	100 %
2013	100 %

En inventering av sjuksköterskornas nutritionsåtgärder för boende som är undernärda eller i riskzonen visar att det endast finns vårdplaner för 31 boende och 30 av sjuksköterska ordinerade nutritionsåtgärder¹³ för de 47 boende som är i riskzonen för malnutrition eller är undernärda enligt aktuell riskbedömning.

Årtal	I riskzon eller undernärda	Aktuella vårdplaner	Nutritionsåtgärder
2012	41 boende	41	41
2013	47 boende	31	30

¹² Vaccination beträffande pneumokockinfektion behöver endast upprepas efter cirka 6 år.

¹³ Nutritionsåtgärd kan vara till exempel E-kost = halv portionsstorlek av normal kostportion med lika stort energi- och proteininnehåll, konsistensanpassad kost eller näringsdryck.

Sjuksköterskorna har genomfört aktuella riskbedömningar av samtliga boendes nutritionsstatus enligt statistiska uppgifter i VODOK. Men däremot finns det färre av sjuksköterska ordinerade nutritionsåtgärder än vid förra årets uppföljning enligt den skriftliga inventeringen. Vid intervjuer med sjuksköterskorna kan försämringen delvis bero på att det varit en omsättning i sjuksköterskegruppen, sjukskrivningar och annan frånvaro som bland annat medfört merarbete för de andra sjuksköterskorna. Det framkommer också en viss okunskap hos några sjuksköterskor som kan behöva uppdatera sina kunskaper i nutrition.

Förbättringsområde: Sjuksköterskorna behöver upprätta fler planer med åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzon enligt bedömning.

Uppföljning: LB följer upp ovan nämnda åtgärder senast **17 juni 2013**.

Sjuksköterskorna menar att de är noggranna med att följa de boendes vikt som är ett bra mått på de boendes nutritionsstatus. Vikt mäts på varje boende som flyttar in och därefter var tredje månad eller oftare vid behov. Det finns ingen skriftlig rutin om hur man mäter en boendes vikt, men sjuksköterskorna instruerar omsorgspersonalen muntligt om vilka rutiner som gäller vid mätning av vikt.

Sjuksköterskorna ansvarar för att göra en bedömning av den boendes ät- och sväljförmåga. Om dysfagi (ät- och sväljsvårigheter) föreligger kan läkaren remittera den boende till logoped¹⁴. Enligt läkaren är det ungefär 1- 2 boende som har remitterats till logoped per år. En del av de nyinflyttade har redan träffat en logoped under till exempel en sjukhusvistelse. LB menar att det är väsentligt att sjuksköterskorna är observanta på boende med neurologiska sjukdomar till exempel de med framskriden demenssjukdom som kan utveckla ät- och sväljsvårigheter. Enligt sjuksköterskorna deltar de inte regelbundet vid de boendes måltider utan det sker framförallt utifrån omsorgspersonalens önskemål. Men LB menar att det kan vara ett utmärkt tillfälle för sjuksköterskan att följa upp sina nutritionsordinationer samt bedöma den boendes allmäntillstånd inklusive ät- och sväljförmåga.

Vid förra uppföljningen rekommenderade LB ledningen att införa regelbundna rutiner för mätning av de boendes nattfasta. Enligt en modell för mätning av nattfastan noterades all näring som den boende intog i 3 påföljande dygn under början av mars 2013. Resultatet visade att de flesta boendes nattfasta inte översteg 10 timmar vilket är bra. Åtgärder ska vidtas för de boende som uppmärksammades ha för lång nattfasta. Omsorgspersonalen erbjuder alla kvällsmål mellan kl 19-20 och de som vaknar eller är vakna på natten erbjuds något näringsrikt att äta eller dricka. Tidig frukost för de som vill och behöver kan också serveras i sängen. Dessa åtgärder är viktiga men LB rekommenderar ledningen att också införa regelbundna mätningar av de boendes nattfasta.

¹⁴ I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av sväljningsstörningar.

8. Skyddsåtgärder

Många av de boende behöver en hög grad av vård och omsorg. Ibland används individuellt förskrivna hjälpmedel som skyddsåtgärder för att skydda den boende från till exempel fallolyckor. Vissa boende kan behöva positionerande hjälpmedel till exempel vid balansproblem eller problem med bålstabiliteten. Vid uppföljningen användes följande skyddsåtgärder:

Årtal	Sänggrind	Grensele	Positioneringsbälte	Rörelselarm
2012	36	7	1	17
2013	30	6	3	17

Vid förra uppföljningen uppmärksammade LB och LSL att dokumentationen för åtgärderna grensele och positioneringsbälte behövde säkras vad gällde indikation, riskanalys och beslut, den boendes samtycke och datum för uppföljning.

LB har bett hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheten genom ledningen att kollegialt granska dokumentationen vad gäller de boende som har beslut om grensele och positioneringsbälte utifrån en specifik mall upprättad av LB. Resultatet av journalgranskningen visar att det har skett en stor förbättring av dokumentationen. Journalerna innehåller uppgifter om indikation, hälso- och sjukvårdspersonalens beslut och bedömning av den boendes samtycke, uppföljningsintervall och datum för nästa uppföljning. Riskanalyser saknas dock i samtliga journaler.

Förbättringsområde: Riskanalys ska alltid föregå beslut om skyddsåtgärderna positioneringsbälte eller grensele. Riskanalysen ska inkludera dokumentation om alternativa metoder som prövats och utvärderats.

Uppföljning: LB följer upp ovan nämnda **senast 17 juni 2013**.

9. 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 med en optimal nutrition och främjandet av en god blodcirkulation kan minska risken för trycksår. Det har skett en liten försämring av sjuksköterskornas antal uppdaterade riskbedömningar för trycksår. LB följer upp 2014 att de uppdaterade riskbedömningarna för trycksår inkluderar alla boende.

Årtal	Uppdaterade bedömningar av boendes risk för trycksår
2012	93 %
2013	86 %

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

Årtal	Trycksår grad	Förebygg. madrass	Behandl.madrass	Rullstolsburna
2012	3	21	2	Ingen uppgift
2013	0	16	3	33

Vid uppföljningen framkommer att ingen boende har trycksår vilket är positivt.

Avvikelsehantering och Lex Maria

Verksamheten arbetar med avvikelser, klagomål och synpunkter i ett kvalitetsråd under ledning av verksamhetschefen 1 gång per månad. Omsorgspersonal från varje våningsplan, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal deltar i kvalitetsrådet och allvarliga avvikelser går igenom. Kvalitetsrådet arbetar förebyggande för att förhindra avvikelser och upprepning av avvikelser samt upprättar och förbättrar rutiner.

Rapporterade avvikelser i VODOK enligt statistik i Sammanställningar 2012

Fallolyckor	Fallolyckor som lett till fraktur	Läkemedelshanteringen	Övrigt	Lex Maria
148	2	38	0	3

Avvikelsemodulen i VODOK är ett registreringsverktyg och tillhör inte journalen. Sjuksköterskorna ska registrera alla avvikelser i VODOK enligt avtalet. I ledningens Patientsäkerhetsberättelse för 2012 finns en redogörelse för antalet avvikelser som registrerats i Caremas eget avvikelssystem:

Fallolyckor: 185

Frakturer: 5

Brister i läkemedelshanteringen: 67 avvikelser varav 58 är uteblivna doser det vill säga doser som av olika skäl inte överlämnats till de boende, den mest vanliga avvikelser inom läkemedelshanteringen. Entreprenörens MAS har gjort 3 Lex Maria anmälningar under 2012. Utifrån resultatet från utredningarna har ledningen vidtagit åtgärder för att förhindra att liknande händelser ska upprepas.

Skilnaderna i antal rapporterade avvikelser i ovan nämnda två system beror sannolikt till stor del på att verksamheten tagit beslut om att alla medarbetare ska rapportera avvikelser i Caremas avvikelssystem. Behörighet till VODOK har endast legitimerad personal. LB uppfattar att ledningen och medarbetarna är nogga med att rapportera alla avvikelser vilket är bra och strävar efter att arbeta preventivt för att minska på antalet avvikelser.

Diabetes

Antal boende med diabetes:

Årtal	Insulinbeh. diab.	Tablettbeh.diab.	Kostbeh. diab.	Fotsjukvård
2012	3 boende	1 boende	0	0
2013	4 boende	2 boende	0	2 boende

Enligt läkaren (4/4-13) har samtliga boende med diabetes individuella ordinationer för provtagning och mätning av blodsocker. Enligt den lokala rutinen ska sjuksköterskorna inspektera fötterna på boende med diabetes vid samma tillfälle som provtagning sker för mätning av blodsocker.

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK som är Stadens elektroniska journal för hälso- och sjukvård. LB och LSL har endast erhållit 4 medgivanden till journalgranskning av 86 boende. Det låga antalet beror förmodligen på att majoriteten av de boende har en demenssjukdom med nedsatt kognitiv förmåga. Enligt LB och LSL är det inte möjligt att bedöma hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation utifrån det begränsade urvalet av journaler. LB och LSL har kunnat hämta statistik från VODOK över antal uppdaterade riskbedömningar av nutrition, fallolyckor och trycksår, se ovan nämnda uppgifter under respektive rubrik. Statistiken innehåller inte personuppgifter. LB har också följt upp dokumentationen indirekt genom skriftlig inventering av sjuksköterskornas nutritionsåtgärder, skyddsåtgärder, ytterligare skriftliga svar på omfattande frågeformulär från LB i vilket även rehabiliteringspersonalen har svarat, ett flertal djupintervjuer och fokusgrupp med sjuksköterskorna. Kollegial granskning har genomförts av verksamhetens hälso- och sjukvårdspersonal beträffande 9 journaler angående beslut om skyddsåtgärderna bälte och sele utifrån en specifik mall upprättad av LB. Skriftliga svar på varje granskad journal liksom övriga skriftliga svar enligt ovan har överlämnats till LB utan personuppgifter. LB och LSL har även tagit del av entreprenörens MAS kvalitetstillsyn av verksamheten i mars 2013 där det framkommer förbättringsområden inom bland annat dokumentationen av hälso- och sjukvård utifrån 10 slumpmässigt valda journaler.

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.

Team möten och tvärprofessionell samverkan (teamarbete)

En gång per vecka och plan träffas alla berörda yrkeskategorier (sjuksköterskan, rehabiliteringspersonalen och respektive kontaktman) för uppföljning av vidtagna åtgärder och eventuellt beslut om andra åtgärder som bättre uppfyller den boendes individuella behov. Enligt sjuksköterskorna dokumenteras inte alltid besluten från team mötena.

Förbättringsåtgärder: Beslut om hälso- och sjukvård som berör omsorgspersonalen ska dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen.

Uppföljning: LB följer upp ovan senast **17 juni -13**.

Introduktion av nyanställd

Alla nyanställda får introduktion av en kollega. Skriftlig checklista för introduktion används och den är anpassad till respektive yrkeskategori. Nyanställda får en brandgenomgång av brandskyddsansvarig.

Kompetensutveckling

Under hösten -12 har Silviacertifiering (utbildning i demensvård) av verksamhetens personal påbörjats och fortsatt 2013. Förutom omsorgspersonal deltar för närvarande 3 sjuksköterskor, sjukgymnasten och 1 arbetsterapeut i utbildningen. En av sjuksköterskorna använder de nya kunskaperna på sitt våningsplan tillsammans med kontaktmannen och enhetschefen. Deras tvärprofessionella arbete syftar till att utvärdera vilken eller vilka åtgärder som bäst tillgodoser den boendes behov. Hösten -12 ordnade LB utbildning för alla ordinarie sjuksköterskor i god läkemedelsbehandling för äldre¹⁵. Övrig kompetensutveckling för 2013 är en halv utbildningsdag i psykisk ohälsa för sjuksköterskan som ansvarar för den psykiatriska enheten. Den samordnande sjuksköterskan går en utbildning i symboliskt ledarskap och 2 sjuksköterskor och samtlig rehabiliteringspersonal går en 8 timmars utbildning i samtalsmetodik. Sjukgymnasten utbildas även i taktill massage.

Ledningssystem

Qualimax är Carema Cares ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Carema Cares ledning fastställer övergripande mål för bland annat hälso- och sjukvården. I enlighet med påpekanden från förra uppföljningen har ett flertal lokala rutiner upprättats alternativt reviderats till exempel inom läkemedelshanteringen, vården av diabetes och munhalsbedömningar. Ledningen har genomfört ett omfattande arbete med att certifiera Linnégården i Kvalitet enligt ISO 9001:2008 som enligt ledningen bland annat har inneburit att medarbetarnas roller och ansvar har förtydligats och dokumenterats. Ett 30-tal lokala rutiner har upprättats och implementerats i verksamheten. Ett ISO-certifikat är giltigt i 3 år men följs upp årligen. Verksamheten har också som målsättning att certifieras i Stiftelsen Silviahemmets regi som innebär att all personal ska utbildas i demensvård enligt steg 1. Sedan ska ett visst antal medarbetare inom berörda befattningar utbildas i steg 2 respektive 3. Certifieringen varar i 3 år och kan förnyas utifrån specifika krav.

Egenkontroll

Egenkontroll genomförs två gånger årligen i maj och november. Ledningen går igenom relevanta delar av sitt ledningssystem på ett systematiskt sätt och analyserar verksamhetens resultat i relation till Caremas nyckeltal för kvalitetsmål och verksamhetens egna mål. Utifrån resultaten tas beslut om åtgärder, vem som är ansvarig för dem och datum när åtgärderna ska vara vidtagna. Entreprenörens MAS har också beslutat om att egenkontrollen även ska omfatta hälso- och

¹⁵ Utbildningen genomfördes med specifikt fokus på regeringens satsning ”bättre liv för sjuka äldre” och omfattade alla ordinarie sjuksköterskor i nämndens samtliga vård- och omsorgsboenden.

sjukvårdsdokumentationen, inkontinensvård, basala hygienrutiner och delegeringsbeslut. Verksamhetschefen har använt en mall upprättad av LB för att systematiskt dokumentera dessa områden för egenkontrollen. LB ser mycket positivt på det omfattande kvalitetsarbetet som ledningen inklusive entreprenörens MAS och medarbetarna genomfört i verksamheten. Det är också viktigt att ledningen har utvecklat sin egenkontroll för att säkra att gällande rutiner följs.

Patientsäkerhetsberättelse (PSB)

Ledningens PSB 2012 handlar framförallt om det kvalitetsarbete som genomförts i verksamheten utifrån Caremas ledningssystem Qualimax. Lokala mål och rutiner har upprättats. Förtydliganden av roller och ansvar har genomförts för alla yrkeskategorier och struktur för olika möten har formats. Nu kan samtliga medarbetare dokumentera avvikelser direkt i Caremas avvikelssystem. I november blev Linnégården certifierad i Kvalitet enligt ISO 9001:2008. En utbildningssatsning inom demensvård för alla personalkategorier pågår sedan 2012 med målsättning att erhålla certifiering i Stiftelsen Silviahemmets regi hösten 2013. Ett annat mål för 2013 är att färre allvarliga avvikelser ska inträffa som ett resultat av ledningens satsning på kvalitet och utbildning för all personal.

Läkemedelshantering

Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. På Linnégården finns en sjuksköterskeexpedition och ett rum för bland annat akut- och buffertförrådet av läkemedel. Båda ligger på entréplanet. Varje boende har ett läkemedelsskåp i sitt trinettkök. Hanteringen av läkemedel på ett vård- och omsorgsboende är omfattande och det behövs ett flertal rutiner för att kvalitetssäkra arbetet. I början av 2012 hade LB ett projekt på Linnégården med farmaceut på plats i 11 dagar som genomlyste hela läkemedelshanteringen. Farmaceuten upprättade en omfattande plan med förslag på förbättringsåtgärder varav de flesta är vidtagna enligt ledningen. Det finns också en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshanteringen. Dosrecept från Pascal används som ordinationshandling.

Akut och buffertförråd

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS.¹⁶ 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. Entreprenörens MAS utser sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och andra sjuksköterskor med ansvar för kontroller av förrådets narkotiska läkemedel. Dessa ansvarsförhållanden är dokumenterade tillsammans med namn på sjuksköterskorna. Den årliga externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen ska ske 16/4-13 och LB får också kopia på farmaceutens skrivelse.

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

Delegering

Det finns skriftliga rutiner i verksamheten 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 LB:s granskning av alla delegeringsbeslut framkommer att de flesta besluten är giltiga vilket är en positiv utveckling sedan förra uppföljningen. Några beslut som inte har ett giltigt datum är på gång att förlängas enligt berörd sjuksköterska. Den aktuella omsorgspersonalen ska bara genomföra kunskapstestet. I några beslut saknas tydlig dokumentation om vilka medicinska arbetsuppgifter det gäller och i andra beslut saknas datum vid signeringar.

LB informerar berörda sjuksköterskor direkt. Enligt ledningen ska varje planansvarig sjuksköterska ansvara för delegeringsbeslut för ordinarie personal, timanställda och vikarier på sitt våningsplan. I verksamhetens egenkontroll ingår att varje månad granska delegeringsbeslutens giltighet. Den samordnande sjuksköterskan ansvarar för kontrollerna.

Vid uppföljningen finns: **61 delegeringsbeslut.**

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 befintliga hjälpmedel. Senaste service/kontroll MTP: personlyftar tak 5/3-13 (Invacare), personlyftar mobila augusti -12 (Liko) och vårdängar genomfördes 1/3-12 (Invacare). Lyftsalar kontrolleras av arbetsterapeut (at) och sjukgymnast (sjg) halvårsvis. Egenkontroll beträffande löpande underhåll- och funktionskontroller av utlämnade hjälpmedel görs av omsorgspersonal/kontaktman enligt instruktioner, check- och signeringslistor. Det fungerar inte alltid fullt ut och ska då lyftas till enhetschef för åtgärd. At och sjg inventerar och kontrollerar MTP årligen. Omsorgspersonalen får handledning och instruktioner i användandet av MTP i samband med förskrivning/utlämnande. Utbildning i hantering av personlyftar sker vart tredje år för ordinarie personal och under våren för vikarier som inte fått utbildning tidigare. Inom verksamheten finns viss utrustning för träning/behandling till exempel manoped¹⁷, TNS¹⁸ och materiel till grupp gymnastik.

Rehabilitering

Både arbetsterapeut och sjukgymnast träffar nyinflyttad boende för bedömning av ADL-, förflyttnings- och balansförmåga samt eventuellt hjälpmedelsbehov. Kontroll av fallrisken och boendemiljön görs också. Utifrån behovet sker dessa kontroller på inflyttningsdagen eller inom tre dagar och därefter vid behov.

¹⁷ Manoped = Apparat som tränar armar och ben.

¹⁸ TNS = Transkutan Elektrisk Nerv Stimulering som används vid smärtlindring.

Rehabiliteringspersonalen deltar i de dagliga mötena för överrapportering med sjuksköterskor och omsorgspersonal samt de tvärprofessionella team mötena på varje våningsplan. Informationsöverföringen från rehabiliteringspersonalen till omsorgspersonalen sker muntligt och skriftligt i omsorgsjournalen. De boende som har behov av arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk träning/behandling kan erbjudas detta individuellt eller i grupp. Samverkan med sjuksköterskorna kring de boende har utvecklats senaste året.

Vård i livets slutskede

Vid vård i livets slutskede använder hälso- och sjukvårdspersonalen den evidensbaserade metoden LCP¹⁹ för att kvalitetssäkra vården av den boende. Målet är att även all omsorgspersonal ska involveras i metoden vilket sker successivt. Metoden har använts sedan 2009 efter ett projekt som LB initierade. Sjuksköterskorna registrerar också i Svenska Palliativregistret.²⁰ Avlidna förvaras i kylrummet på Katrumpstullens vård- och omsorgsboende. Det finns skriftliga rutiner för hur transport och överlämnande av avlidna till Katrumpstullen ska ske.

¹⁹ LCP (Liverpool Care Pathway) är en standardiserad vårdplan för vård av patienter/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.

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