



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

Rios vård- och omsorgsboende har totalt 88 lägenheter fördelade på 6 våningsplan varav plan 4 till och med 8 har 16 lägenheter per plan indelade i 2 boendegrupper med respektive 8 boende. Plan 3 är ett korttidsboende med 8 lägenheter varav 2 har plats för 2 boende var. Verksamheten som erbjuder både permanent och korttidsboende har två vårdinriktningar: vård av personer med demenssjukdom på planen 4 och 5 och somatisk vård på planen 3, 6, 7 och 8. Attendo Sverige AB ansvarar för driften av Rio sedan 1 november 2009.

Ansvar för uppföljningen och metod för genomförandet

Stadsdelsnämndens MAS¹ Lili Briese (LB) och MAR² Linnéa Svanström Leistedt (LSL) har genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården på Rio 2013. Uppföljningen har omfattat perioden oktober och november och inkluderat:

- granskning av verksamhetens ledningssystem, verksamhets- och patientsäkerhetsberättelse för 2012
- granskning av befattningslista augusti -13 för hälso- och sjukvårdspersonal
- ett flertal intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal
- anmälda och oanmälda besök i verksamheten
- skriftlig inventering av samtliga boendes (utan personuppgifter) nutritionsstatus och sjuksköterskornas vidtagna åtgärder oktober 2013
- skriftlig inventering av samtliga ordinerade skyddsåtgärder oktober 2013
- statistik om rapporterade avvikelser för 2012
- statistik om uppdaterade bedömningar av de boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår utan personuppgifter.

För att få en helhetsbild av verksamhetens vård och omsorg om de boende har LB samverkat med den kvalitets- och avtalsansvariga uppföljaren av omsorgen och uppföljarna av de boende på individnivå.

Sammanfattande bedömning

Samtliga förbättringsområden från förra uppföljningen är åtgärdade genom verksamhetschefens och sjuksköterskornas försorg. Arbetet med hanteringen av avvikelser har kvalitetssäkrats genom att det numer finns 2 kvalitetsgrupper i verksamheten med ansvar för vardera 3 våningsplan. En sjuksköterska har anställts specifikt för korttidsboendet vilket är positivt. Det har skett en försämring sedan förra uppföljningen vad gäller antalet av sjuksköterskor upprättade vårdplaner och ordinerade

¹ Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska för Östermalms stadsdelsförvaltning.

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



nutritionsåtgärder för boende med nutritionsproblematik vilket ledningen tillsammans med sjuksköterskorna har börjat åtgärda. Bedömningen är att verksamheten bedriver en god och säker vård.

Ledning

Ledningen består av en samordnande verksamhetschef, två verksamhetschefer som ansvarar för 3 våningsplan varav en också är ansvarig för hälso- och sjukvården enligt 29 § HSL³. Verksamheten har en MAS som samverkar med nämndens MAS.

Bemanning och ansvar

En nattsjuksköterska har nyligen slutat och ersätts med timanställda medan rekrytering pågår. En dagsjuksköterska har anställts specifikt för korttidsboendet.

Sjuksköterskor

Verksamheten har sjuksköterskor på plats dygnet runt alla dagar på året. Det finns 3 nattsjuksköterskor som arbetar enligt rullande schema med 1 sjuksköterska per natt. Nattsjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de 88-90 boende och är också arbets- och handledare för omsorgspersonalen. Det finns 7 dagsjuksköterskor varav 6 arbetar dag- och kvällspass enligt schema året runt. Den 7:e dagsjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för korttidsboendet på plan 3 (8-10 boende) och tjänstgör där 4 vardagar dagtid per vecka. Dagsjuksköterskorna har ett arbets- och handledande ansvar för omsorgspersonalen förutom sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Av de 6 dagsjuksköterskorna har 5 omvårdnadsansvaret för 16 boende var på planen 4 till och med 8 och 1 sjuksköterska täcker upp på alla våningsplan så att det alltid finns 3-4 sjuksköterskor i tjänst vardagar dagtid inklusive sjuksköterskan på korttidsboendet. Sjuksköterskorna på plan 4 till och med 8 har förutom sitt omvårdnadsansvar på respektive våningsplan även ansvar för ytterligare ett våningsplan med 16 boende. Alla kvällar samt helger dagtid tjänstgör 1 sjuksköterska per arbetspass med ansvar för samtliga 88-90 boende. Enligt ledningens befattningslista från augusti -13 stämmer bemanningen av sjuksköterskor (8,84 årsarbetare=åa) och rehabiliteringspersonal (1,85 åa) med avtalet.

Rehabiliteringspersonal (arbetsterapeut och sjukgymnast)

Rehabiliteringspersonalen arbetar alla vardagar 8-16.30 och ansvarar för bedömning av förflyttnings- och balansförmåga samt hjälpmedelsbehov för samtliga 88-90 boende. Det finns 0,85 åa sjukgymnast och 1,00 åa arbetsterapeut och de arbetar konsultativt samt handleder omsorgspersonalen i ett funktionsbevarande arbetssätt.

Befattning	Antal individer	Årsarbetare
Nattsjuksköterskor	3	2,02
Dagsjuksköterskor	7	6,82
Arbetsterapeut	1	1,00
Sjukgymnast	1	0,85

³ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).



Förebyggande hälso- och sjukvård

Följande 10 områden är aktuella i det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet: nutrition, falltendens, trycksår, munhalsbedömningar, hygien, kontinens- och inkontinensvård, läkarens årliga hälsobedömning, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer och skyddsåtgärder. Parallellt med det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet genomförs åtgärder och behandlingar för de boende som har ett försämrat status.

Nutrition, falltendens och trycksår

Litteraturen⁴ har visat att tvärprofessionellt samarbete, individuellt anpassade åtgärder och adekvat kunskap hos berörda medarbetare är de mest framgångsrika faktorerna för att förebygga och behandla undernäring, fallolyckor och trycksår. Sjuksköterskorna, rehabiliterings- och omsorgspersonalen arbetar tvärprofessionellt på alla våningsplan med team möten en gång per vecka för att minimera de boendes risker för undernäring, fallolyckor och trycksår. 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 resultaten av riskbedömningarna beslutar sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen om individuellt anpassade åtgärder för de boende, kommunicerar sina beslut och ordinationer om åtgärder för omsorgspersonalen samt följer upp effekten av åtgärderna vid team mötena.

Andel uppdaterade riskbedömningar för nutrition, fallolyckor och trycksår

Årtal	Nutrition	Fallolyckor	Trycksår
2012	86 %	100 %	91 %
2013	98 %	100 %	98 %

Specifika och andra åtgärder som kan förbättra de boendes nutritionsstatus

Sjuksköterskan kan ordinera olika nutritionsåtgärder som kan förbättra de boendes nutritionsstatus till exempel extra protein och fett, konsistensanpassad kost, E-kost⁸ eller näringsdrycker. Andra faktorer som kan bidra positivt till de boendes nutritionsstatus är till exempel en god munvård, en trevlig måltidssituation, en korrekt läkemedelsbehandling, individuellt utprovade hjälpmedel och sittställning.

⁴Regionalt vårdprogram: Fallprevention, SLL, 2008, Näring för god vård och omsorg,

Socialstyrelsen, 2011, Regionalt vårdprogram: Trycksår, prevention och behandling, SLL, 2010.

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 E-kost = en halv portionsstorlek av normal kostportion med lika stort energi- och proteininnehåll.



Specifika åtgärder som vidtagits för att förbättra de boendes nutritionsstatus

Enligt LB:s skriftliga inventering av samtliga boendes nutrition⁹ är antalet boende som är undernärda eller i riskzonen 41 av 77 boende. Det har skett en försämring sedan förra uppföljningen vad gäller antalet av sjuksköterskor upprättade vårdplaner och ordinerade nutritionsåtgärder för de 41 boende med nutritionsproblematik. Enligt inventeringen har sjuksköterskorna endast upprättat 24 vårdplaner och ordinerat 28 nutritionsåtgärder vilket är betydligt färre jämfört med 2012. De ordinerade nutritionsåtgärderna för 2013 inkluderar E-kost för 5 boende, konsistensanpassad kost för 11 och näringsdryck för 12.

Årtal	Antal undernärda eller i riskzonen	Antal vårdplaner	Antal nutritions-åtgärder
2012	39	30	40
2013	41	24	28

Förbättringsområde: Sjuksköterskorna behöver upprätta fler vårdplaner utifrån resultaten av riskbedömningarna samt dokumentera sina ordinerade nutritionsåtgärder.
Uppföljning: LB följer upp ovan vid samverkansmötena 2014.

Andra åtgärder som indirekt kan förbättra de boendes nutritionsstatus

Vid inflyttning bedömer sjuksköterskorna de boendes munstatus och ät- och sväljförmåga samt informerar läkaren om vilka boende som har problem i munhålan eller ät- och sväljsvårigheter. Läkaren kan skriva remiss till logoped¹⁰ vid behov och enligt sjuksköterskorna har 2 boende fått logopedbedömning senaste året. Boende med behov har fått individuellt anpassade hjälpmedel och utprovad sittställning av rehabiliteringspersonalen. Enligt sjuksköterskorna har samtliga boende senaste året erhållit en munhälsobedömning.

Sjuksköterskornas uppföljning av sina nutritionsordinationer

Fyra av de sju dagsjuksköterskorna deltar vid de boendes måltider 1-2 gånger per vecka för att få en samlad bild av de boendes allmäntillstånd, ät- och sväljförmåga, sittställning med mera. Samtidigt kan sjuksköterskorna följa upp omsorgspersonalens följsamhet av sjuksköterskornas nutritionsordinationer samt ge handledning i nutritionsarbetet. Några av sjuksköterskorna menar att de inte hinner vara med vid måltiderna. De följer upp de boendes viktresultat i första hand. De boendes vikt mäts vid inflyttning och därefter var tredje månad eller oftare vid behov.

Registrering av de boendes nattfasta

Enligt skrivelse från verksamhetschefen har mätning av nattfasta utförts i januari -13 på samtliga enheter. Resultatet har kontrollerats av Attendos egenkontroll och godkänts.

⁹ Inventeringen har inte inkluderat boende på korttidsenheten då deras vistelse är begränsad och riskbedömningar inte alltid går att genomföra fullt ut. Däremot görs alltid preliminära bedömningar vid inflyttningen av de boendes status gällande nutrition, falltendens och trycksår och nödvändiga åtgärder vidtas i förhållande till resultaten av bedömningarna.

¹⁰ I logopedens ansvarsområde ingår bland annat diagnostik och behandling av ät- och sväljningsstörningar.



Specifika och andra åtgärder som kan minska de boendes risker för fallolyckor

Det fallpreventiva arbetet utgår från sjuksköterskans och sjukgymnastens riskbedömning av de boendes falltendens, sjukgymnastens bedömning av förflyttningsförmågan samt arbetsterapeutens bedömning av ADL¹¹ status.

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

Samtliga boende har blivit systematiskt riskbedömda för falltendens av sjuksköterskorna, erhållit läkemedelsgenomgång av läkaren samt blivit bedömda av rehabiliteringspersonalen gällande förflyttningsförmåga och ADL. För att minska de boendes risk för fallolyckor har sjuksköterskorna ordinerat lågpositionssäng eller sänggrindar, specifik kost för boende med näringsproblem samt tillsammans med läkaren minskat dosen eller avslutat läkemedel som kan öka de boendes fallrisk. Rehabiliteringspersonalen har förskrivit hjälpmedel för säkrare förflyttning och ordinerat balans- och gångträning både i grupp och individuellt. Fallprevention diskuteras varje vecka på team mötena på respektive våningsplan och varje fallolycka bedöms, åtgärdas och följs upp.

Risker för trycksår och trycksårspärfylaktiska åtgärder

Trycksår är en komplikation som kan uppstå i samband med sjukdom, vård och behandling. Riskfaktorer för trycksår är tiden som trycket pågår, hur hårt trycket är, vilken kroppsdel som utsätts för trycket, skjuv¹², friktion, fukt och värme. Dålig näringsstatus kan öka risken för trycksår liksom immobilitet.

Specifika och andra åtgärder som vidtagits för att förhindra eller behandla trycksår

Sjuksköterskorna har bedömt samtliga boende för risk att utveckla trycksår och ordinerat trycksårspärfylaktiska alternativt behandlande madrass och eventuellt lägesändringar för boende som riskerar utveckla eller har trycksår. Den boendes nutritionsstatus spelar en avgörande roll för utveckling av trycksår. Därför har sjuksköterskorna vidtagit nutritionsförbättrande åtgärder för boende som bedömts vara i riskzonen för malnutrition. Rehabiliteringspersonalen arbetar förebyggande med lämpliga sittställningar och adekvata sittdynor samt hjälpmedel för fysisk aktivering. Vid uppföljningen **hade 1 boende** trycksår kategori 2.

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och sjuksköterskorna registrerar sedan några år de boendes antibiotikabehandlingar och infektioner vilket är bra. Den årliga statistiken kan ha en pedagogisk inverkan och på sikt bidra till att sänka antalet vårdrelaterade infektioner hos de boende, färre antibiotikakurer och mindre risk för utveckling av resistenta bakterier. Hygienrond med hygiensjuksköterska har genomförts 2011 och i augusti 2012 genomfördes utbildningar för omsorgspersonalen i basala hygienrutiner.

¹¹ Bedömning av de boendes förmågor beträffande aktiviteter i det dagliga livet.

¹² Skjuv: När olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra till exempel när personen glider ned i stol/rullstol och cirkulationen kan strypas på grund av skjuvkrafterna tillsammans med trycket.



Kontinens- och inkontinensvård

Vid inflyttning bedömer sjuksköterskan om den boende behöver hjälp med toalettbesök eller har problem med blås- och/eller tarmfunktionen. Om problem med läckage föreligger ansvarar sjuksköterskan för att den boende blir utredd och vid behov får individuellt förskrivna inkontinensskydd.¹³ Verksamhetschefen har genom sjuksköterskorna säkrat omvårdnadsprocessens¹⁴ alla delar för boende med urinkateter.

Läkarens ansvar och förebyggande hälso- och sjukvård

Stockholmsgeriatriken ansvarar för läkarinsatserna sedan 7 år och läkaren kommer enligt avtalad tid en gång per vecka och kan nå vardagar klockan 8-17 på telefon samt göra hembesök om behov föreligger. Jourläkarna på Stockholmsgeriatriken ansvarar för läkarinsatserna under kvällar, nätter och helger då de kan nå via telefon men också göra hembesök vid behov. Under många år har läkarkontinuiteten varit mycket god men sedan mars -13 har ett flertal läkare avlöst varandra med några veckors intervall. Då flera läkare har gått i pension behöver Stockholmsgeriatriken rekrytera nya specialistläkare vilket är svårt i dagsläget då verksamheten också fått större ansvarsområden. LB samverkar med berörda läkarorganisationer och ansvariga inom landstinget för att säkra läkarkontinuiteten på Rio.

I läkarens uppdrag ingår att tillsammans med sjuksköterskorna bland annat göra en årlig genomgång av varje listad boendes hälsotillstånd¹⁵ och läkemedel¹⁶. Den första läkemedelsgenomgången ska ske inom två månader efter den boendes inflyttning. Stockholmsgeriatriken och LB har upprättat en överenskommelse om systematiska läkemedelsgenomgångar utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi.

Munhälsa

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

¹³ www.nikola.nu NIKOLA är ett nationellt nätverk som administreras av Hjälpmedelsinstitutet. NIKOLA är en oberoende resurs för bättre inkontinensbehandling.

¹⁴ **Omvårdnadsprocessen**, 1. Datainsamling 2. Resurs-, risk- och problemidentifiering 3. Målidentifiering 4. Genomförande av omvårdnadshandlingar 5. Uppföljning och utvärdering, är en metod som sjuksköterskor använder för att förstärka/bevara resurser, bedöma risker eller identifiera problem hos den enskilde och ge god och säker omvårdnad till patienter.

¹⁵ 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.

¹⁶ Landstingets krav enligt Förfrågningsunderlag enligt LOV, Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, del 6 – specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, giltigt från 2012-01-01.



Skyddsåtgärder

Många boende behöver en hög grad av vård och omsorg och ibland används individuellt förskrivna hjälpmedel som skyddsåtgärder för att skydda den boende från fallolyckor. Vissa boende kan behöva positionerande hjälpmedel för att kunna sitta uppe vid problem med balans eller bålstabilitet. Vid uppföljningen var följande skyddsåtgärder och positionerande hjälpmedel ordinerade:

Årtal	Sänggrind	Grensele	Positioneringsbälte	Rörelselarm	Brickbord
2012	26	2	0	3	0
2013	35	1	0	7	1

Vid kollegial granskning av journaldokumentationen av skyddsåtgärden grensele framkommer att omvårdnadsprocessen går att följa. Dokumentationen innehåller en riskanalys som beskriver att alternativa lösningar har prövats för att förhindra fallolyckor. Den enskildes medgivande är dokumenterat samt att åtgärden är ett tvärprofessionellt beslut. Dokumentationen innehåller även uppgifter om vem som instruerat omsorgspersonalen i hanteringen av grenselen samt lämnat skriftlig instruktion på plats. Det finns dokumentation om uppföljningar inklusive den enskildes medgivande om fortsatt användning av skyddsåtgärden.

Lokal avvikelshantering

I verksamheten finns det två kvalitetsgrupper som omfattar respektive 3 våningsplan. I vardera kvalitetsgruppen ingår två kvalitetsombud varav en även är kvalitetssamordnare och sammankallande till mötena samt leder dessa. Övriga deltagare är verksamhetschefen, sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen. Gruppen träffas en gång per månad. Varje kvalitetsgrupp går igenom föregående månads avvikelser, synpunkter och klagomål samt följer upp beslut om åtgärder från föregående möte och genomförda riskbedömningar. Även rutiner tas upp som kanske behöver revideras för att bli mer ändamålsenliga. Mötesprotokoll förs. Resultaten från kvalitetsgrupperna redovisas för alla medarbetare på arbetsplatsträffar, hälso- och sjukvårdsmöten samt vid de dagliga rapporteringstillfällena på varje våningsplan.

Nedan statistik av rapporterade avvikelser för 2011 är hämtade från VODOK i sammanställningar och för 2012 från Rios patientsäkerhetsberättelse 2012

Årtal	Fallolyckor	Frakturer	Läkemedelshantering	Övrigt	L Maria
2011 ¹⁷	67	1	37	0	1
2012	113	0	81	0	0

Avvikelsemodulen i VODOK är ett registreringsverktyg och tillhör inte journalen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska registrera alla avvikelser i VODOK enligt avtalet. Registreringarna i avvikelsemodulen startade 1 mars -11 på samtliga vård- och omsorgsboenden på Östermalm.

¹⁷Sammanställningen från 2011 inkluderar enbart rapporterade avvikelser från 1/3 till och med 31/12.



År 2012 var det andra året som modulen användes och det framkommer att sjuksköterskorna inte registrerat alla avvikelser i VODOK under 2012. Den fullständiga rapporteringen av avvikelser har överförs till Attendos eget avvikelseprogram och redovisats i patientsäkerhetsberättelsen. LB framför att sjuksköterskorna ska rapportera samtliga avvikelser i avvikelsemodulen i VODOK.

Förbättringsområde: Sjuksköterskorna ska rapportera samtliga avvikelser i avvikelsemodulen i VODOK.

Uppföljning: LB följer upp rapporteringen vid 2014 års uppföljning.

De flesta avvikelserna inom läkemedelshanteringen handlar om att omsorgspersonalen glömt att överlämna till exempel morgon- eller kvälldosen av läkemedel till de boende. Enligt sjuksköterskorna har ingen boende skadats allvarligt på grund av dessa avvikelser. Av de 113 fallolyckorna har 6 boende fått någon mindre skada såsom sår eller ömhet.

Diabetes

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

Fotsjukvård

Läkaren ska utfärda remiss för de boende som behöver fotsjukvård till exempel boende med diabetes med befintliga eller begynnande fotproblem eller boende med cirkulationsrubbingar som har orsakat eller riskerar att orsaka sår på foten. Övriga målgrupper berättigade till fotsjukvård finns dokumenterat på www.uppdragsguiden.sll.se¹⁸

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK som är Stadens elektroniska journal för hälso- och sjukvård. LB och LSL har inte granskat några journaler då tiden inte räckt till att inhämta medgivanden från de boende. Entreprenörens MAS kommer att överlämna en kortare rapport om sin egen granskning av Rios hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Mallar för standardiserade vårdplaner

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

¹⁸ Förfrågningsunderlag för Fotsjukvårdsverksamhet giltigt från 2013-01-01.



Informationsöverföring och tvärprofessionell samverkan

Daglig informationsöverföring

Mellan sjuksköterskor sker muntlig överrapportering varje morgon, eftermiddag (klockan 13.00) och kväll. Omsorgspersonalen överrapporterar till varandra vid ungefär samma tillfällen som sjuksköterskorna på morgonen, eftermiddagen och kvällen. Varje för- och eftermiddag träffas också sjuksköterskan tillsammans med omsorgspersonalen på respektive våningsplan för muntlig överrapportering. Rehabiliteringspersonalen får muntlig rapport av sjuksköterskorna på morgonen och av omsorgspersonalen vid behov.

Team möten och tvärprofessionell samverkan på alla våningsplan

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

Specifika team möten på planen för boende med demenssjukdom

På varje plan för boende med demenssjukdom träffas sjuksköterskan, omsorgspersonalen och Silviasystemen varje vecka för att diskutera och reflektera kring de boendes välbefinnande utifrån hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalens bemötande, vård och omsorg. Diskussionerna utgår ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och omsorg om demenssjuka personer.

Beslut från de tvärprofessionella team mötena dokumenteras i hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalerna av sjuksköterskan, rehabiliterings- och omsorgspersonalen. Icke närvarande personal får muntlig information om besluten vid överrapporteringen mellan arbetspassen och kan sedan läsa i respektive journal.

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.

Ledningssystem

Ledningssystemet (SOSFS 2011:9) är uppbyggt kring ett så kallat kvalitetshjul som omfattar fyra områden: planering, genomförande, uppföljning och utveckling och används för att schematiskt ge en bild av verksamhetens kvalitetsarbete. Det finns en organisationsskiss som tydliggör ledningens respektive ansvarsområden. Inom varje område i kvalitetshjulet finns en lista på verktyg och metoder som används i det praktiska kvalitetsarbetet till exempel i kvalitetsgrupperna. Det finns lokala rutiner för relevanta områden inom hälso- och sjukvården enligt ledningens svar vid LB:s intervju den 29 oktober 2013.



Egenkontroll

Attendos uppföljning av Rio genomförs en gång per år och resultatet styr verksamhetens fortsatta kvalitetsarbete. En av sjuksköterskorna har fått mandatet att granska samtliga hälso- och sjukvårdsjournaler förra året och resultatet har skickats till entreprenörens MAS för bedömning. LB kommer att få en sammanfattning av resultatet från entreprenörens MAS.

Patientsäkerhetsberättelse (PSB)

Rios patientsäkerhetsberättelse för 2012 har utvecklats sedan 2011 och beskriver mer tydligt det lokala arbetet med att säkra vården av de boende. Bland annat har verksamheten 2 kvalitetsgrupper som ansvarar för respektive 3 våningsplan och som går igenom alla händelser, avvikelser och klagomål och följer upp att åtgärder vidtagits som också utvärderats. Likaså har verksamhetens egenkontroll förbättrats och bland annat har kollegial granskning av dokumentationen genomförts. Ett av målen 2012 har varit att öka de boendes och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet dels genom muntlig och skriftlig information vid inflyttningen, dels genom vårdplaneringar med boende och närstående, dels genom månadsbrev om aktiviteter, viktiga händelser och vardagens rutiner. Verksamheten har haft närståenderåd och träffar för närstående samt erbjudit utbildning för närstående. Mål för 2013 är bland annat att minska avvikelserna inom läkemedelshanteringen med 30 % och att omsorgspersonal som arbetar med boende med demenssjukdom ska ha genomgått den webbaserade utbildningen ”ABC vård och omsorg om demenssjuka” från SDC¹⁹.

Läkemedelshantering

Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering om läkaren bedömt att den boende inte kan ta eget ansvar. På Rio finns en sjuksköterskeexpedition och ett läkemedelsrum på varje våningsplan där de boendes läkemedel i originalförpackningar förvaras i märkta separata boxar. Varje boende har ett litet läkemedelsskåp i sitt trinettkök där iordningställda ApoDoser och dosetter förvaras. Hanteringen av läkemedel på ett vård- och omsorgsboende är komplext och det behövs ett flertal rutiner för att kvalitetssäkra arbetet. Det finns en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshanteringen. Dosreceptet från läkemedelsprogrammet Pascal används som underlag för iordningställande av de boendes ordinerade läkemedelsdoser.

Akut och buffertförråd

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS.²⁰ 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 minska lidandet för den boende. Ledningen utser två sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och två andra sjuksköterskor med ansvar för kontroller av förrådets narkotiska läkemedel. Dessa ansvarsförhållanden är dokumenterade på en specifik blankett

¹⁹ Svenskt Demenscentrum (SDC) invigdes den 15 februari 2008 och är en sambandscentral och en kunskapsbank inom demensområdet.

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



tillsammans med namn på sjuksköterskorna. Narkotiska läkemedel i akutförrådet samt i de boendes förråd kontrolleras 1 gång per månad av de två utsedda sjuksköterskorna enligt ovan. Kontroller ska även utföras av varje sjuksköterska vid samtliga uttag av narkotiska läkemedel.

Legitimerad farmaceuts kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

I slutet av november 2013 kommer legitimerad farmaceut att genomföra den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen. LB kommer att få kopia av farmaceutens protokoll. Föregående års förbättringsområden har åtgärdats enligt verksamhetschefens skrivelse från mars 2013.

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. Enligt ledningen ska varje planansvarig sjuksköterska ansvara för delegeringsbeslut för ordinarie omsorgspersonal, timanställda och vikarier på aktuellt våningsplan. Nattsjuksköterskorna ansvarar för delegeringar för ordinarie omsorgspersonal, timanställda och vikarier som arbetar nattetid.

Rehabilitering och medicintekniska produkter (MTP)

Rutiner för hantering och skötsel samt produktinformation över arbetstekniska och individuella hjälpmedel finns tillgängliga för omsorgspersonal. Inventarieförteckning över hjälpmedel finns för att säkra spårbarhet. Kontroll av sängar genomförs vartannat år och senast under första halvåret 2013. Personlyftar och övriga förflyttnings- och gånghjälpmedel genomgick service i december 2012. Tillgång till lokal och utrustning för träning och behandling finns i verksamheten. Arbetsterapeut och sjukgymnast träffar nyinflyttad boende för bedömning av ADL, förflyttnings- och balansförmåga samt eventuellt hjälpmedelsbehov. Tillsammans med sjuksköterskorna och omsorgspersonalen bedöms de boendes fallrisk och åtgärder vidtas vid behov.

Uppföljning av åtgärderna sker bland annat vid team mötena på varje våningsplan. Handledning för omsorgspersonal kring den enskildes resurser och behov av stöd och hjälp ges i stor utsträckning. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar även för viss utbildning bland annat förflytningsteknik som inkluderar viss hjälpmedelskunskap.

Vård i livets slutskede

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska Palliativregistret²¹ och de arbetar systematiskt med att förbättra vården av de boende i livets slutskede. Genom registrets statistik kan de kontrollera sina resultat inom relevanta områden.

²¹ Nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskan registrerar efter att en boende avlidit den sista veckans vårdarbete.