

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen
Annika Manriquez

Till Vård- och omsorgsnämnden

Datum 2018-03-08
Dnr VON 2018/0018

Kvalitetsuppföljning av hälso-och sjukvården vid Enebackens äldreboende

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Kvalitetsansvarig för rehabilitering (KAR) har genomfört en ordinarie kvalitetsuppföljning av verksamhetens hälso- och sjukvård.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att:

1. Notera rapporten Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården vid Enebackens äldreboende till protokollet.
2. Uppdra åt utföraren att vidta förbättringsområden i enlighet med inkommen handlingsplan.
3. Uppföljning av vidtagna åtgärder ska redovisas vid nämndens sammanträde i oktober 2018.

Bakgrund

I november 2017 genomförde KAR och MAS en granskning av hälso-och sjukvården vid Enebackens äldreboende. Verksamheten drivs i enskild regi och Temabo AB tog över driftentreprenaden 2017-04-01. Verksamheten omfattar 108 boende platser samt daglig verksamhet för personer med demenssjukdom. Korttidsverksamheten inklusive växelvården med demensinriktning startade i november och är inte granskade i rapporten. Kvalitetsuppföljningen ingår i den plan som Vård- och omsorgsnämnden har för uppföljning för att säkerställa att utföraren fullföljer det hälso- och sjukvårdsansvar som åligger verksamheten enligt avtal, gällande författningar samt riktlinjer.

Förvaltningens slutsatser

Vid granskningen uppmärksammades brister i hälso- och sjukvårdsverksamheten på Enebackens äldreboende. Hela verksamheten speglas av att det saknas aktuella skriftliga lokala rutiner. Personalen utför arbetet efter tidigare rutiner då verksamheten drevs av annan vårdgivare. När Temabo AB tog över verksamheten april 2017 övertogs chefer och hela personalgruppen från tidigare utförare.

Enebacken fick ny ledning i november 2017 som nu arbetar intensivt med att skapa tillit och tilltro mellan personal och ledning. Ledningen är medveten om alla brister och har börjat utveckla lokala rutiner samt hitta ett system för att implementera dem i verksamheten hos all personal.

MAS och KAR har återkopplat till utföraren de utvecklingsområden som framkommit vid kvalitetsuppföljningen.

Tjänsteutlåtande

Utföraren har upprättat en handlingsplan som beskriver åtgärder och tidplan för att åtgärda bristerna med prioritering på patientsäkerheten (avvikelsehantering, vårdskador och klagomålshantering).

Bilagor

1. Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Enebackens äldreboende.
2. Handlingsplan och uppföljning av Hälso- och sjukvård, Enebacken februari 2018.
3. Rutiner till HSL Enebacken 2017-12-15



Susanna Kiesel
Socialdirektör

Mia Morén
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

Expedieras

Akten
Vårdgivaren, Temabo AB

Kvalitetsuppföljning av hälso-och sjukvård vid Enebackens äldreboende

Genomförd av: Medicinskt ansvarig och
Kvalitetsansvarig för rehab, november 2017

Senast uppdaterad: 2018-03-09

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård vid Enebackens äldreboende

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Kvalitetsansvarig för rehabilitering (KAR) ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer inom kommunen. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio kommuner/stadsdelar i Stockholms län.

MAS och KAR har även valt att följa legitimerad personal under en hel arbetsdag samt intervjuat enhetschef för hälso- och sjukvård, legitimerad personal samt omsorgspersonal. Vi har deltagit vid hygienrund utförd av Vårdhygien Stockholm och fått tillgång till protokollet. Vi har fått in rapport från årlig apotekskontroll samt uppdaterade läkemedelsrutiner utifrån denna.

I kvalitetsuppföljningen har inte korttidsverksamheten-demens granskats då den är i uppstartsfas.

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljning och användande av kvalitetsinstrument är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.

Uppföljning ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA ger underlag för bedömning om;

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och
- verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Uppföljning sker i dialog med ledning och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna i verksamheten.

Kvalitetsinstrumentet omfattar frågor i utvalda delar av den kommunala hälso- och sjukvården. Dels inom områden som regleras enligt förordningar och dels områden inom utförande av vård och behandling.

Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger nivån i QUSTA, lyfts detta fram i rapporten. Där brister uppmärksammas begär MAS och KAR in handlingsplan för åtgärder.

Kort om verksamheten

Enebacken är ett äldreboende med 108 lägenheter som drivs på entreprenad av Temabo AB sedan april 2017. Huset består av tre våningsplan samt källarplan. På varje våningsplan är det uppdelat i fyra enheter med nio boende vardera. Tio enheter har demensinriktning, varav en är korttids- samt växelvård. Två enheter har somatisk inriktning. Enebacken har även en dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Verksamhetens personal består av en verksamhetschef, enhetschef HSV (hälso-och sjukvård), enhetschef MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) samt enhetschef SAS (socialt ansvarig socionom), sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, undersköterskor, vårdbiträden, teamledare, temacoacher och lokalvårdare.

På varje enhet med nio boende arbetar tre undersköterskor och vårdbiträden dagtid, vardagar och helger. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ansvar för två intilliggande enheter, vilket motsvarar 18 boende. Det blir då två sjuksköterskor per våningsplan måndag till fredag dagtid. Kvällar, helger och nätter arbetar en sjuksköterska över hela huset.

Sammanfattning

I samband med att Temabo AB tog över verksamheten april 2017 övertogs även en personalgrupp där många arbetat länge på Enebacken, alla yrkeskategorier inräknade. Temabos ledning arbetar med att skapa tillit och tilltro mellan vård- och omsorgspersonal och ledning, vilket är avgörande för att utveckla verksamheten. De kunskapsinventerar nu bland all personal för att kunna göra en individuell plan för varje medarbetares kompetensutveckling. De är i stort behov av kunskapsutveckling både bland legitimerad personal samt omsorgspersonal.

De har svårigheter vad gäller att få till en bra kontinuitet vad gäller legitimerad personal. Det är stora svårigheter att få tag i sjuksköterskor. I och med nystart av två nya verksamheter i kommunen märks ett visst utflöde av personal. De har dock bra

vikarier vad gäller sjuksköterskor, men kontinuiteten blir inte densamma. De har även haft en hel del långa sjukskrivningar inom alla personalkategorier samt hög korttidsfrånvaro.

Hela verksamheten speglas av att det saknas skriftliga lokala rutiner som är aktuella. Personalen utför arbetet efter tidigare rutiner då verksamheten drevs av annan vårdgivare. Temabo AB har övergripande rutiner inom företaget som behöver skrivas om till lokala rutiner utifrån riktlinjer och direktiv från kommunens MAS. Ledningen är medveten om detta och har börjat utveckla lokala rutiner samt hitta ett system för att implementera de i verksamheten hos all personal.

Verksamheten har en ledning med lång erfarenhet och kompetens samt en personalgrupp där många arbetat länge. Verksamheten behöver arbeta ihop sig till en hel enhet där rutiner och arbetssätt genomsyrar hela verksamheten.

Ledningen är positivt inställd till insyn av kommunens MAS samt KAR. De välkomnar granskningar då de ser det som en möjlighet att utveckla verksamheten. En åtgärds-/handlingsplan har inkommit till Socialförvaltningen och ett fortgående arbete har påbörjats tillsammans med MAS och KAR. Prioritering är patientsäkerhetsfrågor som hantering av avvikelser, vårdskador och klagomålshantering under vårterminen 2018.

Resultat av kvalitetsuppföljningen

Ledningssystem och lokala rutiner för hälso-och sjukvård

Lokala rutiner för hälso- och sjukvård ska bygga på riktlinjer/regler från MAS/KAR och verksamhetens ledningssystem. Rutiner ska vara tillgängliga för all hälso- och sjukvårdspersonal och vara så tydliga att det är enkelt även för tillfälligt anställda att arbeta utifrån dem. All personal ska ha kännedom om att det finns riktlinjer/direktiv från MAS/KAR som styr delar av hälso- och sjukvården samt var de kan ta del av dem.

I. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen ska kontakta ansvarig läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Telefonnummer till läkare och ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuella. Avtal och samarbetsöverenskommelser för läkarinsatserna ska finnas tillgängliga.

Bedömning

Sjuksköterskebemanning finns dygnet runt på plats. Detta är nytt sedan i oktober 2017.

Läkarinsatserna utförs av Trygg Hälsa AB. Gäller dock inte korttidsverksamheten inriktning demens som startat 2017-10-30 där läkarinsatserna sköts av Legevisitten AB.

Personalen har haft lätt att få kontakt med läkarorganisationen Trygg Hälsa AB via telefon och vet hur de ska ta kontakt dygnet runt. Dock har planerade läkarinsatser/ronder minskat ned från två dagar till en dag per vecka på initiativ från läkarorganisationen. Läkemedelsgenomgångar har därför inte genomförts enligt rutin. Arbetsterapeut och fysioterapeut är med vid läkarrond när någon part anser att det behövs.

Hälso- och sjukvårdspersonal känner inte till avtal och lokala samarbetsöverenskommelser med läkarorganisation. De vet därför inte heller vad de kan förvänta sig av läkarorganisationen.

Fr.o.m. 2018-02-01 tar Legevisitten AB över läkaransvaret för hela verksamheten. Legevisitten har en läkare som arbetar inom kommunens gränser måndag-fredag.

Utvecklingsområden

Vid byte av läkarorganisation 2018-02-01 ska avtal samt lokal överenskommelse med Legevisitten AB vara kända av hela verksamheten och åtkomlig för all hälso- och sjukvårdspersonal. Läkarorganisation kommer att vara på plats 2 dagar/vecka. MAS ska meddelas vid eventuella förändringar.

Läkemedelsgenomgångar som är försenade bör ske skyndsamt och efter prioriterad planering.

2. Läkemedelshantering

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. Huvudprincipen vad gäller läkemedelshantering är att den enskilde så långt som möjligt har ansvar för sin egen medicinering.

Bedömning

Extern översyn av Apoteket AB är gjord 2017-09-12 och görs årligen. Bra ordning i läkemedelsförråd. Ordning i varje boendes läkemedelsskåp samt spårbarheten vad gäller givna läkemedel behöver förbättras då signeringslistorna var dåligt ifyllda.

Vid MAS granskning i november så finns det uppdaterade läkemedelsrutiner men de har inte blivit kända av all hälso-och sjukvårdspersonal. Lista med personalens signaturförtydligande saknas fortfarande. Det har skett en förbättring vad gäller spårbarhet då signeringslistorna är bra ifyllda och sjuksköterskorna kontrollerar detta varje vecka och jämför med bemanning.

Det saknas rutin om bedömning samt dokumentation i omvårdnadsjournal om att boende inte själv klarar av att hantera sina läkemedel och att ansvaret för läkemedelshantering övertagits av sjuksköterskan. I stort sett alla läkemedel övertas och sköts av hälso-och sjukvårdspersonal per automatik.

Det saknas signering i ordinationshandling av läkare.

Utvecklingsområden

Säkerställa att uppdaterade rutiner vad gäller läkemedelshantering implementeras i verksamheten hos all hälso-och sjukvårdspersonal.

Lokal rutin ska upprättas för ansvarsfördelning vad gäller läkemedelshantering. Läkarens, sjuksköterskans, undersköterskans/vårdbiträdets, verksamhetschefens/enhetschefens, apotekets/farmaceutens ansvar ska tydligt framgå i den lokala rutinen.

Individuell bedömning samt dokumentation i patientjournal om vem som ansvarar för läkemedel ska finnas.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Delegeringar inom rehabiliteringsområdet är inte reglerade i författningar utan arbetsterapeuter och fysioterapeuter måste själva identifiera vad som är yrkesspecifika uppgifter utifrån formell kompetens. En bedömning måste göras vad som är möjligt/lämpligt att delegera utifrån:

- arbetsuppgiften
- säkerhetsrisker med arbetsuppgiften
- ovanstående punkter kopplat till aktuell patients status

Bedömning

Temabos interna MAS har ansvarat för utbildning samt kunskapstest inför delegering. En sjuksköterska har sedan skrivit under samtliga delegeringar. Sjuksköterskan upplever att hon inte hinner med att följa upp delegeringarna i den omfattning hon bör hinna. Vad som i nuläget delegeras är olika beroende på vilken enhet personalen arbetar på.

Hälso-och sjukvårdspersonal har goda kunskaper om vad delegering innebär vad gäller läkemedelshantering. De som inte har delegering utför inga hälso-och sjukvårdsuppgifter.

Det förekommer inga delegeringar inom fysioterapeutens och arbetsterapeutens ansvarsområde.

"Specifik" träning utförs av arbetsterapeuterna och fysioterapeut. Det kan vara efter en operation eller en fraktur där det krävs ett särskilt tillvägagångssätt eftersom risk för skada finns. Detta medför att den boende inte kan få träning på kvällar eller helger om behovet finns.

"Allmän träning" för att förhindra åldrandets process (funktionsuppehållande vardagsrehabilitering) delegeras inte heller. Det saknas rutiner som ska tydliggöra arbetsfördelningen vilket kan medföra att den boendes funktioner går förlorade och då kan t ex fallrisken öka.

Utvecklingsområden

Upprätta och implementera lokal rutin som är gemensam för hela verksamheten. Rutinen ska innehålla delegeringsprocessen och innefatta sjuksköterskans, fysioterapeutens och arbetsterapeutens ansvarsområde. De ska följa gällande lagstiftning samt MAS riktlinjer.

Fördela delegeringsansvar på flera sjuksköterskor för att säkerställa att sjuksköterskan hinner följa upp delegeringarna. Uppföljning bör ske minst en gång per halvår.

För att öka patientsäkerheten behöver rehabpersonalen börja delegera arbetsuppgifter, både den specifika och den allmänna träningen. Delegeringsbesluten ska dokumenteras och ordinerad behandling ska signeras och följas upp.

4. Avvikelse

Lokala rutiner för avvikelsehantering och risk- och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. Risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata utvecklingsåtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Utvecklingsåtgärder ska återkopplas till personalen.

Bedömning

Bristande rutiner vad gäller avvikelshantering samt risk- och händelseanalys. Det saknas förståelse och kunskap om vad, vem och hur det ska rapporteras. Avvikelse vad gäller fall fungerar delvis, men vad gäller läkemedel så slutar det ofta med en muntlig rapport av omsorgspersonal till sjuksköterskan. Många upplever det som svårt att avvikelshantera då arbetsklimatet inte uppmuntrar till avvikelserapportering. Det kan upplevas som att enstaka personer pekats ut.

Utvecklingsområden

Temabo behöver skapa tydlig rutin vad gäller avvikelshantering både på individ- och organisationsnivå. På individnivå behöver rutinen innehålla bl.a. vad, vem och hur ska avvikelserapportering ske. Vilka orsaker finns till det inträffade, vilka åtgärder tas, hur utvärderas åtgärdernas effekt och vad som görs för att se till att det inte händer igen. Hur informeras den boende och närstående? På organisationsnivå behöver det finnas rutin för hur verksamheten använder avvikelser till att utveckla verksamheten.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmedel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Medicintekniska produkter delas in i tre grupper:

Medicinteknisk utrustning: Blodsockermätare, inhalator, Hb-apparat, infusionspump, sterilisator, sug, TNS-apparat, ventilator, oxygen (syrgas) koncentrator, oxygenflaska, ekg-apparat

Arbetsmekanisk utrustning: elsängar, mobila personlyftar, taklyftar, duschstolar, lyftselar

Individuellt utprovade hjälpmedel: förebyggande och behandlande madrasser, rullstol, gånghjälpmedel, synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, kommunikationshjälpmedel, förbrukningsartiklar som används vid urininkontinens, urinretention och tarminkontinens.

Bedömning

Arbetssterapeuter och fysioterapeuter förskriver, dokumenterar och följer upp enligt förskrivningsprocessen. Sjuksköterskor har inte tillräcklig kunskap inom förskrivningsprocessen och saknar förskrivningsrätt inom t.ex. inkontinens.

Det saknas beskrivning för verksamhetschefens, legitimerad personal samt omsorgspersonalens vad gäller MTP utifrån yrkesansvar.

Enbart legitimerad personal har tillgång till hjälpmedelförråd. Inventarielista finns digitalt för dessa hjälpmedel. Det finns dock en hel del MTP som ingen har ett tydligt ansvar för. Det är t.ex. blodsockermätare, inhalatorer, termometrar, trycksårspåbyggande madrasser, sittvåg osv.

Det förekommer att vårdpersonal placerar sittdynor fel i rullstolar vilket kan öka risk för trycksår.

Utvecklingsområden

Utforma beskrivning för verksamhetschefen, legitimerad personal samt omsorgspersonalens vad gäller MTP utifrån yrkesansvar och gällande lagstiftning. Utforma lokal rutin för att tydliggöra ansvarsfördelning för MTP vad gäller utprovning, hantering, förebyggande underhåll och service. Rutin bör innehålla vilka egenkontroller som genomförs i verksamheten vad gäller MTP och hur detta dokumenteras och hur resultaten används.

Skapa inventarielista för samtliga hjälpmedel.

Rehab behöver samverka med vårdpersonalen så att förståelsen för vikten av att placera dynor rätt ökar.

6. Hygien

I särskilda boenden ska all personal arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamhet ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Bedömning

Hygienrond utförd vid tre tillfällen av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm under perioden oktober-december. Protokoll fördes. MAS samt KAR deltog vid sista tillfället. Detta kom i stora drag fram under denna dag.

All personal är ombytt i personalkläder med kort ärm och har uppsatt hår. Personalkläder byts dagligen samt extra vid behov. Det förekommer ringar, klochar och lösnaglar, på samtliga yrkeskategorier.

God hantering av mat och kök där personal finns avsedd endast för köksarbete och inte ingår i omsorgsarbetet.

I de boendes lägenheter är det rent och snyggt. Det finns gott om pappershanddukar, tvål, alcogel och skyddskläder.

Det förekommer hund på dagverksamheten, i administrativa utrymmen samt i träningslokalen som inte är vårdhund utan tillhör personal. Djuren vistas där regelbundet och bedöms av ägaren vara lämpligt, men är inte veterinärbesiktigad som vårdhund.

Förrådsutrymmen på varje våningsplan är små och gör det svårt att få till en fullgod vårdhygienisk standard. I utrymmen som ska betraktas som rena kan föremål som anses smutsiga finnas på golvnivå, för att det saknas bra utrymmen. Det är bra ordning på hyllorna. Dock är tvättstugan och städförråd under all kritik, röriga och smutsiga.

Det finns spoldesinfektor som används i varierande grad på de olika våningsplanen. Bör användas mer för att upprätta god vårdhygienisk standard istället för ytdesinfektionsmedel.

Det saknas diskdesinfektor. Nu används kemisk desinfektion vilket är omständligt och därför inte används så ofta.

Skriftliga rutiner saknas för rengöring av träningsredskap som används i behandling samt MTP som används av flera, t ex transportrullstol, sittvåg och akutlyftsele.

Utvecklingsområden

Upprätta handlingsplan utifrån hygienrondsprotokollet. Det ska vara tydligt vem som ansvarar för varje punkt, när det ska vara klart och hur det ska utvärderas.

Verksamheten behöver ta ett helhetsgrepp vad gäller djur i verksamheten. Vårdgivaren behöver se över de regelverk som finns och se på vilket sätt djur kan berika verksamheten, med hänsyn till regelverk inom miljö- och hälsoskydd, patientsäkerhet, arbetsmiljö, djur- och smittskydd. Vad gäller säkerhet så gäller det både för den enskilde, personal, besökare samt för djuren som vistas där.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet och delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid *uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd*. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ska erbjudas efter bedömt behov. Omvårdnadspersonal

ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos boende.

Bedömning

Enebacken har en fysioterapeut och två arbetsterapeuter som är erfarna och arbetar självständigt. Båda arbetsterapeuterna har dock varit långtidssjukskrivna deltid under året men tjänsterna har fyllts ut med inhyrd arbetsterapeut. Arbetsterapeuternas uppgifter fokuseras på trivsel – och gruppaktiviteter vilket medför att patientsäkerheten blir eftersatt. Bland annat saknas ADL -bedömningar och rehabplaner på flertalet som flyttade in under 2017. Det erbjuds sällan arbetsterapeutisk träning på individuell nivå. Utbildning i förflyttningsteknik och hjälpmedel för nyanställd personal eller vikarier saknas sedan 2016.

Övrig personal har bristande kännedom vad rehabpersonalen gör och de tillkallas främst när det gäller hjälpmedel. Vid journalgranskning framkom det att arbetsterapeut inte har tillfrågats av varken läkare eller sjuksköterska där det funnits behov av dennes kompetens och behandling.

Utvecklingsområden

Lokala rutiner behöver uppdateras. Verksamheten behöver utveckla teamarbetet och tydliggöra arbetsterapeuternas och fysioterapeutens roller för övrig personal. Rehabpersonalen behöver också vistas mer på avdelningarna och handleda, informera och följa upp omsorgspersonalen i ett rehabiliterande förhållningssätt.

Både arbetsterapeut och fysioterapeut behöver delta på inflyttningssamtalen. Deras delaktighet är viktiga i den individuella genomförandeplanen så att behandlings- och stödsatser på individnivå kan erbjudas.

ADL- bedömningar behöver upprättas eller uppdateras på samtliga boende.

8. Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska finnas i verksamheten. En förutsättning för att säkra att personalen har tillräcklig kompetens inom området är tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Verksamheten ska ha lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Bedömning

De arbetar inte efter de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. En del av personalen, från samtliga yrkeskategorier, känner inte till att de finns.

En nattsjuksköterska på boendet har utbildning inom demens. Delar av omsorgspersonalen har gått webbutbildning Demens ABC för flera år sedan men har inte fortbildat sig. Oklart om det finns någon undersköterska med vidareutbildning inom demens.

Det saknas handledning samt fortbildning för samtlig personal som arbetar inom demens.

De arbetar teambaserat vad gäller skyddsåtgärder men rutinen behöver uppdateras. Det behöver förtydligas vilka som ingår i teamet, de olika rollerna/ansvarsområden de har och hur de arbetar teambaserat.

Utvecklingsområden

Kontinuerlig fortbildning av personal som arbetar på enheter med personer med demens.

Anta och implementera Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017.

Förtydliga rutin om skyddsåtgärder utifrån de olika professionernas ansvar och deltagande i teamarbete.

9. Fallprevention

Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande arbete. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med den boende. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska avvikelshanteras och analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Bedömning

Temabo har övergripande skriftliga rutiner som behöver anpassas till lokal nivå, både för fallförebyggande åtgärder men också när den boende faller ofta. Personalen arbetar efter gamla lokala skriftliga rutiner. Fysioterapeuten gör en fallriskbedömning efter inflyttning som registreras i Senior Alert samt antecknar i journalen.

Fallavvikelser skrivs, men inte på alla incidenter, vilket medför svårigheter att se ett fallmönster hos en enskild individ. Arbetsterapeuterna och fysioterapeuten kontaktas/informerar inte alltid i samband med fall.

Utvecklingsområden

Temabo behöver utveckla det tvärprofessionella arbetet kring fallprevention. Verksamheten behöver säkerställa att all personal har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom fallprevention. Vårdpersonalen behöver också rapportera avvikelser på alla incidenter. Rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

10. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Bedömning

De arbetar i tvärprofessionella team för att förebygga trycksår. Det saknas dock en tydlig ansvarsfördelning och rutin kring detta. I nuläget beställer arbetsterapeuter/fysioterapeuter behandlande madrasser då sjuksköterskorna inte har tillgång till beställningsportalen, trots att det är sjuksköterskornas kompetensområde. De har ett förråd med förebyggande madrasser så de kan erbjuda boende en madrass inom 24 timmar.

De använder sig av riskbedömningsinstrumentet Modifierad Nortonskala, dokumenterar resultatet och upprättar vårdplan.

Sjuksköterskorna upplever själva brister i kunskap vad gäller förebyggande arbete vad gäller trycksår samt sårvård. Det finns ingen sårvårdsansvarig sjuksköterska och det sker ingen fortbildning.

Utvecklingsområden

Upprätta en beskrivning över hur det tvärprofessionella arbetet ska se ut. Se över ansvarsfördelning mellan yrkeskategorier vad gäller förebyggande och behandlande åtgärder.

Regelbunden fortbildning inom området sårvård samt faktorer för att förebygga trycksår.

11. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient.

Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition.

Bedömning

Maten som serveras på boendet är hemlagad. Ansvarig på dagverksamheten ansvarar för matsedel, men det varierar på varje enhet hur mycket de följer den. Det går till viss del att få konsistensanpassad kost men är beroende på kökspersonalens kompetens.

Sjuksköterskorna gör delvis riskbedömningar vid misstänkt malnutrition och upprättar i dessa fall vårdplan med åtgärder och uppföljning. Har den boende ät- och sväljsvårigheter så utreds detta av läkare. Inga remisser skickas till logoped eller dietist.

Sjuksköterskorna upplever sig ha bristande kunskaper vad gäller orsaker och åtgärder vid malnutritionsproblem. Vid viktnedgång och malnutritionsproblem ges näringsdrycker direkt, utan att egentligen ha identifierat vad orsaken är.

Nattfastan överstiger ibland 11 timmar.

Utvecklingsområden

Det ska finnas en tydlig ansvarsbeskrivning för vad som är verksamhetschefens, sjuksköterskans, dietistens samt omsorgspersonalens ansvar. Det gäller även nutritionsansvarig sjuksköterska samt kostombud hos omsorgspersonalen. Lokal rutin för hur verksamheten ska arbeta med nutrition på individ- och verksamhetsnivå utifrån de lagkrav som finns vad gäller förebyggande av och behandling av undernäring. Rutin ska utgå från gällande lagstiftning.

Fortbildning av omsorgspersonal samt sjuksköterskor inom nutritionsområdet.

12. Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Stockholms läns landsting.

Bedömning

Samtliga boende blir erbjudna uppsökande verksamhet med munhälsobedömning. Omsorgspersonal har tillgång till munvårdskort med råd och anvisningar hur de ska utföra munvårdsåtgärder. Detta fungerar bra.

Sjuksköterskorna gör en första munhälsobedömning i samband med att den boende flyttar in. Munstatus och riskbedömning dokumenteras i patientjournal. Bör även

dokumenteras i Senior Alert. Vårdplan upprättas utifrån riskfaktorer som munstatus, kostvanor, muntorrhet etc.

Utvecklingsområden

Se till att personal får lärarledd utbildning av tandvårdspersonal. Det ingår i avtalet med landstinget.

13. Kontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problem med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Bedömning

Det finns inga sjuksköterskor med utbildning inom inkontinens eller som kan förskriva inkontinenshjälpmedel. En del boende har sedan tidigare blivit utredda för flera år sedan, därefter har de fått fortsätta med samma hjälpmedel. De som inte har tidigare förskrivningar varken utreds eller får individuella hjälpmedel utprovade av sjuksköterska med utbildning, oftast är det omsorgspersonal som väljer. Det finns inget teamarbete kring boende med inkontinens. Det brister i dokumentation i patientjournal angående inkontinens.

Saknas lokal rutin för vårdtagare med inkontinens. Vilka yrkeskategorier som hanterar katetrar skiljer sig åt på olika enheter.

Utvecklingsområden

Se till att det finns sjuksköterska med utbildning inom inkontinensvård och som kan leda kvalitets- och förbättringsarbete.

Utveckla lokala rutiner för vårdtagare med inkontinens.

14. Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Kunskapsstödet innehåller vägledning, rekommendationer och indikatorer i ett gemensamt dokument och ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljningar och kvalitetssäkringar samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna.

Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etnisk och religiös tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i

samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

Bedömning

Vid granskning framkom att det saknas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slut. Omsorgspersonal informerar om att det kan vara svårt att få tag i extra bemanning vid behov, främst nattetid. De känner sig dock trygga med att det finns sjuksköterskebemanning dygnet runt. De boende kan då få läkemedel utan fördröjning och läkemedel är individuellt ordinerade.

Vårdplan upprättas och det finns dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournal att läkaren har fattat beslut om vård i livets slutskede. Anhöriga får delta i vården och är ofta med vid brytpunktssamtal. De har även möjlighet till efterlevandesamtal. De använder sig av Svenska palliativregistret.

Utvecklingsområden

Lokal rutin om vård i livets slut utifrån nationellt kunskapsstöd.

15. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal (HSL-journal) så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning.

Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.

Bedömning

Verksamheten saknar skriftliga rutiner för hur dokumentation ska ske. Stickprov har gjorts på journaler där den boende har gett sitt samtycke till granskningen. Där framkommer det att legitimerad personal har bristande kunskaper i att dokumentera. Vårdförlopp var svåra att följa i journalen.

Stickprovsgranskningar och kollegiala granskningar genomförs inte.

Utvecklingsområden

Utveckla lokala rutiner för att säkra dokumentation dygnet runt. Där ska framgå vad som ska dokumenteras, var (elektroniskt eller pappersjournal som t.ex. signeringslista) och vem som dokumenterar. Socialtjänsten (SoL) och hälso- och sjukvårdens (HSL) dokumentation ska hållas åtskilda och får inte sammanblandas om inte journalsystemet är särskilt anpassat för det.

Det ska även finnas rutin för arkivering och gallring av HSL-dokumentation.

Egenkontroller och kollegiala granskningar behöver implementeras med regelbundenhet.

Mia Morén

Annika Manriquez

Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska

Kvalitets Ansvarig
för Rehabilitering

Skapad av
Marita Pettersson
Medicinsk ansvarig sjuksköterskaGodkänd av
Linda Löfqvist
UtvecklingschefDatum
2013-01-24

Handlingsplan och uppföljning av Hälsa och sjukvård

Verksamhet ENEBACKEN

Upprättad feb 2018

Mål (vad som skall göras)	Åtgärder för att nå målet (hur)	Ansvarig person för genomförandet (vem)	Slutdatum för genomförandet (när)	Hur uppföljning sker och/eller Utfall
Samverkansrutin med Legevisitten ska vara känd av samtliga	Gå igenom på HSL möte	EC HSL	Mars	Löpande på HSL möten
Specifik och allmän träning ska finnas delegerat där behov finns	Införa delegerade uppgifter till omvårdnadspersonal från arbetsterapeut/fysioterapeut för specifik och allmän träning	Arbetsterapeut/fysioterapeut	Dec	Löpande, stickprovskontroll dokumentation HSL samt teammöten
MTP/MTU inventarielista ska finnas för samtliga hjälpmedel	Inventarielista ska upprättas även för MTP	SSK	Juni	Kontroll

Tydliggöra AT/SGs roll för omvårdnadspersonal samt att AT/SG ska medverka vid vårdplaneringar	Gå igenom på APT AT/SGs roll och hur samverkan ska öka.	VC/AT/SG	April	Avsevärt bättre (feb 18) i och med att ord AT/SG är åter från sjukskrivningar.
Utbildning förflyttningsteknik	Lägga plan för både ord personal samt vikarier	AT/SG	Juni (ingå i plan för intro sommarvik)	
Utbildning rehabiliterande arbetssätt	Lägga plan för både ord personal samt vikarier	VC/AT/SG	Juni (ingå i plan för intro sommarvik)	
Använda data från kvalitetsregister för det systematiska kvalitetsarbetet	Hämta data från Senior Alert och palliativa registret minst 1 g/år	EC HSL/SSK/AT/SG	April	
Ett väl fungerande tvärprofessionellt arbete kring fallprevention, trycksår, nutrition.	Beskriv och förtydliga från vaktmästare till läkare. Plan för hur personalen utbildas/fortbildas	EC HSL	Juni (ingå i plan för intro sommarvik)	
Utbilda minst en ssk i förskrivningsrätt	Anmäla till närmast kommande	VC	Nästkommande kurs, oklart i nuläget när	

	utbildningstillfälle			
Implementering av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	Genomgång på HSL möten för HSL personal, övrig personal på avdelningsmöten	VC/EC	Löpande under året	
Hundar i vården/på arbetsplatsen				

Rutiner till HSL 2017-12 15

Rutin som ska finnas/finns	Behöver revideras	Behöver upprättas	Ansvarig	Innehåll	Uppföljning 15/2
Checklista för introduktion för nya ssk	x				Klart
Läkemedelshantering	x		Annelie R. Emelie gör ny lista inkl tempkontroll i.m rum.	<ul style="list-style-type: none"> ansvarsfördelning vem som ansvarar för basförråd, vem får rekvirera läkemedel, när man delar dosett alternativt när apodoser kommer till enheten samt hur läkemedel förvaras administrering vid behovsläkemedel 	
Överflytt mellan vårdgivare	x				Klart
OAS ssk Korttidsboende/växelvård	x				Klart
OAS ssk		x			Klart
Daglig information: dagbok		x		<ul style="list-style-type: none"> vad rapporteras i dagbok alt annan info. 	Klart
Risk för blodsmitta Stickande/skärande och smittfarligt gods och finns	x				Klart

handlingsplan för hur du agerar vid stickskada?					
Beställning av remisser, provtagningsmaterial, näringsdryck		x			Klart
Driftsstopp vid IT-baserad journalföring		x		<ul style="list-style-type: none"> • Vilka dokument som ska finnas utskrivna • Vart man vänder sig vid driftstopp • Det ska även framgå hur man då dokumenterar, var dokumenten förvaras och hur och av vem det ska föras in i den elektroniska journalen i efterhand. • Rutinen ska omfatta samtliga delar i verksamheten som omfattas av plikt att föra individdokumentation t.ex. SoL och HSL 	Ej klar 15/2
Medicintekniska produkter och utrustning (MTP/MTU)?		x		<ul style="list-style-type: none"> • Funktionskontroll • Handhavande och hantering av MTP/MTU Ansvarsfördelning ska framgå • Kontroll- och serviceplan skall finnas 	•

				<ul style="list-style-type: none"> • Bruksanvisning på Svenska ska alltid följa produkten <p>Exempel på detta kan vara blodsockermätare, blodtrycksmanschetter, sug, syrgas, förflyttningshjälpmedel, rullstol, hjälpmedel m.m.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
<p>Dokumentation utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)</p> <p>Gallring, bevarande och arkivering av HSL-dokumentationen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 		X		<p>Rutinen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vad som ska dokumenteras • hur dokumentation ska ske • vem som ansvarar för uppföljning • när det ska göras. <p>Rutinen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vad som ska rensas, gallras och bevaras • om och när dokumentation ska arkiveras hos beställare, på annan plats eller gallras (förstöras) helt 	
Egenvård		X		<ul style="list-style-type: none"> • vem som fattar beslut om egenvård • beslutfattarens ansvar • ansvarsfördelningen på enheten ska beskrivas. • 	
Kontakt med läkare samt	X				Klar

journaläkare					
Informationsöverföring vid akut eller planerat besök på sjukhus	x			<ul style="list-style-type: none"> vilka kontakter som ska tas information till närstående vad brukaren ska ha med sig vilka dokument som ska medfölja . 	Klar
Delegeringar <ul style="list-style-type: none"> Anpassa till Safe Doc Varje oas ansvarar för delegeringar inom sitt område 	x			<ul style="list-style-type: none"> information om ansvar och regler för hur delegering ska ske hur delegeringsförfarandet går till i verksamheten Ska inkludera samtliga professioners ansvarsområden 	
Information till närstående vid förändring i brukarens tillstånd		x		Rutinen ska innehålla: <ul style="list-style-type: none"> ansvarsfördelningen hur man säkerställer brukarens önskemål <ul style="list-style-type: none"> . 	
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel och förskrivs de av utsedd sjuksköterska <ul style="list-style-type: none"> Ingrid enda ssk med 		x		<ul style="list-style-type: none"> Hur man går tillväga vid hela förskrivningsprocessen Dokument ska finnas över vilka sjuksköterskor som har 	<ul style="list-style-type: none"> .

förskrivningsrätt fn. Ser över boendes inkoskydd natt				förskrivningsrätt i verksamheten.	
Vård i livets slutskede		x		<ul style="list-style-type: none"> • hur vårdplanering för vård i livets slutskede ska gå till • när extravak får sättas in • hur brukarens och närståendes önskemål säkerställs • vad man ska tänka på utifrån olika perspektiv ex. kultur, omvårdnadsbehov och psykosocialt behov • 	
Dödsfall		x		<ul style="list-style-type: none"> • Omhändertagande • Kontakter som ska tas • Hur transport ska ske • vilka blanketter ska fyllas i • hantering av dödsbo • akut och väntat dödsfall. 	
tandvård/munhälsa	x				
Nutritionsbedömning	x			Rutiner för screening med MNA, EAT 10, riskbedömning	

				munhälsa (ROAG) När, hur ofta samt uppföljning ska framgå.	
Fallriskbedömning	x			I rutinen ska det framgå när och hur ofta fallriskbedömning ska göras.	
Trycksårsbedömning	x			I rutinen ska det framgå när och hur ofta trycksårsbedömning ska göras.	
Senior Alert		x		<ul style="list-style-type: none"> • Vem är regional koordinator • Ansvarsfördelning • Hur informationen lämnas till brukaren • Hur används Senior Alert i det systematiska kvalitetsarbetet 	
Avvikelsehanteringen Ta fram nya blanketter		x		<ul style="list-style-type: none"> • Händelsehantering utifrån aktuella lagrum tex. HSL och SoL • Verksamhetens definition av händelse • Vilka som ingår i kvalitetsgruppen • Flödet för arbetet, hur enheten går tillväga vid avvikelser/händelser. Hur rapporter skrivs, hur åtgärderna genomförs, hur uppföljningen går till • Ansvarsfördelning 	Klart

				<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hur medarbetare informeras om inträffade händelser.</u> 	
Rutin för egenkontroll				<ul style="list-style-type: none"> • Vilka egenkontroller som görs i verksamheten, i vilken omfattning, när de utförs och av vem 	
Basala hygienrutiner				<ul style="list-style-type: none"> • instruktioner för handhygien • användandet av skyddshandskar och skyddskläder • Det ska framgå när och hur skyddsutrustning ska användas 	Klart
Teamarbete/samverkan		x		<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivning av teamets roller och teamets funktion. • Hur utvärderas 	

				<p>teamarbetet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur dokumenteras teamets arbete? 	
Skyddsåtgärder		x		<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarsfördelning (t.ex. vilka kategorier medverkar vid beslutsfattandet? Vem ansvarar för processen?) • Hur samtycke inhämtas? • Hur och var dokumentationen av beslutet sker? • Hur och av vem riskanalysen görs? • När och hur beslutet ska följas upp och hur ofta? 	
<p>Riskanalys ur ett kvalitetsperspektiv? Brukar- och verksamhetsnivå. Ingå i kvalitetsforum</p>				<ul style="list-style-type: none"> • När riskanalyser görs • Vilket forum används 	