

Handläggare
Ann-Christin Nordström
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2017VON/0010

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport om hälso- och sjukvården på Gustavsgården 2016

Förslag till beslut

Rapport gällande uppföljning av hälso- och sjukvården på Gustavsgården godkänns

Beslutsnivå

Vård och omsorgsnämnden

Sammanfattning

Under november månad 2016 har uppföljning skett av hälso- och sjukvården på Gustavsgården. Den handlingsplan som skulle åtgärdas från 2015 har enligt ledningen på Gustavsgården inte hunnits med så dessa utvecklingsområden kvarstår. Genom att utföraren sedan våren 2016 haft ökade problem att bemanna sjukskötersketjänsterna med ordinarie sjuksköterskor har detta inneburit att timanställda sjuksköterskor och sjuksköterskor från bemanningsföretag har arbetat kortare eller längre perioder. Samtidigt finns det många timanställda i omsorgspersonalen.

Läget har ytterligare förvärrats sedan föregående uppföljning. De olika enheterna har olika problem att hantera. Bäst fungerar det överlag på B huset.

Teamsamverkan, arbetsledning i det dagliga arbetet samt planering och utvärdering av vården har inte kunnat genomföras i tillräcklig omfattning för att kunna erbjuda en säker vård av god kvalitet. Lagstiftning, nationella styrdokument och MAS riktlinjer följs inte inom områden som nutrition, fallförebyggande arbete samt omvårdnadsdokumentation etc. På demensenheter är det av yttersta vikt att skapa trygghet och kontinuitet i arbetsgrupperna med personal som arbetar likartat med boende i fokus utifrån tydligt satta mål samt att personal väl känner de boendes levnadshistoria och specifika omvårdnadsbehov.

Verksamheten uppvisar ett stort antal boende som klassas som undernärda enligt de nationella bedömningsinstrument som används. Framförallt gäller bristerna den fortlöpande utvärderingen genom vårdprocessen.

Ärendebeskrivning

Uppföljningen har grundats på en samlad bedömning av inrapporterade avvikelserapporter, genomförda utredningar av MAS och utföraren, utförarens ledningssystem inom HSL samt gällande regelverk och nationella riktlinjer och styrdokument från Socialstyrelsen samt samverkansmöten mellan MAS och utföraren. Intervjuer har också genomförts med chef och medarbetare anställda på Gustavsgården.

Diarienummer
2017VON/0010

Återkoppling av uppföljningen har skett genom flera återkommande möten med ledning samt legitimerade yrkesutövare på Gustavsgården.

Bedömning

Förvaltningens generella helhetsbedömning är att hälso- och sjukvården på Gustavsgården är behäftad med allvarliga brister inom flertalet områden som behöver åtgärdas snarast. Speciellt påtagligt är detta inom demensenheterna.

Ekonomiska konsekvenser

De eventuella kostnader som uppstår för att åtgärda brister tas inom verksamhetens budget.

Konsekvenser för miljön

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

Konsekvenser för medborgarna

Uppföljningen bedöms få positiva konsekvenser för nuvarande och framtida boende inom Gustavsgården samt för deras anhöriga och närstående genom att uppföljningen leder till att kvaliteten i verksamheten ökar.

Konsekvenser för barn

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Nr	Handling	Bilaggs/Bilaggs ej
1	Kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvården 2016 Gustavsgården	Bilaggs

Sändlista för beslutsexpediering

Utvecklingsavdelningen

Vård och omsorgsavdelningen

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Maria Larsson Ajne
Sektorchef
Omsorg- och välfärdssektorn

Said Mousavi Ahi
Kvalitetschef
Utvecklingsavdelningen



Handläggare
Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer 2017 VON/0010

Rapport om hälso- och sjukvården 2016 Gustavsgården

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Metod för uppföljningen	4
Utvecklingsområden från 2015	4
Uppföljningsområden för 2016	5
Resultat.....	5
Personcentrerad vård – Personcentrerat arbetssätt	5
Nutrition.....	5
Läkemedelsbehandling till personer med demenssjukdom	6
Läkemedelshantering och arbete med delegeringar	6
Sjuksköterskebemanning och sjuksköterskekontinuitet	7
Teamarbete och samverkan genom vårdprocessen.....	8
Avvikelsehantering	8
Genomgång av omvårdnadsdokumentation/journalföring	9
Riskbedömningar och kvalitetsregister	10
Delaktighet i vården för den enskilde och dennes anhöriga.....	10
Ledningssystem	10
Prioriterade arbetsområden inom hälso- och sjukvården	11
Styrdokument som ligger till grund för MAS uppföljning hos utföraren	12

Sammanfattning

Verksamheten uppfyller fortfarande inte gällande krav inom flera prioriteringsområden enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa områden kvarstår fortfarande från 2015 års uppföljning trots att utföraren lämnat en handlingsplan. Utföraren har inte kunnat uppvisa ett pågående strukturerat kvalitetsarbete relaterat till 2015 års uppföljningsrapport.

På frågor till de intervjuade i omsorgspersonalen om vad personcentrerat arbetssätt innebär kan endast en av den intervjuade redogöra någorlunda för vad det innebär. Patientsäkerhetskulturen behöver också utvecklas.

På frågan till de intervjuade i alla personalkategorier om vem som leder kvalitetsarbetet hos utföraren kan ingen svara på vem eller vilka som ansvarar för detta.

Enligt ledningen går mycket tid till att rekrytera och bemanna enheten samt att lösa problem som uppstår så det finns inte mycket tid över för kvalitetsarbete.

Ledningen upplever också att det kommer många olika krav att uppfylla från olika håll inom förvaltningen och då får vissa delar skjutas på framtiden.

Gustavsgården har den lägsta sjukskötersketätheten av alla särskilda boenden som bedriver äldreomsorg i kommunen. På kvällarna ansvarar en sjuksköterska för 106 boende.

Sjuksköterskesituationen har dessutom varit skör länge men senaste halvåret har läget blivit än mer ansträngt, nu på samtliga hus B, C och D huset och det har saknats tillräckligt med sjuksköterskeresurser. Sjuksköterskor har slutat eller är sjukskrivna och timanställda sjuksköterskor och sjuksköterskor från bemanningsföretag har engagerats periodvis då det har varit svårt att rekrytera. Värst är situationen på demensenheter. Därtill finns 54 timanställda engagerade hos utföraren i undersköterske- och vårdbiträdesgruppen med varierande kunskapsnivå.

Gustavsgården har under de senaste åren arbetat med att skapa bra grunder för det som krävs inom hälso- och sjukvården. Dock blir detta arbete mycket svårt att upprätthålla på grund av diskontinuiteten inom sjuksköterske-, vårdbiträdes och undersköterskegruppen. Teamarbetet har blivit lidande eftersom det inte har gått att genomföra bl.a. team möten som tidigare. Det är av yttersta vikt att det finns en sjuksköterska med god inblick och kunskap om de boendes hälsosituation. Sjuksköterskan har ett ansvar för att samordna omvårdnaden.

Det är även viktigt att undersköterskegruppen är stabil så att de väl känner till de boendes behov.

Sjuksköterskor och undersköterskor uppger att det är svårt att hinna med sitt arbete och svårt att kunna arbeta teambaserat när det saknats sjuksköterskor samt dessutom ett antal timanställda som inte alltid är tillräckligt insatta i de boendes hälsotillstånd och behov samt har varierande kunskapsnivå. Det som påpekades i 2015 års uppföljning var att personalen som vårdar personer med demenssjukdom behöver kompetensutveckling i specifika tekniker och arbetssätt som t.ex. validation och reminiscence eller andra validerade tekniker för att kunna bemöta de boende med demenssjukdom på ett adekvat sätt och i enlighet med de nationella riktlinjerna. En annan viktig del i vården av personer med demens är att kunna arbeta med att hjälpa de boende att plocka upp minnestrådar från de boendes tidigare liv, det förflutna. Det är viktigt för boende med demenssjukdom att få hjälp att prata om det man kommer ihåg och som kan kopplas till den person man är. Då är det viktigt att personalen känner de boende väl.

Ett prioriterat område är att ge personal kunskap och handlingsberedskap för att kunna bemöta boende som är oroliga och utåtagerande. Målsättningen och ett av målen för 2016 års

patientsäkerhetsberättelse är att målmedvetet använda sig av omvårdnadsinsatser i första hand vid oro- och ångesttillstånd i stället för att dela ut lugnande läkemedel som ett förstahandsalternativ. I de granskade journalerna finns inte ofta noteringar om att personalen prövat omvårdnadsinsatser först innan lugnande läkemedel delas ut. Det behövs en tydlig styrning från ledningen i arbetet med att skapa kontinuitet i personalgruppen samt utveckla det psykosociala klimatet på avdelningarna så att helheten såväl för boende som personal kan upplevas som ett klimat som inger trygghet samt fokuserar på det personliga och individuella, samt att det skapas tid och utrymme för detta.

Ledningen behöver tydliggöra innehållet i de nationella riktlinjerna för vård av personer med demenssjukdom samt hur det vardagliga arbetet ska utföras så att det överensstämmer och uppfyller gällande krav och rekommendationer och kommer de boende till godo.

Vidare behöver utvärderingen av vård och omsorgsinsatser för de boende med en undernäringssjukdom förbättras. Toalettassistenten för boende med demenssjukdom och samtidig fallrisk behöver också kvalitetssäkras.

Metod för uppföljningen

- Besök i verksamheten har gjorts av en grupp bestående av Åsa Ahlsved, avtalsansvarig, Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Erik Vallström, avtalsansvarig. Besök i verksamheten har skett under november månad 2016.
- Dialog har skett av uppföljningsgruppen med verksamhetens ledningsgrupp bestående av enhetschef och tillika verksamhetschef enligt § 29 HSL Eva Jacobsson samt gruppchefer Helena Sassi och Susanne Skantz.
- Uppföljningsgruppen har genomfört alla intervjuer tillsammans samt innehållet i intervjuerna har antecknats av gruppen under det att intervjuerna genomfördes.
- följande intervjuer har genomförts.
- Tre gruppintervjuer med omsorgspersonal som tjänstgör dagtid i verksamheten per hus
- En gruppintervju med omsorgspersonal natt
- En gruppintervju med sjuksköterskor dag och natt
- En gruppintervju med rehabiliteringspersonal
- Utförarens ledningssystem
- Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 55 boende.
- Erfarenheter och samverkan med enheten under året kring avvikelser, utredningar och samverkansmöten, mail m.m.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har genomfört granskning av hälso- och sjukvårdsinsatserna, vilket omfattar följande områden:

Utvecklingsområden från 2015

Utvecklingsområden från 2015 års rapport innehöll uppföljningsdelar inom följande områden:

- Personcentrerad vård
- Nutritionsarbete
- Riskbedömningar avseende fallrisk, undernäring och trycksår
- Omvårdnadsdokumentation
- Delaktighet i planering och utvärdering av vården för den boende och anhöriga
- Teamarbete och samverkan genom vårdprocessen

Uppföljningsområden för 2016

- Personcentrerad vård
- Nutritionsarbete
- Riskbedömningar avseende fall, undernäring och trycksår
- Omvårdnadsdokumentation
- Delaktighet för boende och anhöriga i vårdens planering och utvärdering
- Teamarbete och samverkan genom vårdprocessen
- Läkemedelshantering
- Delegeringar
- Sjuksköterskebemanning

Återkoppling till ledningen av resultat avseende uppföljningens fynd har skett fortlöpande under uppföljningen då det har funnits och finns akuta brist- och utvecklingsområden. En första återkoppling kring resultat av uppföljningen gavs till avdelningschef för vård- och omsorgsavdelningen 2016-11-16. Återkoppling till hälso- och sjukvårdspersonalen samt gruppchefer och enhetschef har skett 2016-11-23. Ytterligare återkoppling med krav på åtgärder delges utföraren i december 2016.

Resultat

Personcentrerad vård – Personcentrerat arbetssätt

Detta arbetssätt har efterfrågats tidigare men även i samband med denna uppföljning enligt de nationella riktlinjerna för demens.

Begreppet har även fått en spridning hos olika vårdgivare i Sverige som använder personcentrerat arbetssätt även inom den somatiska vården.

Utföraren har inte kunnat uppvisa ett pågående kvalitetsarbete med att utveckla kvalitet inom detta område trots att det togs upp i 2015 års uppföljning som ett viktigt utvecklingsområde. Ingen av de intervjuade har sett föregående års rapporter vare sig inom SoL eller HSL området. Ingen förändring har skett och utvecklingsområdet kvarstår.

Nutrition

Utföraren genomför riskbedömningar bl.a. för att upptäcka en boende som är i riskzonen att bli undernärmd eller som redan är undernärmd. I dokumentationen framgår att riskbedömningar utförs och åtgärder definieras på omvårdnadsplaner. Däremot finns det brister på de flesta enheter om effektiva uppföljningsmetoder. Enligt MAS riktlinjer ska måltidsregistrering ske utifrån behov under tre dygn för att få en uppfattning om hur mycket näring och energi de boende verkligen får i sig. Detta är bara utfört på två enheter. Även måltidsobservation ska genomföras för att kunna hjälpa den boende så att denne får rätt sittställning, ev. åt-hjälpmiddel eller annat stöd som kan behövas vid måltiden. Detta är enbart utfört på två enheter.

I höstens kartläggning som genomförs av MAS varje höst uppvisar Gustavsgården ett stort antal undernärda alternativt boende i riskzon för att bli undernärda. Antalet i riskzon för undernärda har ökat från 2015 då siffrorna för antalet undernärda eller i riskzon för undernäring var 48. Antalet boende som var undernärda eller i riskzon för undernäring under 2016 uppgick till 54 vilket är en ökning mot föregående år.

	Attendo Ljung 56 boende	Aleris Slottsovalen 42 boende	Egenregi Djuröhemmet 42 boende	Egenregi Gustavsgården 106 boende
Boende som erhållit riskbedömning nutrition	48	39	37	83
Boende som var undernärda eller i riskzon för undernäring	6	7	18	54

MAS kartläggning september 2016

Arbetet inom nutritionsområdet behöver prioriteras av utföraren.

Läkemedelsbehandling till personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör alltid utreda de bakomliggande orsakerna till beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD).

Ofta står i journalanteckningar att boende är orolig och att läkemedel ges mot oron utan att det framgår att personal provat att ge omvårdnadsinsatser i första hand innan lugnande läkemedel delas ut.

Utföraren ska ta fram individinriktade omvårdnadsinsatser för boende med oro/ångest samt dokumentera vad som blivit utfört så att teamet kan utvärdera hur arbetet fortskrider. I sista hand ska läkemedel användas.

Utvecklingen har inte framskridit till en acceptabel nivå enligt granskad dokumentation och utvecklingsområdet kvarstår således. Ett omtag behövs för att få igång ett konstruktivt arbete med BPSD registret.

Läkemedelshantering och arbete med delegeringar

MAS har genomfört ett antal utredningar under hösten kring läkemedelsavvikelser. Därför har under hösten en fördjupad uppföljning skett inom detta område.

Läkemedelsinspektionen av apoteket som genomfördes 2015 genererade några synpunkter på åtgärder. Enligt gruppchef är dessa nu åtgärdade. Inom kort kommer läkemedelshanteringen att på nytt granskas av farmaceut och MAS och verksamheten avvaktar denna rapport. Läkemedelsavvikelser har minskat år från år men fortfarande sker onödiga missar i hanteringen. Detta beror på att de som innehar delegering inte följer den rutin för hur man ska arbeta med läkemedel.

Exempel på orsaker inom området läkemedelsavvikelser: Förväxling av boendes läkemedel, glömmer att dela ut läkemedel, glömmer att signera att läkemedel har blivit utdelade. Missar i ansvarsfördelning och kommunikation. En del av de intervjuade känner att de får ett stort ansvar att dela ut läkemedel till väldigt många boende.

Vid frågor till de intervjuade med delegering berättar de om att de inte fått sin delegering ombeskrivet eller förlängd på länge. Detta har enligt de intervjuade påtalats till arbetsledning som fått svar att fortsätta på samma sätt. Det framkommer också i intervjuer att en delegerad person kan få dela ut läkemedel till så många som 15 boende då ett stort antal timanställda arbetar i

verksamheten som inte har delegering samtidigt som sjukskötersketätheten är låg framförallt på eftermiddagar/kvällar och helger. Ledningen påtalar också att de inte hunnit med detta arbete. MAS påtalar att det finns stora risker i patientsäkerheten och att utföraren inte följer gällande lagstiftning. Efter påpekande till ledningen kring ogiltiga delegeringar att utdela läkemedel har verksamheten på uppmaning av MAS prioriterat detta område och meddelat att detta har rättats och uppdaterats.

I verksamheten 2016-11-22 fanns 54 timanställda.

32 timanställda har inte en grundläggande vård och omsorgsutbildning
 Resterande 22 timanställda har en vård- och omsorgsutbildning.

Utföraren har organiserat arbetet och givit delegeringar till den personal som ska ha det. Bristområdet är säkrat men kommer att följas upp av MAS fortlöpande genom oanmälda besök i verksamheten.

Sjuksköterskebemanning och sjuksköterskekontinuitet

Det är av yttersta vikt för patientsäkerheten att det finns sjuksköterskor i tillräckligt antal och att det samtidigt finns en god kontinuitet i denna grupp då sjuksköterskan har ett samordnande ansvar för planering och utvärdering av den specifika omvårdnaden kring de boende. Under det senaste året har läget förvärrats alltmer inom denna grupp och det har funnits brister i sjuksköterskekontinuiteten på samtliga hus. Detta resulterar i patientsäkerhetsrisker och kvalitetsbrister då timanställda sjuksköterskor samt bemanningssjuksköterskor inte känner de boende och heller inte utför de uppgifter som en omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ålagd att utföra.

Uppföljningen har visat att sjuksköterskor slutat eller blivit sjukskrivna under året. Situationen har varit och är värst på D huset. Särskilt på demensavdelningarna är det extra viktigt med sjukskötersketäthet och kontinuitet för att de boende ska få en adekvat demensvård samt att undersköterske- och vårdbiträdesgruppen får stöd och handledning i den vardagliga planeringen och vid utförandet av insatser till de boende. I undersköterske- och vårdbiträdesgruppen finns också ett stort antal timanställda med varierande kunskap kring demensvård.

Jämförelse sjuksköterskebemanning inom Värmdö kommuns SÄBO:n

	Egenregi Gustavs- gården	Attendo Ljung	Egenregi Djurö- hemmet	Aleris Slotts- ovalen
Antal sjuksköterskor i tjänst vardagar	3-6 för 106 boende	3 för 56 boende	2 för 42 boende	2 för 42 boende
Antal boende som en sjuksköterska ansvarar för under kvällar	106 boende	56 boende	42 boende	42 boende
Antal boende som en sjuksköterska ansvarar för under helger	106 boende	56 boende	42 boende	42 boende



	Egenregi Gustavs- gården	Attendo Ljung	Egenregi Djurö- hemmet	Aleris Slotts- ovalen
Antal årsarbetare sjuksköterska dag	7,80 för 106 boende	5,85 För 56 boende	3,86 För 42 boende	3,70 För 42 boende
Antal årsarbetare sjuksköterska natt	1,93 för 148 boende, delas med Djuröh.	1,97 för 56 boende	Köper insatser från Gustavs gården	1,93 för 42 boende

Gustavsgården har den lägsta sjukskötersketätheten av samtliga särskilda boenden inom Värmdö kommun och lägst antal årsarbetare i förhållande till boendeantal. Vissa veckodagar finns tre sjuksköterskor i tjänst på 106 boende. Kvällar och helger upplevs som sköra särskilt om det finns flera boende som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser samt om flera boende är i sen palliativ fas.

Teamarbete och samverkan genom vårdprocessen

Genom intervjuerna framkommer att rapportering sker olika på de olika enheterna. Det finns ingen enhetlig fungerande rutin.

Team möten har inte kunnat genomföras på alla avdelningar p.g.a. brist framförallt på sjuksköterskor men även brist på personal inom omsorgsgruppen som ska känna de boende så pass väl att vården kan planeras och utvärderas fortlöpande.

Avvikelsehantering

I intervjuerna uppger flera att de rapporterar avvikelser men sedan vet de intervjuade inte vad som händer med dessa. Enligt intervju med personal skrivs inte längre avvikelse rapporter kring dåligt rengjorda hjälpmedel då rapportörerna säger att inget händer trots rapporter som skrivs. Avvikelser rapporteras fortlöpande men sedan sommaren har utföraren sagt att de inte haft tid att handlägga avvikelser relaterat till sjuksköterskebristen och svårigheter för timanställda sjuksköterskor att komma in i avvikelsehanteringssystemet. Detta är en stor patientsäkerhetsrisk och MAS har rapporterat riskerna till kommunledningen såväl muntligt som skriftligt. Utföraren har inte utsett andra ansvariga att kunna ta emot och handlägga avvikelser när en sjuksköterska går på semester under ett antal veckor. Avvikelserna har således blivit liggande utan att någon har bearbetat dessa. Det innebär en stor patientsäkerhetsrisk och de boende kan utsättas för risker om avvikelserna inte åtgärdas och det är allvarligt. Det sker återkoppling per hus kring de avvikelser som sker men ingen sammanställd dokumenterad övergripande analys och återkoppling över hela verksamhetens avvikelser till personalen som arbetar på Gustavsgården. Personalen involveras inte i tillräcklig grad i denna del av kvalitetsarbetet.

Utföraren har under senhösten börjat handlägga alla de avvikelser som legat en lång tid obehandlade. Enligt MAS riktlinje ska en avvikelse tas om hand då de inträffar samt vidare handläggning ska ske inom en vecka.

Fortsätt att utveckla innehållet i handläggningen av de avvikelser som hanteras i verksamheten. Återuppta och utför en heltäckande verksamhetsanalys och återkoppling som rör den samlade verksamheten. Avvikelsehantering ska vara ett lärande för medarbetarna så att de kan öka sin handlingsberedskap genom att ta del av de avvikelser som sker. Detta är viktigt för att skett att bygga en patientsäkerhetskultur. Det kommer dessutom en nu föreskrift från Socialstyrelsen

under 2017 som kräver att vårdgivaren kan visa hur medarbetare i en verksamhet får ett lärande av de avvikelser som sker i en verksamhet.

Genomgång av omvårdnadsdokumentation/journalföring

Omvårdnadsdokumentationen har granskats, sammanlagt 55 journaler och innehållet i dessa motsvarar i dag stora delar av de krav som ställs i gällande lagstiftning. Det finns dock brister i dokumentationen främst där det saknats omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

För personer med demens finns mer sällan definierat på planen vilket bemötande den boende ska få utifrån utåtagerande signaler och utåtagerande

Resultat av dokumentationsgranskning på Gustavsgården

Arbeterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter har uppdaterat och tydlig dokumentation på samtliga avdelningar. Det saknades ett uppdaterat ADL status på D2. Nedan följer en beskrivning av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskornas dokumentation på de olika avdelningarna.

C bv

Bra journalföring aktuell och tydlig där alla delar uppfylls, en anamnes som inte var uppdaterad.

C1

Bra journalföring där de flesta delar uppfylls men några anamneser behöver uppdateras. I en av de granskade journalerna saknades riskbedömningar och omvårdnadsplan. En omvårdnadsplan var inte utvärderad enligt planering

C2

Delarna som krävs i dokumentationen finns men dokumentationen är eftersatt då enheten under en längre tid saknat sjuksköterska. Samtliga delar behöver uppdateras.

C3

Bra journalföring aktuell och tydlig där alla delar uppfylls.

B1

Bra journalföring aktuell och tydlig där alla delar uppfylls

B2

Bra journalföring aktuell och tydlig där alla delar uppfylls

B3

Delarna som krävs inom omvårdnadsdomänen finns dokumenterade men dokumentationen är eftersatt då enheten under en längre tid saknat omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Samtliga delar behöver uppdateras.

B4

Delarna som krävs inom omvårdnadsdomänen finns men dokumentationen är eftersatt då enheten under en längre tid saknat omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Samtliga delar behöver uppdateras.

D2

De flesta grunduppgifter som krävs inom dokumentationsområdet finns upprättade. Vissa

anamneser behöver uppdateras, likaså saknas utvärdering av vissa omvårdnadsplaner. Det finns brister i uppföljning av nutritionen samt att säkra upp toalettsituationen för de boende i syfte att kunna arbeta proaktivt för att förebygga fall för de boende med en samtidig demenssjukdom.

D3

Det finns en dokumenterad planering för vissa delar av omvårdnaden men det är inte alltid uppdaterat och utvärderat enligt planering på omvårdnadsplanerna.

Det finns brister i uppföljning av nutritionen samt att säkra toalettsituationen för de boende i syfte att kunna arbeta proaktivt för att förebygga fall för de boende med en samtidig demenssjukdom.

Nattmål är inte utdelade och det hänvisas ofta till att boende sovit hela natten.

Vidare saknas bemötandeplaner för de boende med oro. Ofta står bara en journalanteckning att boende är orolig och lugnande läkemedel delas ut.

Det finns också brister i dokumentationen om huruvida omsorgspersonal har kontaktat sjuksköterska innan vid behovsläkemedel delas ut. Det saknas dokumentation i vissa journalanteckningar kring det medicinska ställningstagandet av sjuksköterska i dessa fall.

Enheten har under en längre tid saknat kontinuitet i sjuksköterskebemanningen då det varit flera olika sjuksköterskor under en längre period.

D4

Det finns upprättade delar som krävs samt utvärderingar av omvårdnadsplaner är utförda. För en boende med KAD (urinkateter) saknas omvårdnadsplan.

Några omvårdnadsanamneser behöver uppdateras.

Det finns rent generellt brister i uppföljning av nutritionen samt att säkra toalettsituationen för de boende i syfte att kunna arbeta proaktivt för att förebygga fall för de personerna med en samtidig demenssjukdom inte är kvalitetssäkrad.

Enheten har under en längre tid saknat kontinuitet i sjuksköterskebemanningen då det varit flera olika sjuksköterskor under en längre period.

Riskbedömningar och kvalitetsregister

Verksamheten arbetar fortlöpande med att utföra riskbedömningar i Senior alert

Riskbedömningar för undernäring/fall samt trycksårskrisk finns i de allra flesta av de granskade journalerna, dock var inte samtliga uppdaterade och därmed inte aktuella.

Delaktighet i vården för den enskilde och dennes anhöriga

Att vårdplaneringsmöten och patientundervisning genomförts framgår i en del av journalerna.

Det finns i de flesta av de granskade journalerna en anteckning om hur boende och anhöriga önskar vara delaktiga i planering och utvärdering av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Ledningssystem

Utföraren har ett upprättat ledningssystem för hälso- och sjukvårdens delområden. Vissa delar i ledningssystemet har inte efterlevts. MAS riktlinjer har inte heller efterlevts när det gäller bl.a. nutrition, delegeringar, avvikelshantering, personcentrerat arbetssätt etc. Egenkontroller och riskanalyser ska finnas dokumenterade.

En av verksamhetschefens uppgifter är att ansvara för att MAS riktlinjer efterlevs.

**Prioriterade arbetsområden inom hälso- och sjukvården**

Arbetsområde	Klart senast	MAS uppföljning sker
Omvårdnadsdokumentation Uppdatera omvårdnadsdokumentation enligt MAS riktlinjer	2017-04-01	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Riskbedömningar Utför riskbedömningar för de boende som inte har erhållit detta eller uppdatera gamla riskbedömningar	2017-06-15	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Nutrition och måltider Arbeta vidare med nutrition och måltider för de boende som är i riskzon för undernäring eller är undernärda samt utvärdera nuttionsinsatser fortlöpande bl.a. genom måltidsregistrering och måltidsobservation, team möten etc.	2017-06-15	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Proaktivt fallförebyggande arbete vid samtidig nedsatt kognitiv svikt Arbeta fram omvårdnadsordinationer/åtgärder för toalettassistans för de boende med en kognitiv nedsättning/demenssjukdom	2017-06-15	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Ansvar för kvalitetsarbete inom HSL Tydliggör de olika ansvarsområden inom HSL samt vem/vilka som ansvarar för vad och hur kvalitetsarbetet ska bedrivas inom HSL i verksamheten.	2017-03-01	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Personcentrerat arbetssätt Tydliggör innehållet i de nationella riktlinjerna för vård av personer med demenssjukdom -Personcentrerat arbetssätt	2017-09-15	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Daglig arbetsledning inom HSL Tydliggör hur rapportering och daglig arbetsledning samt prioritering av arbetsuppgifter inom HSL ska ske för att minska patientsäkerhetsrisker (inklusive läkemedelshantering och delegeringar).	2017-02-01	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Avvikelsehantering och patientsäkerhet Avvikelse ska tas om hand då de inträffar och vidare handläggning av avvikelser ska påbörjas inom en vecka av ansvarig. Redovisa en plan för hur avvikelser alltid tas om hand och inte blir liggande o påsedda i systemet samt hur samtliga medarbetare kan erhålla ett lärande av det som handläggs inom verksamheten.	2017-03-01	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017
Teamarbete och samverkan genom vårdprocessen Det behöver skapas ett enhetligt system som gäller för samtliga enheter gällande rapportering och informationsöverföring samt hur teamet ska mötas fortlöpande för att kunna planera och utvärdera de vårdinsatser som ges.	2017-04-01	Fortlöpande samt nästa uppföljning 2017

Det är extra viktigt med enhetliga rutiner i hela verksamheten särskilt under rådande omständigheter med många timanställda.

Ett utvecklingsarbete behövs för att bygga upp en god patientsäkerhetskultur hos utföraren. Stabila personalgrupper med personalkontinuitet alla kategorier behöver säkras så att dels det dagliga arbetet flyter på samt att ett strukturerat kvalitetsarbete kan genomföras.

Styrdokument som ligger till grund för MAS uppföljning hos utföraren

Hälso- och sjukvårdslag 1982:763

Patientlag 2014:821.

Patientsäkerhetslag 2010:659

Patientdatalag 2008:355

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården

MAS riktlinje för omvårdnadsdokumentation

MAS Riktlinje - Arbete med att förebygga trycksår.

MAS Riktlinje - Arbete med palliativ i vård i livets slutskede.

MAS Riktlinje - Arbete med nutrition.

MAS Riktlinje - Arkivering av HSL-journaler.

MAS Riktlinje - Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

MAS Riktlinje - Delegeringsfolder SÄBO.

MAS Riktlinje - Dokumentation .



MAS Riktlinje - Hantering av medicintekniska produkter.pdf

MAS Riktlinje - Läkemedelshantering

MAS Riktlinje - Munhälsa och tandvård.pdf

MAS Riktlinje - Omvårdnad av äldre med diabetes inom särskilda boendeformer.

MAS Riktlinje – Risk inventering och fallförebyggande arbete.

MAS Riktlinje - Risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård.

MAS Riktlinje - Utredning och anmälan enligt Lex Maria.

MAS Riktlinje - Åtgärder vid dödsfall.

Gällande avtal och överenskommelser

Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska