



*Generell beställning och
uppföljning/Masenheten*
N O R R M A L M S
S T A D S D E L S F Ö R V A L T N I N G

TJÄNSTEUTLÅTANDE

SID 1 (8) 2001-12-03
DNR 008-933/01

Handläggare: Kerstin Ohlsson tfn. 508 09 504
kerstin.ohlsson@norrholm.stockholm.se
Leif Kananen tfn. 508 14 300 [leif.kananen@enskede-
arsta.stockholm.se](mailto:leif.kananen@enskede-arsta.stockholm.se)

Norrmalms stadsdelsnämnd

Uppföljning av äldreomsorgen: Äldreboendet Väduren

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner rapporten.

Ulf Bergh
Stadsdelsdirektör

Ingrid Widebäck
Avdelningschef

Sammanfattning

Äldreboendet Väduren har drivits av Frösunda Vårdcentrum AB sedan 1997 12 01 fram till 2001 09 30 då avtalet löpte ut. I samband med återtagandet av verksamheten har stadsdelsförvaltningen gjort en uppföljning och definierat förbättringsområden som den nya enhetschefen har att beakta i den fortsatta planeringen.

Bakgrund

Uppföljning av verksamheten har gjorts på Vädurens äldreboende vid ett verksamhetsbesök den 18 september 2001 och journalgranskning under hösten 2001. Uppföljningen har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska och enheten för generell beställning och uppföljning.

Verksamhetsbeskrivning

Äldreboendet har drivits av Frösunda Vårdcentrum AB enligt ett avtal sedan 1997-12-01 fram till 2001-10-01 då avtalet löper ut och ansvaret för driften återgår till stadsdelsförvaltningen. Verksamhetsledare för Väduren har tillika varit verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska i Norrmalm är enligt avtal mas för verksamheten.

Äldreboendet är beläget på Roslagsgatan 20 och består av:

- servicehus med 117 lägenheter
- gruppboende för demenshandikappade – Bellevuegården med 13 lägenheter.

I husets gatuplan finns en restaurang som drivs av en annan entreprenör. I entrén finns en samlingsplats med soffor och bord som används flitigt av de boende och på annat håll i huset finns aktivitetslokaler. Utanför huset finns två mindre trädgårdar som används på sommaren. I huset finns också två fotvårdare.

Metod

Uppföljningen har präglats av den förestående förändringen – bytet av driftsansvarig. Uppföljningen genomfördes i form av en dialog med två representanter för Frösunda Vårdcentrum AB; verksamhetsledare och samordnare vid servicehuset. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har även besökt enheten vid andra tidpunkter för journalgranskning och då samtalat med olika personalkategorier.

Samtalet med verksamhetens representanter fokuserades kring genomförda förbättringar med anledning av förra uppföljningen 2000 11 23. För övrigt gjordes en genomgång av läget i verksamheten inför stadsdelsförvaltningens återtagande. Iakttagelserna sammanfattas i en lista på förbättringsområden dessutom biläggs resultat av journalgranskning och övrig granskning av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Resultatet av granskningen överlämnas till den nya enhetschefen för att användas i det fortsatta arbetet efter stadsdelsförvaltningens återtagande av verksamheten.

Förvaltningens rapport

Sammanställning av förbättringsområden:

- Många vårdplaner saknas. Sjuksköterskornas dokumentation uppfyller ej de kvalitetskrav som ställs enligt patientjournallagen.
- Berörd personal saknar kunskap i dokumentationssystemet VIPS och allmän datakunskap.
- Enheten har ett stort antal registrerade byten av vårdinrättning oftast till akutsjukvården – orsakerna bör analyseras – kan något göras för att minska antalet och öka möjligheterna att bo kvar hemma.
- Behov av utbildning i hygienfrågor kvarstår sedan tidigare.
- Rutinerna kring riskbedömning avseende fall och vikt bör revideras och genomföras.
- Samarbetet med rehabiliteringspersonalen bör förbättras; gemensamma möten rehabiliteringspersonal - övrig personal införs samt göra rehabiliteringsjournalerna tillgängliga för berörd personal.
- Påbörja arbetet med att utveckla Vädurens kvalitetsmetodik. Under alla år med Frösunda har ett antal nystarter gjorts för att utbilda personalen i ”Kvalitetsslingan” men resultatet är magert. Utbildningen har aldrig fullföljts.
- Läkemedelsordinationerna uppfyller ej de kvalitetskrav som ställs för en säker läkemedelshantering. Det saknas läkarsignering på aktuella läkemedelslistor. Detta är läkarens ansvar som bör påtalas.
- Läkemedelshanteringen bör ses över. Läkemedelsskåpet är för litet i förhållande till antalet mediciner.
- Delegeringspärmen bör ses över och uppdateras.
- Enligt uppgift har personalomsättning och sjukfrånvaro varit mycket högre på gruppboendet än övriga huset. Detta bör analyseras och åtgärdas.
- Enheten bör se över rutinerna kring nutrition.
- Medicintekniska produkter ska förtecknas.

Bilaga 1

Granskning av hälso- och sjukvårdsinsatser

Journalgranskning

Följande fanns i samtliga fyra granskade journaler: patientens namn och personnummer, patientansvarig läkare, aktuella rapportanteckningar, datering överallt, signering överallt, anteckningarna var läsliga och sökord användes. Beredningsform, styrks, dos och administreringssätt. Aktuell läkemedelslista från Geriatriska kliniken i tre journaler. Ordinationskort och läkemedelskort i en journal dock är ögondroppar ej överfört. Följande saknades delvis: anamnes saknades i en. Diagnos och problembeskrivning fanns i två. Omvårdnadsstatus saknades i två. Ansvarig sjuksköterska saknades i tre. Vårdplan dvs. omvårdnadsdiagnos, omvårdnads mål, omvårdnadsåtgärder och utvärdering saknades på två boende och fanns på två boende, dock ej utvärderade.. Läkarsignering på läkemedelslista saknades på tre läkemedelskort. Uppgift om överkänslighet saknades i tre journaler och kontaktorsak saknades i två. Uppgifter om närstående saknades i en.

Antal läkemedel per boende

10 st + 3 st vid behov, 2 st + 1 st vid behov, 14 st + 2 st vid behov och 6 st + 2 st vid behov = ett genomsnitt på 10 läkemedelsordinationer per person.

Kommentar

Sjuksköterskorna dokumenterar för hand enligt VIPS på standardssystemblankett. En dator finns med VIPS dokumentationssystem inlagt men används inte. Journalerna förvaras i pärmar inlåsta på sköterskeexpeditionen. Sköterskan skriver löpande i rapportanteckningar så att det går att följa vården. Vårdplaner saknas i hög utsträckning. Undersköterskor och vårdbiträden skriver rapportanteckningar efter behov på boende i deras individuella hempärmar.

På servicehuset finns ett individuellt rapportsystem för varje boende - en pärm med flikar med rapportblad för varje boende där man för anteckningar efter behov.

Muntliga rapporter ges 3 gånger/dag i samband med passbyten.

En samordnad dokumentation för all vårdpersonal inom enheten skulle bl.a. leda till en ökad säkerhet, trygghet, kvalitet, kontinuitet, tidsbesparing, kompetensutveckling och färre avvikelser.

Faktorer som påverkar dokumentationskvaliteten på Väduren idag är följande enligt sjuksköterskorna: brist på sjuksköterskor/för många boende per sjuksköterska/för många arbetsuppgifter. Kunskaperna i hur man dokumenterar enligt VIPS skulle kunna vara bättre.

Rehabiliteringsjournaler

Sjukgymnast och arbetsterapeut dokumenterar för hand enligt en speciell mall med egna sökord som alla inom rehabiliteringsenheten använder. Bedömning av ADL status görs vid behov. Tiden räcker ej till för att göra ADL bedömningar i den utsträckning som skulle behövas. Rehabiliteringsjournalerna är tillgängliga för sjuksköterskan när sjukgymnast och arbetsterapeut finns på plats, dvs. cirka 2 dagar i veckan.

Följande fanns i samtliga tre granskade journaler: patientens namn och personnummer, signering över allt, sökord överallt, ADL-status, rehabiliteringsbedömning och rehabiliteringsplan.

Samarbetet fungerar bra med all vårdpersonal men regelbundna möten finns ej inplanerade. För att få information om boende deltar rehabiliteringspersonalen i morgonrapporten kl 07.30.

Läkemedelsskåp

Ordningen i läkemedelsskåpet är ej bra. Mediciner förvaras i allt för små lådor och läkemedelsskåpet är för litet. Kontrollen av medicinerna är svår att upprätthålla. Individuella lådor finns för alla boende.

Cirka 50 boende har APO-dos och ca 30 boende har dosett. Akutlista och generell lista finns på insidan av läkemedelsskåpet. Kasserade läkemedel lämnas till apoteket i märkta påsar. Apoteket utfört inspektion senast den 23 maj 2000 - protokoll finns.

Delegeringar

Aktuella delegeringar förvaras i en pärm på sköterskemottagningen.

I delegeringspärmerna finns aktuella och inaktuella delegeringar blandat. Här finns även semestervikarier blandat med fast personal och timvikarier. Datum saknas och flera olika sorters delegeringsblanketter används.

Antal aktuella delegeringar: 40 st. Antal inaktuella delegeringar: 91 st.

Delegeringarna gäller: överlämna dosdispenserat läkemedel, ge ögondroppar/vagitorier, linda ben, dokumentation, tarmreglerande läkemedel, såromläggningar, insulingivning med insulinpenna och kateterspolning.

Bemanning / sjuksköterskor:

Vid uppföljningstillfället finns två sjuksköterskor på servicehuset som arbetar dagtid måndag - fredag. Lördag och söndag finns sjuksköterska i beredskap med en inställetid på högst 30 minuter. Kvällar och nätter utförs sjuksköterskeinsatserna enligt ett avtal med primärvårdens distriktsköterskejourn. Vissa problem har funnits med att rekrytera sjuksköterskor och omsättning på sjukskötersketjänsterna har varit hög sedan Frösunda tog över driften av verksamheten.

Enligt medicinsk ansvarig sjuksköterskas bedömning är inte konstruktionen med sjuksköterska i beredskap helger, kvällar och nätter en tillfredställande lösning på ett äldreboende med heldygnssorg. Detta är dock helt enligt avtal.

Rehabiliteringspersonal

Sjukgymnast 20 tim/vecka och arbetsterapeut 18 tim / vecka.

Gruppboendets bemanning 1999, 2000 och 2001

Undersköterskor / vårdbiträden	1999	2000	2001
Vardag morgon	4	4	4
Helg morgon	4	4	4
Vardag lunch	4	4	4
Helg lunch	4	4	4
Vardag kväll	3	3	3
Helg kväll	3	3	3
Natt	2 i hela huset	2 i hela huset	3 i hela huset

Servicehusets bemanning

Undersköterskor / vårdbiträden	1999	2000	2001
Vardag morgon	10-11	7-9	Ca 9
Helg morgon	9-10	9- 10	10
Vardag kväll	4	4	4
Helg kväll	4	4	4
Natt	2 i hela huset	2 i hela huset	3 i hela huset

Personalomsättning och frånvaro uppges vara mycket hög bland vårdpersonalen i gruppboendet. Några vakanta underskötersketjänster finns för närvarande. Vårdpersonalen arbetar hela dagar för att kontinuiteten ska bli bättre. Personalen börjar också arbetet en halvtimme tidigare (7.30) för att vårdtagarna skall få frukost och morgonmedicin i tid. På servicehuset jobbar vårdpersonalen antingen enbart dagtid eller också enbart kvällar. Speciell helgpersonal finns också. Detta påverkar enligt personalen omsättningen på servicehuset positivt som inte blir så stor tack vare att man slipper arbeta på rullande schema med morgnar, kvällar och helger.

Natttillsyn

Under natten finns tre vårdbiträden/undersköterskor i tjänst som ansvarar för hela huset med gruppboendet som utgångspunkt.

Avvikelsehantering

All hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera till medicinskt ansvarig sjuksköterska allvarliga skador / risk för skador i samband med vård och behandling. Detta är ett led i internkontrollen och kan i allvarliga fall leda till en Lex. Maria-anmälan.

Sammanställning av avvikelser januari till december 2000.

Typ av avvikelse	Medicinsk	Förväx- ling	Fall- olyckor	MTP	Över- grepp	Inför- mat- ionsb- rist	System- fel	Övrigt	Totalt antal avvikelser
Antal	8	0	0	0	0	0	1	3	12

138 vårdtagare totalt.

Kommentar

Registrering sker skriftligt till MAS som ansvarar för sammanställning, bedömning, uppföljning och återrapporering till enhet och nämnd.

Enheten har en väl fungerande avvikelshantering vilket kan bidra till kompetensutveckling och utveckling av rutiner och organisation. Man följer Masens riktlinjer inom förvaltningen.

Fallskador

Registrering av fallolyckor sker på enheten. Ingen riskinventering utförs. Rutiner finns för förebyggande av fallolyckor.

Byte av vårdinrättning

Sammanställning av vårdtagare som akut bytt vårdinrättning under januari-december 2000

Bedömning gjord av

Vårdtagare skickad till

Enhet	Antal boende	Antal byten	Enbart sjuk- sköterska	Enbart annan personal	Läkar- e per telefo- n	Läkar- e via besök	Akut- sjukhu- s	Geriatris- k avd	Inskrive- n vid SAH
Väduren	138	55	12	3	22	14	45	7	3

Kommentar

Rapportering ”Byte av vårdinrättning” till masen fungerar bra från Väduren. Masens riktlinjer följs.

Munvård

Avtal finns med tandvården angående uppsökande verksamhet, bedömning av munvård, samt handledning till personal.

Hygien

Personalkläder finns ej. Förkläden och skyddsrockar att användas vid orent arbete finns att tillgå. Personalen har möjlighet till handtvätt i anslutning till varje rum.

Desinfektionssprit används. Spoldesinfektor finns på enheten med används inte.
Hygienutbildning har genomförts under året. Utbildning om hygienfrågor bör återkomma regelbundet.

Vård i livets slutskede

Möjligheter finns för kvarboende vid akutsjukdom/vård i livets slutskede.
Sjukhusansluten hemsjukvård från Sabbatsbergs geriatriska klinik är ofta inkopplade på vårdtagare med behov av kvalificerad medicinsk vård. Vid vård i livets slutskede har även extra personal kallas in så att inte den döende behöver vara ensam sista tiden.

Nutrition

Riskbedömning görs i samband med ev. vårdplanering på de vårdtagare som man övertagit hälso- och sjukvårdsansvaret för. Viktkontroller sker vid behov i servicehuset. På gruppboendet vägs däremot de boende regelbundet. Dietist har genomfört utbildning om kost etc. under året.

Läkarinsatser

Tre husläkare har huvudansvaret för servicehuset och besöker verksamheten tre gånger per vecka, ca 2 - 3 tim per gång. Ytterligare ca 8 - 10 läkare har sjuksköterskorna kontakt med eftersom vårdtagarna har möjlighet att själva välja läkare. På gruppboendet för dementa erbjuds samtliga vårdtagare vid inflyttning att lista sig hos ansvarig läkare för boendet. Läkarjournaler/kopior finns tillgängliga på servicehuset. Samarbetet med landstinget fungerar bra.

Rapporteringssystem

Överrapporteringstid finns både morgon och eftermiddag. Sjuksköterskan håller i rapporten.

MTP – Medicintekniska produkter - på Väduren finns:

Grupp 1, Medicinskt utrustning:

Blodtrycksmätare, blodsockermätare och Ottoskop.

Grupp 2, Arbetstekniska hjälpmedel:

Antidecubitusmadrasser, höj- och sänkbar sängar, lyftar (tak och mobil)och duschvagnar/stolar.

Grupp 3, Individuellt utprovade hjälpmedel:

Rullstolar och gånghjälpmedel.

Kommentar

Förteckning över registrerade MTP finns ej på enheten. Det finns bruksanvisningar, metodbok och rutiner dokumenterade hur dessa produkter ska användas. Inventering av produkterna (gånghjälpmedel, duschstolar/vagnar samt höj- och sänkbara sängar) sker en gång per år. Utbildning genomförs i hur dessa produkter används till berörd personal. Avtal om service finns. Ansvaret för MTP på enheten finns dokumenterat.