



Handläggare:
Nina Wiklund, utvecklingsledare
Lili Briesse, MAS
Linnéa Svanström Leistedt, MAR

Till
Östermalms stadsdelsnämnds
sammanträde 2011-05-19

Kvalitets- och avtalsuppföljning på Körsbärsgårdens vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner kvalitets- och avtalsuppföljningen av Körsbärsgårdens vård- och omsorgsboende.

Göran Månsson
stadsdelsdirektör

Marianne Snell
avdelningschef

Sammanfattning

Stadsdelsnämnden lade driften av Körsbärsgårdens vård- och omsorgsboende på entreprenad med Stiftelsen Röda Korshemmet som utförare i november 2005. Vård- och omsorgsboendet har en väl fungerande verksamhet med engagerad personal och ledning. Personalen är trevlig och tillmötesgående mot de besökande. De har ett bemötande som präglas av lyhördhet och respekt gentemot de boende. Vid besöken som gjorts (även oanmälda) har det varit en fin och lugn stämning. Kommande årsskifte kommer utföraren flytta verksamheten till Nya Väduren, ett nyrenoverat äldreboende med 54 platser i Vasastan. Alla boende med demensdiagnos har blivit erbjudna att följa med verksamheten dit, alternativt att få flytta till ett likvärdigt annat boende på i Östermalms stadsdelsområde. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna ansvarar för arbetet med att förebygga och minska risken för undernäring och trycksår hos de boende. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten ansvarar för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmågan samt tillgodoser förflyttnings- och ADL¹-hjälpmedel vid behov. Det tvärprofessionella teamarbetet med ett salutogent² förhållningssätt inför de boende har utvecklats sedan föregående uppföljning. Det systematiska arbetet med att förebygga och förhindra upprepning av avvikelser fortsätter i kvalitetsrådet. Verksamheten arbetar utifrån en systematisk och evidensbaserad³ metod från England, som kvalitetssäkrar vården av enskilda i slutskedet av deras liv. Ledningen har arbetat fram en föredömlig risk- och resursanalys avseende all personalbemanning

¹ ADL (aktiviteter i dagliga livet) dvs hjälpmedel för att klara det dagliga livet

² Salutogent = hälsofrämjande

³ Evidensbaserad = bygger vården på vetenskaplig grund (evidens)

för sommaren 2011. Förvaltningens bedömning är att de boende får en god vård och omsorg. Utveckling krävs dock inom vissa områden för att motsvara de åtaganden som utföraren åtagit sig, bland annat då det gäller den sociala dokumentationen och hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Bakgrund

Körsbärsgårdens vård- och omsorgsboende är för personer med behov av service och omvårdnad dygnet runt. Det är beläget i Ruddammenområdet. Vård- och omsorgsboendet har efter tillsyn från Länsstyrelsen inte fått fortsatt tillstånd att bedriva denna verksamhet i lokalerna pga att de inte uppfyller de krav som idag ställs på ett vård- och omsorgsboende. Flera närstående har också framfört liknande klagomål, bland annat i samband med individuppföljningarna. Utföraren Stiftelsen Rödakorshemmet ska vid årsskiftet 2011/2012 flytta verksamheten till Nya Väddö, ett nyrenoverat äldreboende med 54 platser i Vasastan. Alla boende med demensdiagnos har blivit erbjudna att följa med verksamheten, alternativt att få flytta till ett likvärdigt boende i Östermalms stadsdelsområde. På det somatiska boendet på plan 1 har man successivt erbjudit ett annat boende. En del har redan flyttat till närbelägna Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende. Arbetet med att erbjuda samtal för alla boende och deras närstående inför flytten kommer att fortsätta under hösten 2011 i samråd med ansvarig biståndshandläggare. Man har genomfört en del omflyttningar inom huset och i dagsläget finns det 56 lägenheter för boende med demensdiagnos. Körsbärsgården har idag 14 boende på våningsplan 1 med somatisk inriktning. Omsorgspersonal och sjuksköterska finns på plats dygnet runt och läkare kan alltid nås per telefon. Det finns möjlighet till social samvaro på varje våningsplan och även möjlighet till utevistelse på balkonger.

Korttidsvården har skapade viss oro under 2010. Synpunkter på verksamheten inkom till förvaltningen och efter genomförd utredning beslöts det i samråd utföraren att avveckla korttidsvården. Förutsättningarna för att bedriva en bra korttidsvård var inte tillräckliga då de som tillfälligt bodde på våningsplanen i samband med in- och utflyttning ofta hade ett oroligt beteende och störde övriga boende. Man har nu gjort om de f.d. korttidsplatserna till permanenta platser för personer med demensdiagnos. Efter denna förändring uppger både personalen, de närstående och cheferna att boendemiljön på våningsplanet är lugnare och mer harmonisk.

Metod för uppföljning

Uppföljningen genomfördes under perioden mars-maj 2011 av en utvecklingsledare i äldreomsorgsstaben, en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Uppföljningen har utgått från tecknade avtal, tidigare uppföljningar och handlingsplaner samt från gällande lagstiftning. Uppföljningen genomfördes genom intervjuer med chefer, samtal med olika personalkategorier, en fokusgrupp med omvårdnadspersonalen, verksamhetsbesök med observationer samt granskning av dokumentation och rutiner. Biståndsenheten har parallellt med avtalsuppföljningen genomfört individuppföljningar. Samtal har förts med samtliga boende samt i förekommande fall med närstående. Enheten får ta del av resultatet och ska därefter återkomma med en åtgärdsplan vid behov.

Löpande uppföljning som har skett under året

- samverkansmöten 1 gång per kvartal – protokoll
- förvaltningen har deltagit på förtroenderåd (även politiker), anhörigmöten och personalmöten
- förvaltningen har tagit del av arbetsscheman för uppföljning
- förvaltningen har informerats om personalbemanningen
- förvaltningen har tagit del av avvikelser, synpunkter och klagomål
- förvaltningen har deltagit vid husmöten (lokalfrågor)
- månatlig uppföljning av hälso- och sjukvården
- MAS möten 4 gånger per år samt vid behov
- verksamhetsbesök av stadsdelsdirektören en gång per år

FRAMGÅNGSFAKTORER

Aktiviteter

Verksamheten erbjuder flera olika aktiviteter till de boende, exempelvis högläsning. Veckoschema finns anslaget i entrén. Daglig utevistelse erbjuds alla som vill komma ut, om vädret så tillåter. Personalen har sedan tidigare en utarbetad rutin som innebär att en av dem som påbörjar sitt arbetspass på eftermiddagen försöker ta med dem som vill, ut på en promenad. Denna rutin gör att det varje dag är flera boende som får erbjudande om att få komma ut på promenad. Under vinterhalvåret har dock promenaderna fått stå tillbaka pga väder och vind, men nu ser man stora möjligheter att återuppta detta. Ett försök med att gå ut med flera boende i grupp har prövats, men har inte fallit ut särskilt väl. De boende ser promenaderna som en möjlighet att få samtala med personalen i lugn och ro och har därför inte önskemål om att promenera i grupp. Nästan all personal på Körsbärsgården är utbildade i att utföra taktill massage vilket är uppskattat av flera boende.

Kost och nutrition

De boende får mat från Röda Korsets sjukhuskök. Maten är uppskattad av de boende och håller en hög kvalitet. I samband med fokusgrupperna och under besöken har flera boende och närstående framfört att de är nöjda med maten och med måltidssituationerna.

Brukarundersökningar

Enligt Stockholms stads brukarundersökning får Körsbärsgården bra betyg. De boende upplever att de får ett gott bemötande och att personalen är lyhörd. Resultatet rent generellt är dock något försämrat sedan 2010 års brukarundersökning. Trots detta är de boende fortfarande mycket nöjda med både bemötande, maten och måltidssituationen.

Trygghet, kontinuitet och självbestämmande

Kontaktmannaskapet

Alla boende har en kontaktperson. Tidigare hade varje boende en ordinarie och en vice kontaktperson men detta system har nyligen ändrats. Nu har varje boende två kontaktpersoner vilket gör att ansvarskänslan ökat. Ledningen arbetar också aktivt med att implementera det salutogena tänkandet i omvårdnaden.

Måltider

Vid måltidstillfällena är ambitionen alltid att duka fint, gärna med tända ljus och vinglas. De boende äter vid mindre runda bord vilket gör att det oftast går att uppleva en relativt lugn stämning trots att en del av de boende är oroliga ibland. Några av de boende vill helst äta ensamma på sitt rum. Personalen försöker alltid att lyssna av de boendes önskemål och göra måltiden till en trivsamt stund för den boende.

Genomförandeplaner och dokumentation

På varje våningsplan finns en dokumentationsansvarig personal som bland annat har fått en grundlig utbildning i ParaSoL. Alla anställda har möjlighet till handledning av den dokumentationsansvariga personalen. De boende har varsin pärm som förvaras i ett låst skåp. Förra årets uppföljning visade brister och förvaltningen gav cheferna i uppdrag att utveckla dokumentationen. Cheferna behöver framförallt ge personalen förståelse för vikten av att använda sig av social dokumentation och möjligheter att detta blir en del av det dagliga arbetet. Det är av stor vikt att man på ett fungerande sätt använder sig av den sociala dokumentationen som ett levande arbetsmaterial. Sedan föregående års uppföljning har vissa förbättringar skett. Verksamheten har fortfarande ett betydande arbete framför sig med att levandegöra och implementera den sociala dokumentationen och arbetet med genomförandeplaner i det dagliga arbetet. Det saknas i dagsläget några genomförandeplaner. Verksamheten har fortfarande möjlighet att fram till den 30 juni 2011 åtgärda kvarstående brister.

I fokusgrupper som genomförts med två personal från varje våningsplan framstår omvårdnadspersonalen som mycket engagerad, lyhörd och med genomtänkta idéer om hur man på ett professionellt och empatiskt sätt kan ge den enskilde en god omvårdnad med brukaren i fokus. De anställda har också uppgett att man upplever det som positivt att man inom Röda Korset satsat mycket på fortbildning av personalen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Bemanning

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt avtalet 0,80 arbetsterapeut, 0,80 sjukgymnast och 7,00 sjuksköterska. Det finns 5,00 dagsjuksköterska (5 pers) och 2,00 nattsjuksköterska (3 pers). På plan 2 och 3 med 48 boende med demenssjukdom finns 4,00 dagsjuksköterska (4 pers). På plan 1 med 12 boende med somatisk sjukdom finns 1,00 dagsjuksköterska (1 individ).

Ledningen har arbetat fram en föredömlig risk- och resursanalys avseende all perso-

nalbemanning för sommaren 2011.

Förebyggande hälso- och sjukvård inom områdena nutrition, trycksår och fallolyckor

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande för att minska risker för undernäring och trycksår hos de boende som genom bedömningsinstrumenten MNA⁴ och Norton⁵ identifierats befinna sig inom dessa riskområden. Tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuten arbetar sjuksköterskorna också för att minska risken för fallolyckor hos de boende genom bedömningsinstrumentet DFRI.⁶

Sjuksköterskorna bedömer med ovan nämnda instrument inom 14 dagar alla nyinflyttade boendes näringstillstånd, risk för trycksår och tillsammans med rehabiliteringspersonalen risk för fallolyckor, vidtar åtgärder utifrån bedömningsresultaten och den enskildes behov samt följer upp. Riskbedömningarna ska uppdateras årligen samt vid behov.

Verksamheten håller på att utveckla det tvärprofessionella teamarbetet kring de boendes risker, problem och resurser och följer upp åtgärderna vid team konferenser. Deltagare är de boendes kontaktmän, omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen. Läkaren deltar när behov föreligger och kan remittera den boende till logoped när t ex svårare tugg- och sväljningsproblem föreligger.

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten deltar också i arbetet med den boendes nutrition när behov finns för utprovning av nödvändiga hjälpmedel och instruktioner om en korrekt sittställning vid måltiderna. Vid MAS journalgranskning framkommer att sjuksköterskorna under senaste året genomfört riskbedömningar beträffande nutritionen för i stort sett 100 % av de boende och även genomfört 100 % aktuella riskbedömningar. Men det saknas ändå nästan 40 % slutliga bedömningar av MNA. Detta har MAS framfört för ledningen och sjuksköterskorna som nu håller på att komplettera bedömningarna på de boende som saknar fullständig MNA bedömning.

Vid MAS granskning framkommer också att sjuksköterskorna måste uppdatera riskbedömningar för trycksår på cirka 30 % av de boende. Däremot har sjuksköterskorna tillsammans med sjukgymnasten genomfört riskbedömningar för fallolyckor de senaste 12 månaderna på 86 % av de boende. En ordinarie sjuksköterska har börjat arbeta som chef på ett annat boende som drivs av Röda Korset och ytterligare en sjuksköterska har varit sjukskriven. Det har varit svårt för de andra ordinarie och nyanställda sjuksköterskorna att parallellt med vårdarbetet med de boende hinna med att

⁴ MNA = Mini Nutritional Assessment, ett screening- och bedömningsverktyg för att identifiera äldre som löper risk för undernäring.

⁵ Norton = Modifierad Nortonskala, ett specialinstrument för bedömning om en person löper risk för att utveckla trycksår.

⁶ DFRI = Downton Fall Risk Index, ett bedömningsinstrument för att identifiera vilka personer som löper risk för fallolyckor.

uppdatera riskbedömningarna i journalerna.

Under senaste året har en utveckling skett beträffande det tvärprofessionella samarbetet kring de boende. Verksamheten har regelbundna team konferenser med de boendes 2 kontaktmän, omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeuten och sjukgymnasten). De fyra yrkeskategorierna går igenom till exempel en boendes näringstillstånd enligt en checklista och upprättar vid behov en vårdplan med diagnos, åtgärder och datum för uppföljning för att säkra vården och omsorgen om den boendes nutritionsproblem. Verksamheten har sedan föregående uppföljning introducerat det salutogena arbetssättet där all personal ska identifiera och försöka bevara det friska hos varje boende.

Läkarinsatser

Det är Stockholmsgeriatriken som genom avtal med landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt. Läkarkontinuiteten är mycket god och läkaren kan nå dygnet runt på telefon. Om behov föreligger kan direkt inläggning via läkaren ske samma dag till Stockholmsgeriatriken när den boende inte behöver akutsjukhusets resurser.

Läkemedelshantering inklusive delegering

Läkemedelshantering är komplex och omfattande på vård- och omsorgsboenden. Läkemedelsbehandling är den mest vanliga medicinska behandlingen för äldre. Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering utifrån läkarens bedömning om den enskildes möjlighet till eget ansvar eller inte. I stort sett behöver alla boende hjälp med ansvaret för hanteringen av sina läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar för alla delarna men kan delegera till omsorgspersonalen överlämnandet av iordningställda läkemedelsdoser till de boende. Det är sjuksköterskornas ansvar att instruera omsorgspersonalen och bedöma om de kan motta en delegering och ansvara för överlämnandet av läkemedel till de boende. Sjuksköterskorna ansvarar för att följa upp sina delegeringar och att den delegerade personalen utför den medicinska arbetsuppgiften korrekt. Delegeringarna är alltid skriftliga och personliga och ska följa Socialstyrelsens föreskrifter.⁷

Vid MAS granskning av slumpvist utvalda delegeringar innehåller besluten korrekta uppgifter. Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med MAS. Verksamhetschefen och MAS utser sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och kontroller av narkotika. Förrådet är ett komplement till receptförskrivna läkemedel och används vid akuta ordinationsändringar gällande alla boende. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är beställd och ska genomföras av legitimerad farmaceut den 31 maj 2011.

⁷ SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Ledningssystem och patientsäkerhetsberättelse

Ledningen har börjat ett omfattande arbete med att revidera sitt kvalitetssystem varav en del rutiner är uppdaterade vid aktuell uppföljning. I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter⁸ ska verksamheten ha lokala rutiner som ska säkerställa kvaliteten för tillämpliga områden inom hälso- och sjukvården.

Avvikelsehantering

Verksamheten har kvalitetsråd som träffas regelbundet 1 gång per månad för genomgång av alla händelser från föregående månad. I rådet är alla yrkeskategorier som arbetar kring de boende representerade inklusive omsorgspersonal från samtliga våningsplan. Arbetet med händelserna/avvikelserna har fokus på att förebygga och minska upprepning av avvikelser.

Patientsäkerhetsberättelse⁹

I patientsäkerhetsberättelsen framgår bland annat att verksamheten genom sitt medlemskap i FAMNA (branschorganisation för non profit vård och social omsorg) deltagit i Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med fokus på fallrisk, nutrition och trycksår. Genom registret får hälso- och sjukvårdspersonalen hjälp med att strukturera sina vårdplaner utifrån resultaten av riskbedömningar inom områdena fallrisk, nutrition och trycksår. Verksamheten registrerar också i Svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister för alla som vårdar människor i livets slut. Ovan nämnda register är bland annat instrument för verksamhetens egenkontroll och uppföljning.

Rehabilitering och ADL

Verksamheten har en arbetsterapeut (0,8 tjänst) som tillsammans med en sjukgymnast (0,8 tjänst) utifrån sina respektive områden ansvarar för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmåga samt tillgodose behov av bl.a. förflyttnings- och ADL-hjälpmedel. De handleder omsorgspersonal i ett rehabiliterande arbetssätt utifrån den enskildes behov av stöd. Dock har arbetsterapeuten inte använt ADL enligt Sunnås bedömningsinstrument i någon större omfattning. Genomförda ADL bedömningar enligt Sunnås som inte var äldre än ett år, fanns vid granskningen endast för 25 % av de boende. Verksamheten har bytt arbetsterapeut vid två tillfällen under året vilket kan ha påverkat att det inte skett någon ökning jämfört med tidigare uppföljning.

Medicintekniska produkter

Lokala rutiner finns och hjälpmedel har inventerats och registrerats i en inventarieförteckning. Serviceavtal för service finns och kontroll av hjälpmedel, bl.a. vård-sängar och personlyftar utförs av personal från serviceföretaget.

För att säkra användning och hantering av hjälpmedel ger forskrivare handledning

⁸ SOSFS 2005:12

⁹ Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år.

och instruktioner till personal. Utbildning för att säkra förflyttningar med personlyft har genomförts. Dessutom har hjälpmedelsombud med utökat ansvar för löpande skötsel av hjälpmedel utbildats på våningsplanen. Vissa brister finns i spårbarhet i journalerna avseende utlämnade hjälpmedel, då registreringsnummer inte alltid framgår av dokumentationen. Det finns en elektrisk sug på våningsplan 1 som används av sjuksköterskorna när en boende inte själv kan avlägsna slem ifrån luftvägarna. Det är sjuksköterskan på våningsplan 1 som ansvarar för kontroller av sugen. Förebyggande och behandlande anti trycksår madrasser ordinerar av sjuksköterskorna som ansvarar för att kontinuerligt underhåll och funktionskontroll sker dagligen. Den boendes kontaktman ansvarar för skötsel av madrassen efter instruktion från förskrivande sjuksköterska.

Inkontinensvård

En av sjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård. Sjuksköterskan får handleda sina kollegor i utredning av boende med inkontinensproblem och bedömning av adekvat inkontinensskydd för de boende som behöver. Fler sjuksköterskor ska genomgå utbildning i inkontinensvård när utbildningstillfälle ges.

Hygien och registrering av antibiotikabehandlingar

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och följer Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården¹⁰.

Vård i livets slutskede

Verksamheten har lokala rutiner som säkrar vården och omsorgen om de boende som befinner sig i livets slut. All personal ska arbeta utifrån en systematisk och evidensbaserad metod från England, Liverpool Care Pathway, LCP, som kvalitets-säkrar omhändertagandet och vården av enskilda i slutskedet av deras liv. All omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonal inklusive läkaren har fått utbildning i denna metod för tre år sedan genom ett projekt som startats upp av MAS tillsammans med Stockholms sjukhem.

Kylrum

På Körsbärsgården finns ett kylrum i källarvåningen med 7 platser för avlidna. Här förvaras både Körsbärsgårdens och Linnégårdens avlidna. Enligt den lokala rutinen ansvarar sjuksköterskan för att förflyttningen till kylrummet sker på ett värdigt sätt. Om anhörig önskar en visning finns ett visningsrum intill kylrummet. Sjuksköterskan ansvarar tillsammans med berörd omsorgspersonal för att arrangera en värdig visning. Vårdgivaren ansvarar för den avlidne tills begravningsentreprenören tagit över.

AVVIKELSER OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Inom hälso- och sjukvården saknas uppdaterade ADL bedömningar enligt Sunnås på 75 % av de boende och uppdaterade riskbedömningar för trycksår enligt Norton på 30 % av de boende. Sjuksköterskorna har genomfört uppdaterade bedömningar

¹⁰ SOSFS 2007:19

på 100 % av de boende beträffande deras nutrition enligt instrumentet MNA. Men det saknas den slutliga delen av MNA på nästan 40 % av berörda boende.

ÖVRIGT

Synpunkts- och klagomålshantering

Sedan 2010 års uppföljning har det kommit in 11 synpunkter och klagomål. En s k ”Lex Sarah” har inkommit gällande brister i omsorgen.

Skattekontroll

Förvaltningen har kontrollerat med Skatteverket att Stiftelsen Röda Korshemmet löpande och i tid har betalat sina skatter, sociala avgifter och arbetsgivaravgifter.

Brandskydd

Förvaltningen genomförde tillsyn av det systematiska brandskyddet den 29 april 2011. Bedömningen är att verksamheten bedriver ett välfungerande och systematiskt brandskyddsarbete.

SAMMANSTÄLLNINGAR AV AVVIKELSER

- Det ska finnas uppdaterade ADL bedömningar enligt Sunnås på alla boende **senast 1 oktober 2011.**
- Det ska finnas uppdaterade riskbedömningar för trycksår enligt Norton på alla boende **senast 1 oktober 2011.**
- Det ska finnas uppdaterade fullständiga riskbedömningar för nutrition enligt MNA slutlig på alla berörda boende **senast 1 oktober 2011.**

BILAGOR

Bilaga 1. Stadens uppföljningsmall av vård- och omsorgsboende

Bilaga 2. Individuppföljning, sammanfattning

Bilaga 3. Brukarundersökning, Stockholms stad 2010