



Datum: Juli/Augusti 2005

Utförd av:

Edit Fonad, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Föregående uppföljningstillfälle: November 2004

## Uppföljning av

## ÄLVSJÖ SJUKHEM

Checklistan består av fyra delar. Inledningsvis en sammanfattning av genomförd uppföljning därefter en gemensam uppföljningsdel för SoL och HSL (sid 4-8), en SoL-del (sid 8-13), en HSL-del (sid 14-18).

### Enheten har antal boende från följande SDN :

Farsta	3
Enskede/Årsta	1
Hägersten	5
Katarina-Sofia	2
Liljeholmen	11
Maria Gamla Stan	1
Skarpnäck	2
Vantör	8
Älvsjö	41
Östermalm	4
Ledig (reservplats)	1
Ledig	2
<b>Totalt</b>	<b>81</b>

## SAMMANFATTNING AV GENOMFÖRD UPPFÖLJNING

### Metod för uppföljningen

Uppföljningen grundar sig på intervjuer med resultatenhetschefen, en enhetschef, sex sjuksköterskor varav två intermittenanställda, synkonsulent, en arbetsterapeut, ett kostombud och flera av vårdpersonalen såväl intermitten- som tillsvidareanställda. Dessutom har uppgifter lämnats av bemanningsassistenten. Besök har ägt rum vid flera tillfällen. En fjärdedel av varje avdelnings (25 %) omvårdnadsjournaler, båda läkemedelsförråden samt hanteringen av narkotiska preparat har granskats. Därutöver har ett av Solberga äldreboendes läkemedelsförråd besökts tillsammans med två läkemedelsansvariga sjuksköterskor.

## Sammanfattning

### Gemensamt för Socialtjänstlagen (SoL) samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Älvsjö sjukhem inryms i tre femvåningsbyggnader. Sjukhemmet har 81 platser varav 9 korttidsplatser och 72 platser för permanentboende, inklusive avlastningar och växelvård. Boendet är avsett för äldre, somatiskt funktionshindrade, med omfattande vård- och omvårdnadsbehov. Sjukhemmet är delat i två enheter. Enhet 1 är indelad i tre, och enhet 2 i fyra avdelningar. Verksamheten leds av en resultatenhetschef och för närvarande en enhetschef. Dessutom finns vårdbiträden och undersköterskor som tillika är kontaktpersoner samt legitimerad personal d.v.s. omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, en sjukgymnast, en vikarierande arbetsterapeut och viss administrativ personal.

Den årliga verksamhetsplanen, inklusive gjorda åtaganden, utgör grunden i kvalitetsarbetet och följs upp bl.a. i form av en brukarundersökning. Verksamhetsplanen saknar mål för hälso- och sjukvården. Såväl implementerat kvalitetsarbete som klagomålshantering saknas. Vissa skriftliga lokala rutiner och övrig information finns men är ej samlad så att personalen och övriga berörda kan tillgodogöra sig den.

Sjuksköterskebemanning finns dygnet runt. Inhyrda och intermitteranställda sjuksköterskor anlitas frekvent varför kontinuiteten varit otillräcklig. Sjukskötersketjänsterna kommer att vara tillsatta fr.o.m. den 1 september. Den ena enhetschefen kommer att sluta den 15 september och har varit frånvarande från sin tjänst sedan den 15 juli. Personalomsättningen var 11,76 %. Av 86 anställda omvårdnadspersonal saknar 4 grundläggande vårdutbildning.

Checklista för introduktion finns. Den nyanställda, gäller även sjuksköterskor, går som regel tillsammans med en erfaren person två dagar och en kväll. System för avvikelshantering finns men rapporteringarna är eftersatta. En Lex-Maria- och ett Lex-Sarah-ärende är under sammanställning.

### SoL

Skriftliga rutiner för klagomålshantering, checklista för introduktion av nyanställda och arbetsmaterial för socialdokumentation finns. Likaså finns det en mindre informationsfolder för boende och de anhöriga. Utarbetade underlag för social dokumentation finns. Anhörigträffar genomförs men anhörigråd saknas. Möjlighet att välja mellan två maträtter erbjuds vid vissa avdelningar men inte vid andra. Lokalerna på enhet 1 med sina oöverblickbara korridorer ger inte ett hemlikt intryck. I tre dubbelrum på enhet 1 och de två dubbelrummen på enhet 2 delar de boendena på hygienutrymmena.

### Genomförda förbättringar efter uppföljningen år 2004

- Namngivna sekundära kontaktmän har utsetts.
- Riktlinjer/flödesschema för Lex Sarah-ärenden har utarbetats.
- Kontaktmännens arbetsuppgifter har kompletterats.

### Förbättringsområden

- Samla kvalitetsdokumentationen inklusive avdelningarnas utbildningsplaner och namnge vem av personalen som ska utbildas till de olika befattningarna
- Revidera/komplettera informationsfoldern.
- Utbilda i handläggning av Lex Sarah-ärenden.
- Dokumentera och utforma arbetsplanen utifrån SoL.
- Revidera informationsmaterial för boende och närstående.
- Utrusta korridorer och hissar med hänvisningsskyltar.

- Erbjud valmöjligheter mellan två maträtter på samtliga avdelningar.
- Systematisera informationerna på anslagstavlorna.

## **HSL**

Åtgärdsplan för läkemedelshanteringen vid Älvsjö sjukhem har presenterats, 2004-09-14, av resultatenhetschefen där mål, åtgärder och vid vilken tidpunkt på året genomförandet ska vara färdigställd.

Skriftliga riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet finns. Läkare besöker verksamheten tre dagar i veckan. Medicintekniska-, arbetstekniska- och personligt utskrivna hjälpmedel finns i tillräcklig mängd. Kontrollräckningen av narkotiska läkemedel följer inte riktlinjerna. Flera av omvårdnadspersonalen utför sjukvårdande arbetsuppgifter utan skriftlig delegering. Personligt utprovade inkontinenshjälpmedel saknas. Arkiveringsrutinerna följs inte.

## **Genomförda förbättringar efter uppföljningen år 2004.**

Märkning av läkemedelsdosetter.

### **Förbättringsområden**

- Iordningsställa medicinrummet.
- Säkerställa vårdtagaridentifiering.
- Följa riktlinjerna gällande avvikelserapportering.
- Genomgå och eller skriva delegeringsbeslut för sjukvårdande arbetsuppgifter.
- Utarbeta och eller revidera aktuell status.
- Utarbeta aktuell vårdplan för hälso- och sjukvården.
- Genomföra regelbunden kontroll av vikt och BMI.
- Upprätta och eller revidera aktuell ADL-status.
- Dokumentera och utprova individuella inkontinenshjälpmedel.
- Identifiera och dokumentera individuella bedömningar avseende risker för trycksår.
- Ta MRS-odlingar (Meticillin-resistenta stafylokoccus aureus) på nyinflyttade vårdtagare som har konstgjorda hudöppningar och dokumentera dessa.
- Genomför fallriskbedömningar och dokumentera dessa.

### **Förnyad uppföljning planeras**

Hösten 2006 eller av stadsdelsnämnden beslutade tidpunkt.

### **Ansvarig för sammanfattning och rapportering**

Edit Fonad, medicinskt ansvarig sjuksköterska

### **Verksamhetsuppföljningen rapporterad till**

Namn: Pia Henricsson, resultatenhetschef

Datum: 2005-08-24

## Gemensamt SoL och HSL

### VÅRDGIVARE

#### Verksamhetens namn

Älvsjö sjukhem

Verksamheten drivs av Älvsjö stadsdelsförvaltning

#### Antal platser och antal boende

81 platser för sjukhemsboende. Vid 15 augusti sjukhemmet hade 3 lediga platser.

#### *Kommentar*

Lediga platser kan när som helst förekomma eftersom vårdtagarna dels är gamla människor och dels har flera diagnostiserade svåra sjukdomar.

Enligt ett tidigare beslut har enhet 2 nio platser men eftersom omflyttningen/bostadsbytena inte kunnat genomföras för två permanentboende personer finns bara två av fyra korttidsplatser disponibla. Därför utnyttjas för närvarande sju platser.

#### Verksamhetens organisation

Verksamheten är uppdelad på två enheter.

*Enhet 1* har 46 platser fördelade på tre avdelningar/arbetsområden; 14, 16B och 16C.

*Enhet 2* har 35 platser fördelade på fyra avdelningar/arbetsområden. Växelvårds-, avlastnings- samt korttidsplatser förekommer på båda enheternas samtliga avdelningar.

Det övergripande ansvaret för sjukhemsverksamheten har resultatenhetschefen. Därutöver ansvarar hon för administration, paramedicinskt-, städ- och vaktmästarpersonal. Till sin hjälp hade hon två biträdande enhetschefer. Varje avdelning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. En person ansvar för bemanning och schemaläggning och en för administration.

#### *Kommentar:*

Enhetschefen för enhet 1 kommer att sluta 15/9. Därmed är enheten, inklusive nattpersonalen för hela sjukhemmet, utan chef. Under året har därutöver två sjuksköterskor slutat. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan på enhet 1, avdelning 16B har varit halvtidssjukskriven en längre tid. Motsvarande på enhet 2; avdelning 5D, har också varit sjukskriven. Nu är båda tillbaka och arbetar heltid. Kontinuiteten i sjuksköterskebemanningen har varit otillfredsställande då flera vikarierande och även inhyrda sjuksköterskor anlitats eller också har arbetspassen varit obemannade och därmed belastat de övriga tjänstgörande sjuksköterskorna.

Eftersom antalet boende är olika, 48 resp. 35, inom de två enheterna har en arbetsfördelning genomförts under juli-augusti månad för tjänstgörande sjuksköterskor under veckans alla kvällar samt lördagar-söndagar- röda dagar.



Fördelningen är följande:

sjuusköterska nr 1 ansvarar för: 16B, 16C och 5D  
sjuusköterska nr 2 ansvarar för: 10, 14, 8B och 8C

*Förslag:*

Enligt samtal med sjuusköterskorna, är arbetsbelastningen jämnare och de ser gärna att ovanstående arbetsfördelning fortsätter efter sommarperiodens slut. Om så sker kan detta ses som ett försöksprojekt med utvärdering efter årskiftet 2005-2006.

**Övriga organisationer**

Hygienombud:	Två omvårdnadspersonal per enhet är utsedda för att i samband med omvårdnad bevaka/utveckla avdelningarnas hygieniska aspekter.
Kostombud:	Varje enhet har ett utsett kostombud. Deras uppgifter är att utveckla mat och måltidsrutinerna.
Tvätt:	Varje avdelning har ett ombud som ombesörjer att vårdtagarnas plagg tvättas.
Förrådsombud:	Varje avdelning har en ansvarig person som ser till att det finns tillräckligt material till vården/omvårdnaden/omsorgen och att förrådet är systematiskt organiserat snyggt samt städat.
Miljöombud:	Enheten har ett miljöombud med uppgiften att bevaka avdelningarna ur miljömässiga aspekter.

*Kommentar*

Enligt cheferna finns det utsedda personer för ovanstående uppgifter men skriftliga namngivna förteckningar över de olika ombuden kunde inte hittas någonstans. P.g.a att enhetschefen i praktiken har slutat kan vissa skriftliga uppgifter inte hittas.

*Förslag:*

Utarbeta skriftliga rutiner för varje avdelning. Rutinerna ska vara kända för samtliga personal. Namnge vem som ansvarar för de olika uppgifterna inom de olika områdena. Samla allt i en lättillgänglig systematiserad pärm.

**Ansvarig chef**

Pia Henricsson

**Chefens basutbildning/kompetens**

Sjuusköterska utan administrativ utbildning.

**Verksamhetschef enligt HSL**

Pia Henricsson

**Vem upprätthåller funktionen som medicinskt ansvariga sjuusköterska (MAS)**

Edit Fonad

**Hur sker kommunikationen med stadsdel/kommun som "köpt" platsen**

I första hand med fax. Kontakten mellan beställarna och utförarna sker genom fax, telefonsamtal samt e-mail.

*Kommentar*

Samarbetsformerna gällande vårdplaneringarna bör ses över och dokumenteras.

**KVALITETSARBETE, KVALITETSSYSTEM OCH UPPFÖLJNINGAR**

**Redogör för enhetens kvalitetssystem och uppföljning enligt de krav som anges i SOSFS 1 998:8 inom omsorgerna om äldre funktionshindrade/ annat kvalitetssystem. (Kvalitetssystemet bör omfatta minst: dokumentation, extern och intern samverkan och samarbete, förhållningssätt och metoder, kompetens, upphandling, inköp, tekniska system och produkter, riskanalys, avvikelse- och klagomålshantering.)'**

En verksamhetsplan, inklusive åtaganden med kvalitetsgarantier, upprättas årligen. Utöver dessa finns vissa skriftliga rutiner. Verksamheten följs upp i en årlig brukarenkät och tre tertialrapporter till nämnden. Det finns en blankett för klagomål/synpunkter. Enligt brukarundersökningen har 7 personer vid enhet . . . sânt in klagomål. Av dessa har c. 50 %, 3-4 personer fått en acceptabel förklaring. Enhet 2 har inte rapporterat något skriftligt klagomål. Inga klagomål har noterats vid beställningsenheten.

*Kommentar*

Av det skriftliga åtagandet framgår att insatserna utformas individuellt för varje enskild boende men dokumentation av dessa saknas helt. Det är svårt att hitta de skriftliga rutinerna eftersom en samlad kvalitetsdokumentation saknas. Visserligen finns det en s.k. "Rutinpärm" men i den finns inga aktuella skriftliga arbetsrutiner samlade. Enligt uppgifter förs klagomålsstatistik vilket kan tolkas på två sätt. Antingen fungerar verksamheten så bra att samtliga boende och deras närstående är nöjda eller är det så att klagomålen inte registreras och därför ser statistiken bra ut.

**Hur ser verksamhetens kvalitetssystem för HSL ut (SOSFS 1 996:24)**

Kvalitetsuppföljning sker dels en gång per år under vecka 41. I denna ingår de kvalitetsindikatorer som kan påverka vårdtagarnas hälsotillstånd avseende läkemedelanvändning/ordination, hudstatus, nutritionstatus, munhygien, inkontinens, fallskaderisker, ordination av fysiska begränsningsåtgärder samt antal vård- samt omvårdnadspersonal och som Socialstyrelsen anser som betydelsefulla för den enskildes trygghet och säkerhet inom den kommunala verksamheten. Dessutom genomförs årligen en verksamhetsuppföljning med särskild granskning av, läkemedelshantering, omvårdnadsjournalföring, delegering av arbetsuppgifter, medicintekniska produkter, rehabiliteringsinsatser samt hur de hygieniska aspekterna tillämpas.

**AVVIKELSEHANTERING****Vilka rutiner finns för Lex Sarah anmälningar enl. SoL 14 kap. 2 §**

Rutiner för Lex Sarah-anmälningar har utarbetats.

*Kommentar*

Det råder en del okunskap bland omvårdnadspersonalen avseende skillnaderna mellan Lex-Maria och Lex- Sarah och hur respektive anmälan ska genomföras.

## Finns statistik för Lex Sarah anmälningar

Ej aktuellt

## Har någon Lex Sarah anmälning förekommit under senaste året

Under försommaren registrerades en anmälan från en anställd. Anmälan skickades, av anmälaren, till Socialstyrelsen samt till ledamöterna i Älvsjö stadsdelsnämnd. En anhörig har också sänt in en anmälan avseende vård och omvårdnad. Denna verksamhetsuppföljning kommer att bifogas till dessa utredningar.

## Vilka rutiner finns för avvikelserapportering enl. HSL

Rutiner finns för avvikelshantering utarbetade av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan,.

### Kommentar:

Någon förbättring har kunnat konstateras gällande avvikelshantering men vissa av personalen, även bland den legitimerade personalen, tycker fortfarande att de har för dåliga kunskaper om vad som ska rapporteras som en avvikelse. Dessutom anser att de inte har tid till att skriva rapporter. De inkomna rapporterna är vidare ofullständigt ifyllda dels av den legitimerade personalen och dels av omvårdnadspersonalen. Inga av rapporterna anger sjukgymnastens/arbetsterapeutens utredningar och åtgärder. Flera rapporter aviseras på inaktuella/gamla blanketter och originalen översänts i stället för kopior. Enligt personalen finns ett stort mörkertal som aldrig redovisas. Personalen anger vidare att de rapporterar muntligt till sjuksköterskor/sjukgymnast/arbetsterapeut om förekommande avvikelser men att någon återkoppling inte sker.

### Förslag

Regelbundna, bestämda tider för genomgångar av inträffade händelser, i förebyggande syfte, tillsammans med omvårdnadspersonalen.

## Finns statistik för avvikelshantering

Statistik förs kvartalsvis och redovisning sker till resultathetscheferna. En årlig redovisning sker till stadsdelsnämnden.

## Har någon Lex Maria anmälning förekommit under senaste året

Ja

## Hur sker anmälan av ev. Lex Sarah och Maria anmälningar till beställarens nämnd

Anmälningar redovisas skriftligt till stadsdelsnämnden och till stadsdelsdirektören. Utredningen görs av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Till utredningen bifogas även yttrande från berörd personal.

## PERSONAL OCH KONTINUITET

Yrkeskategorier	%	Antal
Resultathetschef	100	1
Biträdande enhetschef	2x100	2
Sjuksköterskor		8 dag + 3 natt
Undersköterskor/vårdbiträden		31/30
Sjukgymnast, arbetsterapeut	100 resp. 75	1+1
Ej grundutbildade		4

Vakant	1 from 15/9
<b>Antal årsarbetare</b>	81
<b>Antal anställda</b>	85

#### Kommentar

Två sjuksköterskor har slutat och en biträdande enhetschef kommer att sluta 15/9, en sjuksköterska halvtids sjukskriven tom 31/8, en sjuksköterska och en arbetsterapeut är föräldralediga. Vikarie för föräldralediga personerna är anställda.

Verksamheterna anlitar 13 intermittent anställda sjuksköterskor. Tre arbetar endast natt och tre under kvällar och helger. Tre nyttjas mycket sällan och fyra är sommar-/långtidsvikarier varav en av kommer att övergå till tillsvidareanställning from 1/9 2005.

#### Bemanning Enhet 1 Antal boende:46

Personal	Dag mån-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Sjuksköterska	1-2	1	1	1 gemensamt för hela sjukhemmet
Omvårdnadspersonal	12-13	9	6	3 + koppling till 10: an

#### Bemanning Enhet 2 Antal boende 35/36

Personal	Dag mån-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Sjuksköterska	1-2	1	1	1 gemensamt för hela sjukhemmet
Omvårdnadspersonal	9-10	8	6	2

#### Kommentar

Under sommarmånaderna har en ny ansvarsområdesfördelning inrättats för sjuksköterskor under kvällar och helger t.o.m. 31 augusti, då bemanningen är återhållsamt, med syfte att få en jämnare uppdelning i antalet vårdtagare. Vårdtyngden kan dock vara mycket ojämnfördelad.

Ansvarsområde 1: 16B, 16C, 5D = 41 platser

Ansvarsområde 2: 10, 14, 8B, 8C = 40 platser

#### Förslag

Eftersom sjuksköterskor är nöjda med ansvarsområdesfördelning föreslås att fördelningen fortsätter med utvärdering efter årskiftet 2005/2006.

Ange när dagpersonal börjar: kl. 07.00

slutar: kl. 15.30/17.00

Ange när kvällspersonal börjar: kl. 12.00

slutar: kl. 21.30

Ange när nattpersonal börjar: kl. 20.45

slutar: kl. 07.30

#### Antalet budgeterade sjukskötersketjänster:

Sammanlagt finns 9,92, varav 8 dag (8 personer) och 1,92 natt (3 personer) budgeterade sjukskötersketjänster för enhet 1 och enhet 2.

**Hur många av vårdpersonalen saknar vårdutbildning**

Enhet 1:

ej vårdutbildade: 2 st

Enhet 2:

ej vårdutbildade: 2 st

*Kommentar:*

Samtliga 4 personer enligt ovan har anmälts till grundutbildning men blev inte antagna.

**Introduktion av nyanställd personal**

Checklista för introduktion finns för sjuksköterskor inklusive inhyrda sjuksköterskor. I den ingår bl.a. verksamhetens åtagande, verksamhetsplan, arbetsmiljöinformation, faxrutiner sjuk/friskänmälan samt vissa informationer gällande hälso- och sjukvården. Dessutom finns en checklista för omvårdnadspersonalen. I den ingår även arbetsordning för kontaktmännen. I informationsfolden, daterad maj 2004/maj 2005, som delas ut till varje nyanställd står bl.a. "Varje avdelning har en rutinpärm med avdelningens rutiner såsom arbetsfördelning, städning, måltider, aktiviteter mm" vidare står det "På avdelningarna finns boendepärmar med information kring de boende för att kunna följa den enskildes egen dygnsrytm, såsom tider för uppstigning och läggning, hjälpbehov, mm" och "Rökning endast tillåten på anvisad plats. Rörkruta på innergården,..." .

Den nyanställda går tillsammans med en erfaren person 2 dagar och en kväll.

*Kommentar*

Det finns en pärm vid varje avdelning märkt "Rutinpärm". Innehållet i pärmarna är allt för gammalt och inaktuellt. De äldsta handlingarna är från 1999 och är utarbetade av en chef som har slutat för 3-4 år sedan. I vissa pärmar finns en blandning av alla slags informationer. Ingen boendepärm har kunnat hittas. Vid besökstillfällen har konstaterats att personalen röker på balkonger trots förbudsskylt på balkongdörren. Rökande personal sågs även på boendes egen balkong då den boende inte vistades i sitt rum.

**Introduktion av inhyrda sjuksköterskor**

Verksamheten anlitar frekvent båda inhyrda och intermittentanställda sjuksköterskor. Det finns 13 intermittentanställda sjuksköterskor.

*Kommentar*

Under det första halvåret har inhyrda sjuksköterskor anlåtats totalt 295 timmar (268 tim vid enhet 1 och 27 tim vid enhet 2).

Enligt uppgift det finns färdigställda informationsmappar för de nyanställda. Mappen delas ut av bemanningsassistenten till varje nyanställd men det har förekommit att skriftlig information om verksamheten inte delgivits trots att den nyanställda själv efterlyst den. Enligt resultatenhetschefen måste detta vara en engångsföreteelse.

*Förslag*

Skriftlig information i rutinpärm om ansvarsfördelning

## Personalomsättning sista året

### Enhet 1

1 enhetschef	100 %
2 sjuksköterskor	100 %
2 undersköterska natt	64 %
1 vårdbiträde dag	100 %

### Enhet 2

2 undersköterskor dag	100 %
1 vårdbiträde dag	100 %
1 ekonomibiträde	100 %

### Icke tillsatta personalfunktioner

Biträdande enhetschefstjänst vid enhet 1 kommer att vara vakant from 15/9  
 Ekonomibiträdestjänsten är vakant.

Övrig personal	1	1	1	2	1
sysselsättning i %	Vaktm	adm.ass.	bemann.ass	ekonomibiträde	
	100 %	100 %	100 %	40 % + 75 %	

### Kommentar

Under juni har vaktmästaren varit sjukskriven fyra veckor. Enligt uppgift från resultatenhetschefen fördelades hans arbetsuppgifter muntligt och skriftligt till de personer som blev ansvariga för olika delar av vaktmästeriarbetet. Den övriga personalen fick information om detta på APT-mötet (Arbetsplatsträff). Den skriftliga arbetsfördelningen har inte kunnat hittas i rutinpärmarna eller någon annanstans. Sjuksköterskor och den tillfrågade omvårdnadspersonalen visste inte vem som ansvarade för de olika uppgifterna. Ingen av dem har heller nämnt att de blivit informerade på APT-mötet.

## Finns en plan för personalens kompetensutveckling

### Enhet 1

Verksamheten har en kompetensutvecklingsplan dels för sjuksköterskor och dels för omvårdnadspersonal.

### Kommentar

Det framgår inte vilka utbildningar som har genomförts eller kommer att genomföras under hösten, inte heller vilka personer som har deltagit i någon av de utannonserade/erbjudna utbildningarna.

### Enhet 2

Kompetensutvecklingsplan finns vid enhet 2, dels för sjuksköterskor och dels för omvårdnadspersonal avseende:

Tre sjuksköterskor är anmälda till av kompetensfonden anordnade utbildningar avseende förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel

Planerade kompetensutvecklingar:

- Handledarutbildning för introduktion av nyanställda samt för studerande är planerad
- Inkontinensombud för varje avdelning

## Uppföljning enligt SoL

### BRUKARINFLYTANDE

#### Hur får boende/anhöriga information om verksamheten

Information ges muntligt av sjuksköterska/kontaktman.

#### Finns förtroenderåd/anhörigråd

Anhörigråd saknas vid båda enheterna men anhörigträffar anordnas.

### INFLYTTNINGSRUTINER

#### Inflyttningsrutiner

Biståndsbedömaren ringer/översänder biståndsbeslutet/beställningen till den aktuella enheten. Det förekommer att närstående och ibland även den boende själv besöker avdelningen före inflyttningen. För den boendes mottagande, ansvarar kontaktmannen. Även den patientansvariga sjuksköterskan, arbetsterapeuten/sjukgymnasten välkomnar den nya boende samt dennes anhöriga/närstående.

#### Vilket skriftligt informationsmaterial delas ut till boende och anhöriga

Sjukhemmets åtagande, kvalitetsgarantier samt ett kort informationsblad där det bl.a. anges namn på respektive chef, sjuksköterska, kontaktman och läkares namn och telefonnummer lämnas över.

#### *Kommentar*

Det finns sakliga felaktigheter i det nuvarande informationskriften. En anslagstavla finns vid varje avdelning där det framgår hur kontaktmannaskapet är fördelat men det finns en osäkerhet om huruvida listan är aktuell eller inte eftersom datering saknas. På vissa av anslagstavlorna finns många olika osystematiskt upphängda aktuella och inaktuella informationer vilket ger ett allmänt rörigt intryck. Risken finns att läsaren, de anhöriga/de boende inte hittar den sökta informationen. Dessutom är meddelandena skrivna med små bokstäver vilket försvårar för äldre människor att kunna läsa dem.

#### *Förslag*

Revidering av informationsbladet bör genomföras och placeras vid t.ex. hissarna för att detta ska bli lätt tillgängligt.

#### När och hur utses kontaktperson

Kontaktmannaskapet är rumsbundet vilket medför att den primära kontaktmannen är utsedd före inflyttningen. Möjlighet att byta kontaktman finns.

**Hur många är man kontaktman för**

Varje boende har en primär och en sekundär kontaktman. Den primära har ansvaret för 1–2 personer medan den sekundära övertar ansvaret vid frånvaron av den primära kontaktmannen.

**Vad innebär kontaktmannaskapet/skriftliga rutiner**

Kontaktmannen har ett övergripande ansvar för den boendes dagliga liv och för att skapa en god kontakt med anhöriga/närstående enligt SoL (Socialtjänstlagen). Det finns en reviderad (maj.-05) beskrivning för kontaktmannens ansvar.

**DOKUMENTATION enl. SoL****Hur utförs dokumentationen av SoL insatserna**

Ingen SoL-dokumentation förs.

*Kommentar:*

En arbetsgrupp har bildats och utarbetat ett arbetsmaterial som följer Socialtjänstlagens föreskrifter. Kompetensfonden har genomfört och kommer under hösten att erbjuda ytterligare utbildningstillfällen för de anställda. Ansvaret för deltagande i utbildningen har respektive chef. Inga uppgifter har hittats avseende hur många och vilka som har genomgått/kommer att genomgå utbildningarna.

*Förslag*

Delge information i rutinpärmar vilka har genomgått och vilka planeras genomgå SoL-utbildningen.

**Hur sker informationsöverföring mellan inblandade yrkesgrupper**

Muntlig rapport genomförs rutinmässigt tre gånger per dygn.

*Kommentar:*

Rapporter genomförs olika vid olika avdelningar. Tydliga arbetsrutiner saknas dock. Några av omvårdnadspersonalen anser att rapporttillfällena helt eller delvis uteblivit och att de därför inte får aktuell information avseende patienternas vård/omvårdnad. Andra anser att rapporterna kunde begränsas och endast genomföras vid förändringar eller när intermittent personal ska tjänstgöra.

**Hur är den samordnade vårdplanering mellan inblandade yrkesgrupper organiserad**

Samordnad vårdplanering avser den process som syftar till att tillsammans med patienten, närstående och biståndsbedömare planera patientens fortsatta vård och omsorg vid överföring från en vårdform till en annan. Samordnare är sjukhusets omvårdnadsansvariga sjuksköterska.

**AKTIVERING****Hur uppfylls kravet på aktiviteter och stimulans för de boende**

Eftersom individuella arbetsplaner och en gemensam aktivitetsplan saknas är det svårt att följa upp vilka aktiviteter som anordnas för den enskilde eller för grupper.



**Hur tillgodoses de boendes önskemål om att få vistas ute**

Det finns en halvtidsanställd omvårdnadspersonal som har till uppgift att ordna sysselsättningar åt de boende bl.a. bakning, promenader, tidningsläsning mm. Denne ordnar dels planlagda utevistelser en gång i veckan, på torsdagar och dessa sker i form av promenader/blomplantering o.dyl. tillsammans med arbetsterapeuten från Solberga äldreboende där 3-4 boende kan delta och dels spontana utevistelser, beroende på väderlek etc. Tillgången till innergården/uteplatserna möjliggör utevistelser i större omfattning främst för dem som bor på bottenplanet. På plan 1 finns tre stora balkonger som erbjuder möjlighet för såväl kaffedrickande som en stunds frisk luft. Inga dokumenterade uppgifter bekräftar genomförda utevistelseaktiviteter.

Enligt personalen är det svårt att anordna promenader eller andra friluftaktiviteter dels på grund av att flera boende är svårt sjuka och dels för att personalen inte hinner med. Det finns även boende som avsäger sig promenader.

*Kommentar*

Mer än hälften av de boende kommer aldrig ut dels pga deras nedsatta hälsotillstånd och dels för att personalen anser inte har tid.

*Förslag*

Revidera personalens arbetsrutiner så att de boendes utevistelse säkerställs.

**Finns de hjälpmedel som erfordras för verksamheten**

Verksamheten erbjuder tillräckliga hjälpmedel.

**LEDSAGARE OCH TOLK****Hur tillgodoses ledsagning till t.ex. tandläkare, fotvård, frisör**

Kontaktmannen eller en anhörig följer med vid behov av ledsagare. Frisör finns inom boendet och fotvårdare besöker sjukhemmet regelbundet.

**Hur tillgodoses behovet av tolk**

För närvarande finns inget behov av tolk.

**LOKALER****Enhetens utformning**

Sjukhemmet inryms inom tre femvåningsbyggnader. På entréplanet finns avd 8B, 8C och 5D och på plan 1 finns avd 16B, 16C, 10 och 14.

*Enhet 1*

Enheten består av 40 enkelrum samt tre dubbelrum, där bäddarna åtskiljs av en skärm och de boende delar hygienutrymmet. Inga flerbäddsrums finns.

**Enhet 2**

De fyra mindre boendena, 10, 8B, 8C och 5D inrymmer 35 boende. Samtliga har egna rum med hygienutrymme förutom avdelning vid 5D som har fyra dubbelrum, där de boende delar hygienutrymme. Flera av lägenheterna har balkong.

**Kommentar:**

Älvsjö sjukhem och servicehus består av flera byggnader under samma tak. Det finns hissar och korridorer vid olika huskroppar. En lång oöverskådlig korridor löper från avd 10, till 16B och 16C utan några anvisningsskyltar. Enheten präglas av en gammaldags institutionsform. För en nyinflyttad med dålig orienteringsförmåga är det mycket svårt att orientera. Även anhöriga kan ha svårigheter att hitta den rätta avdelningen/hissen/korridoren (i.ö. hänvisas till länsstyrelsens (2005-03-18) och Solving m.fl. utredningar från juni 2005.

I de tidigare genomförda verksamhetsuppföljningarna anmärktes det på brister avseende hänvisningsskyltar till hissar, avdelningar och korridorer, dels på bottenvåningen och dels på plan 1. Inga åtgärder har vidtagits.

**Lägenheten/rummets storlek m<sup>2</sup>**

På enhet 1 är lägenhetsstorleken ca 20-25 m<sup>2</sup>. Lägenhetsstorlekarna på enhet 2 varierar mellan 27,6 m<sup>2</sup> till 48,6 m<sup>2</sup>.

**Finns möjlighet att låsa sitt rum**

Samtliga lägenhets-/rumsdörrar är utrustade med låsanordningar. De boende, som så önskar, kan låsa sitt rum. Ytterdörrarna låses efter kl.17.00. Närstående/anhöriga förses med passerknappar. Den som inte har sådan får hjälp genom anrop på porttelefon. På plan 1 är hissarna kodade och utgångsdörren är försedd med dubbelhandtag för att försvåra passage för vårdtagare som har nedsatt orienteringsförmåga.

**Gemensamhetslokaler**

På våning 1 finns en lång, oöverblickbar korridor. Denna är visserligen utsmyckad med vackra väggmålningar men ger ändå föga hemkänsla. De små boendena ger en betydligt bättre hemkänsla. Det finns matsal vid samtliga avdelningar men flera boende vid 16B vill äta utanför matsalen i en "utbuktning" av korridoren. Vissa matrum/dagrum ger ett mindre tilltalande intryck då de är glest möblerade vilket kan förklaras av att många boende använder rullstol vid måltiden.

**Har de boende möjlighet att möblera sitt eget rum**

Möjlighet att kunna möblera sitt rum är beroende av storleken på rummen. Vid avdelningarna, 10, 8B och 8C, möblerar de boende själva sina rum med egna tillhörigheter. Däremot är förutsättningarna för detta mindre på sjukhemsavdelningarnas icke ombyggda delar på grund av rummens storlekar. Enstaka möbler och vissa personliga tillhörigheter kan de boende dock ta med sig.

**Ingår några möbler i permanentboende**

Verksamheten erbjuder säng, söngbord, lampa och garderob.

**Finns tillräckligt utrymme för egna tillhörigheter och förvaring**

Garderoberna är små på enhet 1, vilket leder till problem då man behöver ha såväl sommar- som vintergarderober. Källar-/vindsförråd finns ej.

**Hur upplevs boendemiljön av uppföljningsansvarig**

Vissa gemensamhetsutrymmen är hemlika medan andra är mera kala. Det är svårt att hitta personalen eftersom de är upptagna med städning av de boendenas rum eller andra icke boendebundna sysselsättningar.

***Enhet 1 inklusive enhet 2 på plan 1***

Enheten är institutionslik med långa, oöverskådliga korridorer. De vinklade korridorerna saknar anvisningsskyltar mot utgången och hissar. Hissarna är onummerade. Anslagstavlor i olika storlekar finns på flera ställen bl. a. i korridorer, personalrum, expeditioner/läkemedelsrum och är ofta överfyllda med mestadels inaktuella meddelanden. På ett ställe hittades t.ex. en inaktuell matsedel.

***Dagens rätter***

Matsedlarna är tryckta med för små bokstäver vilket kan resultera i att de boende med sin nedsatta synfunktion inte kan läsa dem. Därför finns vid varje avdelning en white-board där personalen förväntas skriva upp på dagens maträtter med stora, läsbara bokstäver vilket dock inte alltid sker. Veckans matsedel hänger utanför white-boarden. Dessutom fanns på ett ställe en gammal/utgången matsedel som "hängde" på korridorväggen.

Rummen och de allmänna ytrummen är rena och välstädade.

***Bilokaler***

Tvättstugorna är allmänt stökiga och har behov av storstädning.

***Förråd***

Tvätt-, förbands- och medicintekniska utrustningsförråd är mycket oöverskådliga, allmänt stökiga och ostädade. Där kan hittas olika plast/metall och andra icke dithörande föremål. Kartonger och andra saker ligger var som helst, på hyllor, under hyllor, i kartonger och på borden. En stor del utgången material finns i förbandsförrådet.

**Omklädningsrum, toalett och dusch**

Stökiga och stort behov av städning. Flera personalskåp är inte märkta med namn men är ändå låsta. Personalens olika fotbeklädnader ligger över allt på golvet.

***Enhet 2 på entréplan***

De små avdelningarna på entréplanet ger mera intryck av hemtrevnad och harmoni samt är väl städade, förrådena är dock något röriga.

**Finns anhörig rum**

Något anhörig rum finns inte.

**Generella larm**

Direktlarm/brandlarm finns till brandkåren. Varje boenderum och korridor är utrustade med branddetektorer.

**KOST****Var/vem maten tillagar**

Frukost och mellanmål tillagas på respektive avdelning. Lunch och middag tillagas och distribueras av Invita AB som finns på entréplanet. Maten distribueras till enheterna i värmevagnar, portioneras på enheten och serveras till respektive boende på bricka i matsalen.

*Kommentar*

Nytt avtal med matleverantören är aktuellt.

**Intag av måltider**

Maten serveras av omvårdnadspersonalen. Flera boende får hjälp till finfördelning och ytterligare flera behöver hjälp till matintag av personalen.

*Förslag*

Intag av måltider hör till en av de viktigaste händelserna under dygnet. För att kunna sitta bekvämt under måltiderna, oavsett avdelningens lokaler, bör de rullstolsburna boende flyttas över till en vanlig stol. Detta skulle bidra till att de ändrar sittläge och att de lättare kan nå matbordet samt ger en trevligare måltidssituation. Solberga äldreboende plan 1 har ändamålsenliga stolar.

**Finns köksansvarig på enheten**

På enhet 1 finns alltid en person som endast har huvudansvaret för köksärendena. På enhet 2 ingår köksarbetet i ordinarie personalens arbetsuppgifter.

*Kommentar*

Eftersom köksarbetet helt eller delvis, se ovan, ingår i den ordinarie personalens arbetsuppgifter, finns det en risk att de hygieniska aspekterna inte till fullo tillgodoses. Dessutom uppfyller inte vissa av avdelningarnas kök livsmedelsverkets krav på lokaler bl.a. saknas handtvättställ, separata arbets/skyddskläder och städutrustning för rengöring av kök. Personalen springer in och ut i köket i samma kläder som de också använder i omvårdnadsarbetet.

*Förslag*

Namnge köksansvariga och anmäl dessa till av kompetensfonden anordnad utbildning. Upprätta skriftliga rutininstruktioner för personalen som ska handskas med mat/köksärenden och som samtidigt deltar i omvårdnadsarbetet.

**Finns tillgång till specialistkompetens i kostfrågor**

Invita AB har dietist men av dietistkompetens har aldrig efterfrågats.

**Hur planeras matsedeln**

Invita AB planerar matsedeln för en vecka i taget. Matsedeln sänds ut på tisdagar för nästkommande vecka. Varje avdelning har en kostansvarig som inhämtar de bondes/anhörigas synpunkter på maten och följer upp förekommande avvikelser. Önskemål och synpunkter framförs till leverantören vid ett månatligt s.k. matrådsmöte där även diskuteras lösningen på olika förekommande problem.

**Finns möjlighet att välja huvudmål**

Leverantören erbjuder två maträtter till lunch. På vissa avdelningar vidarebefordrar personalen valmöjligheten till de boende medan vid andra avdelningar beställer personalen själv ett av alternativen enligt deras eget tyckande. Likaså avgör personalen vilka som ska serveras passerad mat.

*Kommentar*

Matsedlarna är skrivna med små bokstäver. För en äldre person med nedsatt synförmåga har svårt att läsa texten. Därför har varje avdelning ett white board där ska personalen skriva dagens maträtter med stora läsbara bokstäver. Vid vissa avdelningar sköter personalen detta på ett bra sätt men på andra avdelningar fungerar det inte alls.

*Förslag*

Utse namngivna personer för skötsel av white board.

**Måltidernas fördelning över dygnet**

Frukost serveras mellan kl. 07.00-10.00

Lunch serveras mellan kl. 12.00-12.30

Middag serveras mellan kl. 16.00- 16.30 och

Kvällsmål/fika mellan kl. 18.30-19.00, därmed är nattfastan över 11 timmar.

**Finns det möjlighet att få extra mat/smörgås vid behov**

Mat/smörgås kan erhållas vid behov.

**STÄDNING****Vem städar**

Kontaktpersonen städar lägenhet/rum och hygienutrymme. För städning av allmänna utrymmen finns 1,5 tjänst som städare. En heltidstjänst är för närvarande vakant. Arbetet utförs av en vikarie.

**TVÄTT****Vem ansvarar för skötsel av den boendes kläder**

Kontaktmännen är ansvariga för de boendes klädvård. Separat klädttvätt för den enskilde finns endast vid enhet 2 men vid enhet 1 tvättas olika boendes kläder tillsammans. Enligt kontaktmannaskapets arbetsuppgifter ska de boendes kläder märkas av de anhöriga men plaggen är för det mesta inte märkta.

Personalen "känner igen" vem som är ägare till respektive plagg men förväxling förekommer i synnerhet när någon vikarie tvättar kläderna.

#### **Finns buffertförråd av linne**

Verksamheten håller med allt linne med det är dålig ordning i förrådet.

#### *Förslag*

Namnge ansvariga personer som ska svara för ordningen i klädförråden

## **Uppföljning enligt HSL**

### **HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

#### **Vilka skriftliga rutiner finns för hälso- och sjukvården**

Skriftliga riktlinjer/rutiner finns som gäller för hela äldreomsorgsverksamheten inom Älvsjö, utarbetade av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan och som har delgivits nämnden för kännedom 2005-03-17.

Riktlinjerna finns vid varje avdelning, samlade i en särskild pärm. På varje enhet är pärmen tydligt placerad i sjuksköterskeexpeditionen.

#### *Kommentar*

Riktlinjepärmen ska fungera som ett uppslagsverk och ska ge personalen möjlighet att vid förekommande behov inhämta kunskaper om gällande rutiner. Trots att pärmen är tillgänglig för all personal är de flesta av riktlinjerna helt eller endast delvis kända. Flera pärmar faller isär då man ska läsa i dem. Pärmarna innehåller en del inaktuella riktlinjer. Dessutom är de aktuella riktlinjerna inte insatta enligt innehållsförteckningen. De intervjuade sjuksköterskorna anser dessutom att de inte har tid att läsa riktlinjerna.

#### *Förslag*

Namngiven person bör utses för att tillse att riktlinjepärmarnas innehåll alltid ska vara aktuellt.

#### **Vilka har tillgång till rutiner och dokumentation**

På enhet 1 har samtlig personal tillgång till riktlinjepärmen. På enhet 2 har sjuksköterskor och paramedicinare tillgång till riktlinjepärmen men i samarbete med sjuksköterskan får övrig personal också tillgång till den.

#### **Hur är sjuksköterskeinsatserna organiserade och hur finns de tillgängliga under dygnet och alla dagar**

Verksamheten har sjuksköterskebemanning dygnet runt. På enhet 1 finns en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska för avdelning 16B, 16C och 14. Vid enhet 2, finns en ansvarig sjuksköterska för 8B, för 8C och för 5D. För närvarande saknas omvårdnadsansvarig sjuksköterska för avdelning 10 och här tjänstgör det oftast intermitteranställda vilket utgör en kvalitetssänkning med avseende på kontinuiteten.

### *Kommentar*

En omvårdnadsansvarig sjuksköterska kommer att finnas för avdelning 10 from 1 september. Sjuksköterskorna med omvårdnadsansvar för 16B och 5D har varit halvtidssjukskrivna under en längre period. Ersättare för dem var oftast tillfälligt anställda men det förekom att ingen ersättare bokas in pga ekonomiska besparingar enligt sjuksköterskorna. Koppling (samma sjuksköterska ansvarar för flera avdelningar) förekommer ofta vilket innebär att vårdbelastningen ökar på sjuksköterskorna.

### **Andra arbetsuppgifter för sjuksköterskan**

Under kvällar och helger, vid ej planerad frånvaro, ansvarar den tjänstgörande sjuksköterskan för bemanningen.

### *Kommentar*

Sjuksköterskorna anger att de, ibland pga tidskrävande telefoniarbete att skaffa "ringa in" ersättare för sjukskrivna, hindras i sitt vårdarbete.

### **Antal boende som en omvårdnadsansvarig ssk. har ansvar för**

Vardag f.m.	Vardag e.m.	Vardag och helg natt
16/16/14/10-8/8/9	46 resp. 35	81
Helg f.m.	Helg e.m.	
40 resp. 41	40 resp. 41	

Sjuksköterskorna arbetar enligt schema var tredje helg.

### *Kommentar*

From. 1 september har 16B två omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

### **Läkarinsatserna utgår från och utförs av**

Läkarinsatserna utgår från Förenade Care AB som f.n. är utan giltigt avtal med landstinget.

### *Kommentar*

Vid flera tillfällen har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan sökt kontakt med den ansvariga vid landstingets Beställarkontor Vård utan något resultat. Ingen där kan ange vem som är avtalsansvarig.

### **Organisation av läkarinsatserna**

Inför varje månadsskifte sänder Förenade Care AB en läkarjourlista dels till verksamheten och dels till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Därutöver finns en skriftlig överenskommelse avseende vem som är patientansvarig läkare för enhet 1 och enhet 2 samt vilka dagar och tider läkarna har aktiv tjänstgöring.

### *Kommentar*

Vissa av läkarna följer inte de skriftliga överenskommelserna. Detta har påtalats av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Ett brev i detta ärende, som bifogas till denna uppföljning, har sänts till Förenade Care AB.

### **Samarbetsformer mellan läkare och sjuksköterska**

Det finns skriftliga riktlinjer, utarbetade av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, hur rondarbetet ska förberedas av sjuksköterskan.

*Kommentar*

Det finns en pärm, märkt "Rondpärm". I denna pärm finns olika sorters blanketter med ingen av dem som finns angivna i riktlinjerna.

Finns möjlighet till akuta läkarinsatser på enheten

Ja

Akuta läkarinsatser nattetid

Ja

Finns skriftliga rutiner på enheten för hur läkare ska kontaktas

Ja

Deltar läkaren i vårdplanering

Nej

## LÄKEMEDELSHANTERING

### Finns skriftlig arbetsordning för läkemedelshantering

Skriftliga riktlinjer för läkemedelshanteringen finns utarbetade av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Enligt dessa riktlinjer ansvarar sjuksköterskan även för överlämnande av läkemedel. Några namngivna sjuksköterskor har, enligt avtal med landstinget, beställningsrätt för läkemedel samt ansvaret för kontrollräkning av narkotikapreparat.

### Hur förvaras läkemedel

Huvuddelen av läkemedlen förvaras i respektive enhets medicinskåp/kylskåp enligt läkemedelsföretagens anvisningar.

*Kommentar*

Vid enhet 1 hittades lösa tabletter, stolpiller, flytande läkemedel, ögon- och örondroppar var som helst i medicinkoppar, lådor, backar och i avlidnas dosetter.

Vid enhet 2 fanns lösa tabletter i transportvagnarnas lådor.

*Förslag*

Solberga äldreboende, som har ett väl fungerande system för förvaring av läkemedel, tar gärna emot studiebesök. De namngivna ansvariga sjuksköterskorna vid Älvsjö sjukhem bör kontakta någon av de läkemedelsansvariga sjuksköterskorna vid Solberga för konsultation om praktiskt läkemedelshantering.

### Läkemedels "system"

Enheter har allmänna läkemedelsförråd, ett på enhet 1 och ett på enhet 2. Läkemedelsförrådet på enhet 1 finns i ett läkemedelsrum medan det på enhet 2 finns i samma rum som där läkarrond och övriga sjuksköterskearbeten utförs.

Läkemedelsförsörjning till vårdtagarna sker via veckodosetter. Varje vårdtagare har två veckodosetter varav den ena är påfylld från det allmänna läkemedelsförrådet och den andra fylls på successivt under veckan så att överlämnanden till vårdtagarna sker utan avbrott vid veckoskiftet på måndagar. Dosetternas märkningar är tydliga och följer angivna instruktioner.

*Kommentar*

Det framgår av riktlinjerna att det är av största vikt att kunna säkerställa den boendes identitet så att förväxlingar vid exempelvis läkemedelshantering ej kan uppstå. Identifiering sker fortfarande endast med



”kännedom” vilket utgör en stor risk för förväxling främst med avseende på intermittentanställda. Detta har påpekats sedan 2001. Sjuksköterskor har inhämtat medgivande/tillstånd för fotografering men fotograferingen har inte genomförts. Enligt uppgift från resultatenhetschefen finns kamera sedan flera år tillbaka men de intervjuade sjuksköterskorna anger att det inte finns någon kamera.

Varje avdelning har väl märkta läkemedelsdosetter. Däremot förvaras/transporteras dosetterna till avdelningarna vid läkemedelsöverlämningstid på icke säkra och ändamålsenliga vagnar. Dosetterna kan tappas på golvet och plats finns inte på vagnarna för flytande läkemedel samt äppelmos. Inte heller finns någon möjlighet att ha med sig läkemedelsordinationspärmar i original för kontroll vid överlämnande.

#### *Kommentar*

Enhet 2 har en godkänd läkemedelsvagn men sjuksköterskorna använder inte den vid överlämnande av läkemedel. I stället används ostabila inte ändamålsenliga transportvagnar.

#### *Förslag*

Använd den befintliga läkemedelsvagnen på enhet 2 alternativt anskaffa en ny både till enhet 2 och erforderligt antal till enhet 1. Studiebesök rekommenderas vid Solberga äldreboende.

#### *Enhet 1*

I läkemedelsrummet råder allmänt oordning och rummet ger ett kaotiskt intryck. Där kan man finna personalens privata tillhörigheter och andra icke dithörande föremål. Det saknas förvaringsutrymmen, hyllor och lådor samt ändamålsenliga läkemedelsvagnar. Kylskåpet är ofräscht, handtaget är trasigt, tätningslisten är lös och nästan möjlig varför den föreskrivna temperaturen inte kan hållas.

Några dagar under sommaren saknades belysning i medicinrummet helt eller delvis och en av armaturerna ramlade ner. Rapport angående reparationsbehovet framfördes till resultatenhetschefen 2,5 veckor innan belysningen kollapsade helt. Enligt resultatenhetschefen har hon aldrig kontaktats i detta ärende och därför har hon inte vidtagit någon åtgärd. Detta medförde stor risk för förväxling vid uttag av läkemedel. Därför förbjöds uttag från allmänna läkemedelsförrådet under 3 dygn av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan intill dess att belysningen åtgärdats. Läkemedelsförsörjningen till vårdtagarna tillgodosågs dock ändå eftersom det under den aktuella veckan fanns uttagna läkemedel förvarade i dosetterna.

Kontrollräkning av narkotiska preparat har genomförts mycket sporadiskt, ibland med flera månaders mellanrum. Inga förbättringar har alltså skett.

De namngivna sjuksköterskorna ansvarar för beställning och hantering av apoteksvaror. Vid kontroll av läkemedelsförråden visade det sig att läkemedel beställs i okontrollerade mängder eftersom alla sjuksköterskor skriver beställningar och de ansvariga endast undertecknar utan att kontrollera om det behövs eller ej.

#### *Enhet 2*

I sjuksköterskeexpeditionen finns även ett läkemedelskåp och en separat toalett. Här genomförs alla telefonsamtal, läkarronder, uttag samt iordningställande av läkemedel. Läkemedelsskåpet är dock låst när ingen av sjuksköterskorna arbetar med läkemedelshanteringen.

### *Kommentar*

Rummet är för litet för dessa olika aktiviteter. Detta resulterar i att sjuksköterskorna inte har möjlighet att arbeta ostörda varken då de genomför rond med läkare, då de dokumenterar eller då de hanterar läkemedel. Dessutom får sjuksköterskorna ej låsa rummet då toaletten, i sjuksköterskeexpeditionen, ska vara tillgänglig för personalen från 8B oavsett vilka aktiviteter som pågår där. En personaltoalett finns i korridoren strax utanför avdelningen vilken bör kunna användas. Det är oantagbart att personalen springer in och ut och stör den pågående verksamheten vilket utgör en stor risk för felhanteringar bl.a. vid läkemedelsuttag.

### **Görs regelbundna läkemedelsgenomgångar på alla boende**

Systematiskt, regelbundna läkemedelsgenomgångar sker oftast på sjuksköterskornas initiativ. Bristen på läkemedelsgenomgångar gör det sannolikt att vissa vårdtagare har för många läkemedelordinationer (några vårdtagare vid enhet 1 har upp till 11 olika tillsvidareordinerade läkemedel).

### ***Enhet 1***

#### *Antalet ordinerade läkemedel:*

##### Avdelning 16 B

Tillsvidareordinationer: 98 olika preparat = i genomsnitt 6 per vårdtagare

Vid behovsordinationer: 42 olika preparat = i genomsnitt 3 per vårdtagare

##### Avdelning 16 C

Tillsvidareordinationer: 92 olika preparat = i genomsnitt 6 per vårdtagare

Vid behovsordinationer: 29 olika preparat = i genomsnitt 2 per vårdtagare

##### Avdelning 14

Tillsvidareordinationer: 85 olika preparat = i genomsnitt 6 per vårdtagare

Vid behovsordinationer: 48 olika preparat = i genomsnitt 3 per vårdtagare

### ***Enhet 2***

#### *Antalet ordinerade läkemedel:*

##### Avdelning 10

Tillsvidareordinationer: 66 olika preparat = i genomsnitt 7 per patient

Vid behovsordinationer: 40 olika preparat = i genomsnitt 4 per patient

##### Avdelning 8 B

Tillsvidareordinationer: 40 olika preparat = i genomsnitt 5 per patient

Vid behovsordinationer: 26 olika preparat = i genomsnitt 3 per patient

##### Avdelning 8 C

Tillsvidareordinationer: 31 olika preparat = i genomsnitt 4 per patient

Vid behovsordinationer: 22 olika preparat = i genomsnitt 3 per patient

##### Avdelning 5 D

Tillsvidareordinationer: 55 olika preparat = i genomsnitt 8 per patient

Vid behovsordinationer: 15 olika preparat = i genomsnitt 2 per patient

*Kommentar*

Generellt har antalet läkemedelsordinationer minskat något men fortfarande finns i genomsnitt per vårdtagare mellan 8-9 läkemedel vid enhet 1 och mellan 7-11 läkemedel vid enhet 2 ordinerade. Därutöver tillkommer läkemedelsöverlämnande enligt generella läkemedelsordinationer. Det finns fortfarande en hel del läkemedelsordinationer där insättningsdatum saknas.

**Finns generell ordinationslista**

Generella läkemedelsordinationer finns.

**Senaste datum för extern granskning och av vem**

Läkemedelsgranskningen har utförts av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan under juli/augusti 2005 i enlighet med stadsdelsnämndes beslut. Med anledning av de identifierade förbättringsområdena inom läkemedelshanteringen har en åtgärdsplan upprättats 2004-09-30. Flera av områdena har åtgärdats. Däremot har inte kontrollräkning av narkotiska preparat genomförts. Vårdtagarnas identifiering har heller inte säkerställts.

**DELEGERING**

Rutiner för delegeringar så att omvårdnadspersonalen ska kunna utföra hälso- och sjukvårdande arbetsuppgifter är noggrant beskrivet dels i Socialstyrelsens föreskrifter och dels i den medicinskt ansvariga sjuksköterskans riktlinjer. Förteckning över arbetsuppgifter som sjuksköterskan får delegera finns också i riktlinjerna. En kopia på varje utfärdat delegeringsbeslut ska överlämnas till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan.

*Kommentar***Enhet 1**

Omvårdnadspersonalen på avdelning 16B och 16C utför sjukvårdande arbetsuppgifter utan skriftligt utfärdade delegeringsbeslut.

**Enhet 2**

Det finns endast 2 aktuella skriftliga delegeringsbeslut.

Personalen anger att de får utföra sjukvårdande arbetsuppgifter utan skriftlig delegering och utan sjuksköterskans undervisning. Det förekommer också att sjuksköterskan lämnar muntlig delegering till omvårdnadspersonal som dels inte har någon grundläggande sjukvårdande utbildning och dels saknar erfarenhetsmässiga kunskaper. Detta är helt oacceptabelt och strider mot alla bestämmelser och rutiner/riktlinjer samt äventyrar en trygg och säker vård och omvårdnad.

**OMVÅRDNAD****Finns det medicinska/omvårdnadsmässiga problem ni ej klarar på enheten**

Verksamheten är för somatiskt sjuka vårdtagare. Alla medicinska åtgärder med undantag för vård av vårdtagare som har centrala venkateter (CVK) kan tillgodoses.

*Kommentar*

Vård av vårdtagare med centrala venkateter (CVK) är sjukhusvård.

Den legitimerade personalen, sjuksköterskor/sjuktymnast/arbetsterapeut ansvarar för den allmänna omvårdnadens kvalitet, som utförs av omvårdnadspersonalen, genom att meddela undervisning, vägledning och rådgörning.

#### *Kommentar*

Omvårdnadspersonalen anger att det stöd och den vägledning som behövs till det dagliga arbetet saknas. De anger vidare att viss/-a sjuksköterskor visar stort ointresse och har ett bemötande som ej är acceptabelt.

#### **Har ni rutiner för vård i livets slutskede**

Skriftliga riktlinjer finns utarbetade av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Det anges att det finns extra personal om anhöriga inte finns eller inte har möjlighet att vara med.

#### **Hur tillgodoses kravet att döende personer inte får lämnas ensamma**

Regelbunden tillsyn sker minst 2 gånger per timme i samarbete med ansvarig sjuksköterska vilket emellertid inte uppfyller kravet på att döende personer inte får lämnas ensamma.

#### *Kommentar*

Uppföljningen är svårt att genomföra eftersom lokala skriftliga rutiner och anteckningar saknas.

#### *Förslag*

Utfärda lokala rutiner för kontaktmannen. Det bör ingå i socialdokumentationen när och vem som finns hos den döende. Vårdplanering ska genomföras och dokumenteras i omvårdnadsjournalen av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan.

#### **Hur sker bedömning av förebyggande åtgärder för trycksår**

Dokumentering av riskbedömningar för att förebygga trycksår saknas i omvårdnadsjournalerna.

#### **Vem förskriver inkontinenshjälpmedel**

Förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel har sjuksköterska efter genomgången utbildning. Dokumentering av individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel saknas i omvårdnadsjournalerna. Beställning gör en av omvårdnadspersonalen. Förskrivningen sker inte individuellt.

#### *Kommentar*

Personligt utprovade inkontinenshjälpmedel för vårdtagarna saknas. Beställningen sker enligt ett schema. Det förekommer att vårdtagare får flera, allt för stora/små inkontinenshjälpmedel vilket kan leda till obehag samt dålig hygien.

#### *Förslag*

Ge sjuksköterskorna möjlighet att delta i av Kompetensfonden anordnad undervisning. Utse blöjombud vid varje avdelning som länk mellan omvårdnadsansvarig sjuksköterska och övriga kontaktmän. Dokumentera toalettrutiner i socialdokumentationen. Anordna inkontinensutbildning i samarbete med konsumenten från SCA Hygiene Products AB. Bjud in ansvarig sjuksköterska från Vårbergs sjukhem.

**Hur sker förebyggande insatser för att förhindra spridning av MRSA**

Dokumentation av förebyggande åtgärder saknas.

**Frihetsinskränkande åtgärder, förekomst.**

Det finns bältes- och brickbordsordinationer av läkare men dessa är inte utvärderade.

**Hur sker förebyggande insatser för att förhindra fall och fallskador**

Dokumentation av förebyggande åtgärder saknas.

**Hur tillkallar den boende personalen**

Hjälpbeförande vårdtagare kan tillkalla personalen antingen genom rop eller det allmänna ringledningssystemet. Vissa av vårdtagarna söker även upp sjuksköterskorna. Individuella larm finns inte.

**HYGIEN**

Hygienrond har genomförts enligt avtal med landstingets hygiensköterska. Landstingets hygiensektion har planerat hygienutbildning under hösten för stadsdels-/kommunens anställda. Vårdhygienutbildningen riktar sig till samtliga yrkeskategorier såsom hygienombud, sjuksköterskor, chefer, paramedicinsk personal och biståndsbedömare.

*Kommentar*

Flera personer använder armband, klocka och ringar i omvårdnadsarbetet samt har långa målade naglar. Maten serveras av omvårdnadspersonalen i samma kläder som omvårdnadsarbetet utförs. Trots att personalen har genomgått föreläsning avseende hygieniska aspekter i synnerhet mat-/livsmedelshygien ingen har använt förkläde vid matservering eller hjälp med matintag .

*Förslag*

Deltagande i utbildningar för vård och omvårdnadspersonal är nödvändiga pga infektionssjukdomarnas frammarsch.

**Finns arbetskläder som arbetsgivaren tillhandahåller**

Arbetsgivaren tillhandahåller arbetskläder samt en märkt tvättmaskin för personalens arbetskläder.

**Finns/används skyddskläder på enheten för "orent" arbete**

Som regel används plastförkläde eller gul rock vid orent arbete.

**Finns spoldesinfektor**

Enhet 1 har fyra och enhet 2 har inga spoldesinfektorer vilket kan medför hygieniska problem.

**MEDICINTEKNISKA PRODUKTER****Finns rutiner för hantering av medicintekniska produkter**

Rutinbeskrivningar för kontroll och skötsel av arbetstekniska hjälpmedel saknas.

*Kommentar*

Sugrör är en av de viktigaste delarna till sugapparaten. Enligt sjuksköterskorna har dessa rör låsts in, enligt biträdande enhetschefens anvisningar, och ransonerats pga ekonomiska besparingar, i ett av undersköterskornas skåp och därmed blivit otillgängliga för sjuksköterskorna. Därigenom riskerades vårdtagarnas vård och äventyrades deras säkerhet. Vidare finns ett meddelande där det står att "Sondaggregat endast ett/dyn, kostnad 40 kr/st". Det är oacceptabelt att av läkare ordinerade livsviktiga vårdåtgärder, på grund av ekonomiska besparingar, begränsas varigenom vårdtagarnas behandlingar äventyras dessutom som sjuksköterskorna har det yttersta vårdansvaret..

**REHABILITERINGSINSATSER****Tillgång till sjukgymnast/arbetsterapeut**

Verksamheten har en heltidsanställd sjukgymnast. Innehavaren av arbetsterapeutertjänsten har föräldrapenning och tjänsten uppehålls fn av en vikarie. Aktuella ADL-status eller fallriskbedömningar är inte genomförda/dokumenterade.

Det finns tillräckliga erforderliga hjälpmedel för verksamheten och de boende

*Kommentar*

Det är mycket viktigt att ADL-status och fallriskbedömningar genomföres så att vårdtagarnas vård och omvårdnad säkerställs. Det finns dessutom ett arbetsterapeutbiträde med huvudsyssla att tillse att av sjukgymnasten ordinerade hjälpmedel rekvireras/lånas från Hjälpmedel Syd och att avdelningens förråd är i ordning. Därutöver tränar hon vissa boende utan skriftlig delegering. Arbetsordning för biträdet saknas dessutom.

*Förslag*

Utarbeta arbetsrutiner dels så att ovanstående bedömningar genomföres och dels så att biträdet utnyttjas i arbetet med vårdtagarnas vardagsrehabilitering.

**Genomför sjukgymnast/arbetsterapeut ADL-status på alla nyinskrivna**

Någon aktuell ADL-status har inte hittats i omvårdnadsjournalerna.

**Hur dokumenteras rehabiliteringsinsatser**

Inga dokumentationer kunde hittats i omvårdnadsjournalerna.

**DOKUMENTATION enl. HSL****Dokumentationssystem**

År 2004 skedde en utveckling avseende omvårdnadsjournaldokumentationerna. Sjuksköterskorna på enhet 1 har börjat dokumentera på dator medan de på enhet 2 fortfarande dokumenterar manuellt.

**Enhet 1**

Aktuell status för närvarande på enhet 1 finns endast för enstaka vårdtagare i beskrivande form utan hänvisning till sökord. Vårdplan för hälso- och sjukvården, aktuell ADL-status, BMI och utvärderingar av åtgärdsinsatserna saknas helt. Viktkontrollerna är mycket sporadiskt genomförda. Sjuksköterskorna anser att de inte har någon tid för dokumentation. Biståndsbeslut kan hittas bland omvårdnadsjournalerna.

**Enhet 2**

Det finns flera aktuella status, dock inte på vissa avdelningar, vikt och BMI redovisas sporadiskt men ADL-status och vårdplaner för hälso- och sjukvården saknas. Biståndsbeslut samlas i separat pärm.

**Hur förvaras och vem har tillgång till omvårdnadsjournalerna**

Omvårdnadsjournalerna finns samlade i olika pärmar. Journalernas sammansättningar och innehåll varierar praktiskt taget från vårdtagare till vårdtagare. Ingen systematisk ordning i enlighet med riktlinjerna kan hittas. Dessutom finns kopior på biståndsbeslut i omvårdnadsjournalerna. Pärmarna förvaras i sjuksköterskeexpeditionerna. Expeditionerna är emellertid låsta när ingen av sjuksköterskorna vistas i lokalerna.

**Kommentar**

Patientjournalagens anvisningar och den medicinskt ansvariga sjuksköterskans riktlinjer följs inte.

**Finns individuell vårdplan (IVP) enligt HSL**

Vårdplaner för hälso- och sjukvården saknas. Fortlöpande anteckningar på rapportbladet finns men dessa ersätter inte den individuella vårdplanen.

**Hur arkiveras omvårdnadsjournalen efter avslutat vårdtid**

Omvårdnadsjournalerna arkiveras i ett gemensamt arkiv vid Solberga äldreboende. Enligt stadsdelsnämndens beslut är den medicinskt ansvarig sjuksköterskan ansvarig för att patientjournalagen följs vid arkiveringen.

**Kommentar**

På läkemedelsrummet vid Enhet 1 finns det, sedan i april 2005, ett c:a 30-tal avslutade omvårdnadsjournaler huller om buller uppstaplade på ett skåp. Enligt riktlinjerna ska den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan iordningställa journalerna för arkivering och inom de närmaste två dagarna efter vårdtagares utskrivning översända dessa till Solberga äldreboende för arkivering. Journalerna är inte iordningsställda efter riktlinjerna. Oavsett var ansvaret ligger för transport av de utskrivna/döda vårdtagarnas omvårdnadsjournaler har ingen tillsett att dessa överlämnats till Solberga.

