



Kista stadsdelsnämnd
Box 7049
164 07 Kista

Socialstyrelsens och Länsstyrelsens beslut i tillsynsärende rörande hälso- och sjukvårdsverksamheten samt vård och omsorg vid Kista korttidsboende i Kista stadsdelsnämnd.

Beslut

Länsstyrelsen riktar kritik mot Kista stadsdelsnämnd för brister i säkerhet och trygghet för dem med demenssjukdom och för brister i den sociala dokumentationen.

Länsstyrelsen begär ett yttrande från nämnden över vilka åtgärder som kommer att vidtas för att förbättra trygghet och säkerhet för dem med demenssjukdom och för att utveckla den sociala dokumentationen.

Yttrandet ska vara Länsstyrelsen tillhanda senast den 30 maj 2007.

Socialstyrelsen anmodar verksamhetschefen och MAS vid Kista korttidsboende att senast den 30 maj 2007 bekräfta de brister som påtalats i Socialstyrelsens bedömning har åtgärdats. Bekräftelsen görs på bifogad blankett. *Bekräftelse på vidtagna åtgärder.*

Därutöver förutsätter Socialstyrelsen att verksamhetschefen och MAS åtgärdar övriga påpekanden som framgår av Socialstyrelsens bedömning.

Detta beslut har fattats av enhetschefen Eva Hersler, Länsstyrelsen och enhetschefen Staffan Blom, Socialstyrelsen. Föredragande har varit äldreskyddsombudet Lotta Liwergren, Länsstyrelsen och byrådirektören Anita Ohlsson, Socialstyrelsen.

Sammanfattning Länsstyrelsen

Kista korttidsboende har fullgod bostadsstandard och personalen ger ett vänligt bemötande. De med demenssjukdom bör erbjudas ett boende som är bättre anpassat till deras behov av trygghet och säkerhet

Den sociala dokumentationen måste utvecklas och målsättningen för vistelsen måste förtydligas.

Sammanfattning Socialstyrelsen

I verksamheten finns övergripande mål för hälso- och sjukvården och korttidsboendet hade egna hälso- och sjukvårdsmål. Verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är inte fullständigt och det finns behov av vidareutveckling. Verksamheten hade rutiner för avvikelshantering men behov av utveckling finns för att personalen ska bli mera delaktig.

Vårdkedjeproblematik finns när det gäller samverkan vid in och utskrivning av patienter i sluten vård. Individuella vårdplaner finns inte enligt regelverket. Den interna informationsöverföringen fungerade i verksamheten. Insatser och tillgängligheten av hälso- och sjukvårdspersonal är tillfredställande. Remisshantering har behov av utveckling.

Bakgrund

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet och Länsstyrelsen sociala enhet i Stockholm har beslutat att gemensamt granska hälso- och sjukvårdsverksamheten, samt vård och omsorg vid särskilda boenden för viss annan heldygnsvård, enligt 7 kap 1 § p 3 Socialtjänstlagen (2001:453) s.k. korttidsboende. Anledningen är att Socialstyrelsen identifierat flera riskområden avseende hälso- och sjukvården vid korttidsboenden bl.a. avseende ansvarsfördelning, informationsöverföring och läkemedelshantering. Länsstyrelsen har vid tidigare tillsyn uppmärksammat en stor variation på kvaliteten i bostadsstandard, dokumentation och rättsäkerhet.

Syfte

Länsstyrelsens syfte är att stärka rättssäkerheten, rätta till brister och missförhållanden samt att ge råd och stöd.

Socialstyrelsens syfte är att granska om systematiska insatser görs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård som de boende får, utgår utifrån individuella behov samt tillgodoser kraven på patientsäkerhet. Syftet är också, att om brister föreligger, ge råd och stöd om hur dessa brister kan åtgärdas.

Urval

Tillsynen utgår bl.a. från bestämmelserna i socialtjänstlagen, kap 1 1§, kap 4 1§, kap 3 3§, kap 11. 5 och 6§§, samt kap 6 3§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 och Socialstyrelsens allmänna råd 1998:8 om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.

Tolv särskilda boenden för viss annan heldygnsvård, enligt 7 kap 1 § p 3 Socialtjänstlagen (2001:453) s.k. korttidsboenden, fördelade över länet har utsetts. Urvalet har gjorts utifrån uppgifter från Länsstyrelsens enkät till äldreboenden 2005 utifrån storlek och geografisk spridning i länet. I tillsynsaktiviteten ingår verksamheter i såväl kommunal som enskild regi.

Metod och genomförande

Besöket vid Kista korttidsboende genomfördes måndagen den 9 oktober 2006 av byrådirektören Anita Ohlsson och äldreskyddsombud Lotta Liwergren. Vid besöket intervjuades enhetschefen Maith Österman, och vikarierande medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Birgitta Karlander, två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och två omvårdnadspersonal efter fastställda frågeformulär. Verksamhetschefen Ulla Johansson deltog inte i intervjun. Dessutom inspekterades läkemedelshanteringen tillsammans med en sjuksköterska och tre omvårdnadsjournaler och tre akter av den sociala dokumentationen granskades efter särskilda mallar. Länsstyrelsen har dessutom intervjuat boende och anhöriga och observerat miljön.

Socialstyrelsen hade innan besöket tagit del av följande uppgifter. Verksamhetsplan för 2006 och lokal instruktion för läkemedelshantering. Socialstyrelsen har inte fått ta del av samverkansplan för läkarinsatser samt rutiner för samordnad vårdplanering före besöket.

Dokumentet och intervjuerna ligger till grund för Socialstyrelsens bedömning och beslut.

Länsstyrelsen har vid besöket fått kopior av biståndsbesluten för att granska målsättning och beviljade insatser. Intervjuer, observationer och granskringar ligger till grund för Länsstyrelsens beslut.

Redovisning***Verksamhet och Ledning***

Kista korttidsboende består av elva lägenheter och drivs av Kista stadsdelsförvaltning.

Enhetschef Maith Österman är sjuksköterska och ansvarar för korttidsboendet och hemsjukvården. Den första november kommer chefsområdet att utökas. Det finns 30 anställda varav 14 är sjuksköterskor och 16 omvårdnadspersonal. All omvårdnadspersonal har vård- och omsorgsutbildning.

Länsstyrelsens bedömning***Anhörigas synpunkter***

Länsstyrelsens representant kunde inte intervju de äldre på grund av deras hälsotillstånd eller sviktande minne. Anhöriga har intervjuats på telefon.

Enligt anhöriga ges en trygg omvårdnad och personalen är vänlig. Personalens kunskaper i att motivera och stimulera de äldre skulle kunna utvecklas. Anhöriga har bjudits in till vårdplaneringar och känner sig informerade om vad som ska hända efter vistelsen. Däremot så fungerar informationen under vistelsen sämre. Man måste själv vara aktiv för att få veta något, säger en anhörig.

Bostadsstandard

Bostadsstandarden är fullgod med köksdel, eget hygienutrymme och balkong.

Verksamheten måste se över säkerheten vid dörrar, fönster och balkonger eftersom så många som vistas där utreds för eller har en demenssjukdom.

Målgrupper och beslut/beställning

Av de elva som vistas på Kista korttidsboende är åtta kvinnor och tre män. Hälften väntar på permanent plats på ett äldreboende. Av övriga ska tre hem efter utredning, två väntar på rehabilitering och en får växelvård.

Tre av de äldre har en konstaterad demenssjukdom. Länsstyrelsen anser att personer med demenssjuka ska vistas på enheter som är anpassade till deras behov av bemanning, kompetens och säkerhet.

Av biståndsbesluten/beställningarna är sex aktuella, fyra saknar slutdatum och ett har passerat slutdatum. Målsättningen finns i samtliga beslut. Väntetiden för dem som väntar på särskilt boende varierar mellan 3 och 116 dagar.

Verksamheten måste se till att målsättningen för vistelsen framgår av genomförandeplanen i den sociala dokumentationen och att insatserna följs upp kontinuerligt.

Social dokumentation

Den sociala dokumentationen på Kista korttidsboende består av omvårdnadskort som delvis beskriver vilken hjälp den äldre behöver. De äldre eller deras företrädare är inte delaktiga i planeringen. Verksamheten måste utveckla den sociala dokumentationen så att den uppfyller kraven på rättssäkerhet.

Från den 17 februari 2006 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) m.m. SOSFS 2006:5.

Enligt Länsstyrelsens bedömning ska den enskildes dokumentation hållas samlad i en akt. Den ska förvaras tryggt och säkert så att obehöriga inte får tillgång till den.

Dokumentationen ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter och de ska vara väl strukturerade och tydligt utformade. Den enskilde ska hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs. I akten ska finnas:

- Beslut där det framgår vem ärendet avser, vad ärendet gäller och vad som kommit fram under utredningen samt vad som är beslutat och datum för beslutet. Den enskildes uppfattning om sina behov och hur dessa kan tillgodoses bör framgå.

- Genomförandeplan. Här ska framgå vilka behov och önskemål som ska tillgodoses samt när, av vem och på vilket sätt insatsen ska genomföras under dygnets alla timmar. Det ska även framgå när olika insatser ska följas upp. Planeringen ska utarbetas tillsammans med den enskilde/företrädare.

– Journal för genomförande ska innehålla faktiska omständigheter och händelser av betydelse, avvikelser från planeringen, anteckningar om kontakter som tagits och förändringar som bedöms kunna leda till ny biståndsbedömning. Anteckningarna ska föras i löpande följd.

Meningsfull sysselsättning

Gemensamma aktiviteter som musikcafé, bingo och gymnastik arrangeras tre gånger i veckan. Det finns en person som ansvarar för aktiviteter, men vid sjukdom får den personen ersätta ordinarie personal istället för att anordna aktiviteter. Promenader förekommer men de äldres tillfrågas inte om sina övriga önskemål om individuell sysselsättning.

Samverkan med frivilligorganisationer förekommer inte idag men det finns planer på en sådan samverkan.

Verksamheten har besökstider och i köket finns ett anslag om att anhöriga inte har tillträde. Länsstyrelsen anser inte att det är bör förekomma i ett särskilt boende. Om det uppstår problem kring de gemensamma lokalerna bör andra åtgärder än förbud övervägas.

Lex Sarah och övrigt kvalitetsarbete

Den personal som Länsstyrelsens representant talar med känner till sina skyldigheter att anmäla missförhållanden enligt socialtjänstlagen 14 kap. 2§ den s.k. Lex Sarah och vet att instruktion och blankett finns på intranätet.

Verksamheten har rutiner för hur synpunkter och klagomål ska tas emot. De klagomål som inkommit har främst handlat om maten.

Utvecklingsarbete sker i olika grupper som är gemensamma för hela huset som t.ex. kostråd, kulturgrupp.

Omvårdnadspersonal

Av 16 omvårdnadspersonal är en man och övriga kvinnor. Personalen anser att de erbjuds utbildning i tillräcklig omfattning bland annat demensutbildning och den utbildning som sker i Kompetensfondens regi.Handledning med extern handledare förekommer inte.

Personalen är inte kontaktpersoner utan har ansvar för olika rum. Länsstyrelsen anser att ett tydligt uppdrag som kontaktperson kan förbättra planering och kontinuitet för de äldre.

Socialstyrelsens bedömning

Kvalitetsarbete (inkl avvikelshantering)

Enligt 29 §, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL, skall det inom hälso- och sjukvård finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården framställs krav på, och ansvarsfördelning för, kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården bl.a. enligt följande. För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall syfta till att förebygga vårdskador, utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna, vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning, utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp, och vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen, (2 kap. 4 §). Vårdgivaren skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen, ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten, (3 kap. 1 §).

Av telefonsamtal med verksamhetschefen framgår att det inte finns namngivet i något dokument att aktuell verksamhetschef är utsedd till verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Enligt delegationsordningen från 2002 finns beslut att verksamhetschef ansvarar för hälso- och sjukvård.

Av verksamhetsplanen framgick att vårdgivaren hade formulerat övergripande mål för hälso- och sjukvården. Verksamheten hade egna dokumenterade mål för hälso- och sjukvården. Uppföljning av målen för hälso- och sjukvård gjordes individuellt för varje patient samt årligen.

Verksamhetschefen uppgav vidare i telefonsamtalet att vårdgivaren inte har gett verksamhetschefen i uppdrag att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I verksamheten fanns dokumenterade rutiner inom flera områden som Socialstyrelsen föreskriver men ett antal rutiner saknades bl.a. rutin för riskhantering, metoder för diagnostik, spårbarhet, vård och behandling och försörjning av tjänster produkter och teknik.

Socialstyrelsen anser att det är en brist att ansvarig vårdgivare inte på ett tydligt sätt har utsett verksamhetschefen att ansvara för hälso- och sjukvården samt att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt gällande regelverk. Socialstyrelsen förutsätter att ansvarig vårdgivare fullföljer sitt ansvar enligt gällande föreskrift (SOSFS 2005:12).

Socialstyrelsen bedömer att det saknades ett fullständigt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten och förutsätter att verksamhetschefen upprättar ett sådant och förankrar detta hos all personal vid korttidsboendet.

Ledningssystemet, 4 kap. 4 § (SOSFS 2005:12), skall bl.a. säkerställa att det finns rutiner för avvikelshantering. Detta innebär att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud, samt fastställa och åtgärda orsakerna. Följa upp vidtagna åtgärders effekt, sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda. Använda erfarenheterna från avvikelshanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal.

I verksamheten fanns en dokumenterad rutin för avvikelshantering och särskild blankett användes för rapportering av avvikelser. Enligt enhetschefen fanns i denna exempel på vad som, i verksamheten, betraktades som avvikelser. Den intervjuade personalen kände till rutinens innehåll. Avvikelser avseende brister i överrapportering från sjukhuset, fall och läkemedel var de områden som oftast rapporterats i verksamheten och åtgärder för att förebygga liknande händelser hade vidtagits. Det fanns rutiner för att hantera avvikelser i annan verksamhet och för synpunkter och klagomål från anhöriga fanns en särskild rutin. Alla avvikelser tas upp och återförs på arbetsplatsmöte eller på annat sätt enligt intervjuad personal.

Socialstyrelsen anser att avvikelshantering är en viktig del av verksamhetens kvalitetsarbete och förutsätter att verksamhetschefen och MAS säkerställer att personalen görs delaktig i avvikelshanteringen och att resultatet av vidtagna åtgärder återförs till personalen.

Ledningssystemet, 4 kap. 5 § (SOSFS 2005:12), skall säkerställa att det finns rutiner för riskhantering, att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, åtgärda orsakerna till riskerna, och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

I verksamheten bedrevs enligt Socialstyrelsens bedömning ingen systematisk riskhantering, och rutin för detta saknades. Individuella fallrisker för vårdtagarna analyserades och åtgärdades ofta efter att de ramlat eller om de haft fallbenägenhet.

Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen vidtar åtgärder för att påbörja och utveckla rutiner för systematisk riskhantering.

Informationsöverföring

Enligt 2 kap. 3 §, Socialstyrelsens föreskrifter (2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, skall landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst. Rutinerna skall

dokumenteras och de skall vara enhetligt utformade inom ett län eller en region. Rutinerna skall innehålla uppgifter om vilka som är ansvariga för att sända respektive ta emot in- och utskrivningsmeddelanden, vilka som skall kallas till vårdplaneringen, hur den behandlande läkaren skall kallas till vårdplaneringen, hur den behandlande läkaren skall få besked om att kallelsen till vårdplaneringen har mottagits, och vilka som har utsetts till att justera vårdplanen samt hur den skall justeras.

Ledningssystemet (4 kap. 4 § SOSFS 2005:12) skall säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, och för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare.

Vid intervjun med enhetschefen, MAS, sjuksköterskor och rehab.personal framkom att verksamheten hade en upprättad rutin för samordnad vårdplanering enligt (SOSFS 2005:27). Hälso- och sjukvårdspersonal från verksamheten deltog dock inte vid samordnad vårdplanering på sjukhuset. En beställning kommer från biståndsbedömaren till boendet där hjälpbehovet framgår. Sjuksköterskan på sjukhuset kontaktar sjuksköterskan i boendet och ger rapport om patienten. Sjuksköterskan i boendet försöker informera sig så mycket som möjligt om patienten.

Problem har uppstått då patienten skrivits ut så snabbt från sjukhuset att korttidsboendet inte har hunnit planera för patienten. Bl.a finns behov av planering med utbildning för personalen när patienten ska ha dialys i boendet. Svårigheter har också förekommit med läkemedelshanteringen eftersom patienten saknat både läkemedel och recept vid utskrivningen från sjukhuset. Den största risken för patientsäkerhetsrisken bedömdes vara att patienterna inte fick sina läkemedel efter utskrivning från sjukhuset.

Verksamheten saknade dokumenterad rutin för informationsöverföring i de fall patienterna anlände från det egna hemmet till verksamheten. Det finns en praxis att biståndsbedömaren gör en beställning, distriktssjuksköterskan tar kontakt med sjuksköterskan i boendet och ibland följer hemtjänstpersonalen med patienten till boendet. Kontakterna med primärvården fungerar bra.

De risker som uppmärksammats för patientsäkerheten vid samverkan med primärvården kan vara att patienten glömt aktuell medicinlista.

Socialstyrelsen vill framhålla vikten av att en upprättad rutin för samordnad vårdplanering enligt (SOSFS 2005:27) säkerställer möjligheter för planering av och förberedelser för patienternas fortsatta hälso- och sjukvård i verksamheten. Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen och MAS vidtar åtgärder för att komplettera gällande rutin för samordnad vårdplanering, som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal deltar i den samordnade vårdplaneringen på sjukhuset för att undvika risker för patientsäkerheten.

I verksamheten fanns rutiner för överföring av information rapportering mellan sjuksköterskor och vårdpersonal, samt genom fastställda möten med arbetsterapeut och sjukgymnast. Rehab.rond genomförs en gång per vecka och rehabpersonal är med på morgonrapport ibland. Vårdpersonalen hade i dagsläget tillgång att läsa i omvårdnadsjournalen men i det nya dataprogrammet WoodDoc kommer de inte ha den möjligheten längre enligt vårdpersonalen som intervjuades.

Alla intervjuade ansåg att rutinerna för den interna informationsöverföringen fungerade tillfredsställande. Inga risker för patientsäkerheten vid intern informationsöverföring hade uppmärksammats.

Socialstyrelsen bedömer att verksamheten hade fungerande rutiner för den interna informationsöverföringen.

Dokumentation och vårdplanering

Enligt 3 §, Patientjournalagen (1985:562), skall en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Enligt p 17, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen, skall omvårdnadsdokumentationen, utifrån patientens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen skall utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, skall denne bl.a. tillse att den finns rutiner för individuell vårdplanering.

MAS hade inte enligt de intervjuade fastställt rutiner för individuell vårdplanering. Ankomstsamtal ska genomföras inom ett dygn när patienten kommer till korttidsboendet. I ankomstsamtalet deltar sjuksköterska, patienten, anhöriga, kontaktperson och biståndsbedömare enligt enhetschef och MAS. Det sätts inte individuella hälso- och sjukvårdsmål för patienten i planeringen. Specifika sjukvårdsåtgärder som ex.vis trycksår, nutrition etc dokumenteras och följs upp kontinuerligt. Programmet i datorn där planeringen skrivs heter IVP och alla har tillgång till vårdplanen i datorn.

Omvårdnadsjournalen fördes i ett dataprogram, men ska bytas ut till datasystemet WoodDoc 2007. I de tre omvårdnadsjournaler som Socialstyrelsen granskade saknades individuell vårdplan, riskbedömning, fastställa mål, planerad uppföljning och utvärdering. Notering fanns om samarbete med läkare, journalen var signerad och daterad. Läkemedelslistan finns på papper.

Socialstyrelsen bedömer att det inte görs en individuell vårdplanering för hälso- och sjukvård (enligt SOSFS 1997:10 och SOSFS 1993:17) utan det görs en vårdplan för en specifik sjukvårdsåtgärd som dokumenteras under specifik vård i omvårdnadsjournalen. Socialstyrelsen anmodar MAS och verksamhetschefen att vidta åtgärder så att omvårdnadsinsatserna ger ett underlag för mål för hälso- och sjukvården samt fortlöpande utvärdering och uppföljning och att det framgår i omvårdnadsdokumentationen.

Insatser, tillgänglighet och kompetens

Enligt 2 e §, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), skall det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

Verksamheten säkerställde att personalen hade tillräcklig kompetens i relation till de boendes behov genom att utbildningsplaner genomfördes utifrån de behov som framkom i medarbetarsamtalen. Enligt enhetschefen har de flesta lägst undersköterskeutbildning. Utbildningsinsatser har genomförts och pågår under året för all personal.

Sjuksköterska finns tillgänglig i boendet fyra timmar per dag dagtid och därefter finns sjuksköterska i aktiv tjänst tillgänglig dygnet runt även helger. Enhetschefen ansåg att det fanns tillräcklig sjuksköterskekompetensen i boendet i relation till patienternas vårdbehov. MAS ansåg att sjuksköterskekompetensen fanns men att det under jourtid var 300 patienter som sjuksköterskan hade ansvar för vilket utgjorde ett stort område för en sjuksköterska och kunde vara en risk för patientsäkerheten.

I verksamheten delegerades överlämnande av läkemedel, insulin, spolning av kateter, såromläggning och sondmatning. Sjuksköterskan säkerställde att detta utfördes på ett korrekt sätt genom undervisning enligt ett speciellt dokument och sedan praktiska övningar för att se hur uppgifterna utfördes av den som fick delegeringen.

Risker för patientsäkerheten med anledning av sjuksköterskeresurser och organisation hade uppmärksamats då sjuksköterskan ansvarade för ett stort område. Kontinuiteten för sjuksköterskan på korttidsboendet då arbetstiden endast är fyra timmar per dag är en brist. Det blir flera rapporter mellan sjuksköterskorna vilket kan innebära att information om patienten glöms bort. På jourtid har ambulans och jourläkare använts i en större utsträckning för bedömning och åtgärd av patienterna.

Sjukgymnast fanns tillgänglig för korttidsboendet och hade som uppdrag att handleda och utbilda personalen, träning, smärtproblem, förflyttning, trycksårsförebyggande och bedömning vid ankomst till boendet. Arbetsterapeut fanns tillgänglig för korttidsboendet och hade som uppdrag att prova ut hjälpmedel, handleda och utbilda personal, taktillmassage samt utföra ADL vid utskrivning och kontakter med rehab i primärvården..

Bristande samstämmighet råder när det gäller om resurser för arbetsterapeut och sjukgymnast bedömdes som tillräckliga i relation till de boendes behov.

Risker för patientsäkerheten med anledning av resurser och organisation av rehabiliteringen hade uppmärksamats då felplacerade patienter med för stora träningsbehov inte fått dem tillgodosedda i boendet. Även problem har funnits när en patient med ex.vis stroke inte har fått tillräcklig med hjälp med att komma igång med träning.

Läkarinsatserna på korttidsboendet tillhandahölls genom att det fanns en läkare dagtid i boendet som var knuten till vårdcentralen. Patienter som fanns i boendet för avlastning har sin husläkare att tillgå men akuta problem löstes av den läkare som fanns i boendet. Behandlingsansvarig läkare framgick av medicinlistorna. Läkarrond genomförs en dag i veckan.

Sjuksköterskan saknade tillgång till läkarjournalen men hade ofta en papperskopia av journalen att tillgå.

Risker för patientsäkerheten med anledning av resurser och organisation av läkarinsatserna hade uppmärksammats eftersom läkarjournalen skrivs på papper.

Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten för läkare och sjuksköterskor är tillfredsställande. Även tillgången till sjukgymnast och arbetsterapeut är god. Socialstyrelsen förutsätter att MAS och verksamhetschefen säkerställer att påtalade patientrisker när det gäller rehab.insatserna och sjuksköterskornas insatser med ett allt för stort områdesansvar åtgärdas.

Socialstyrelsen förutsätter att MAS i samverkan med läkaren tydliggör de problem och risker som finns för patientsäkerheten när journaldokumentationen sker på papper.

Läkemedelshanteringen

Enligt 2 kap. 2 §, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1 samt 2001:17) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, skall verksamhetschefen fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet. Rutinerna och ansvarsfördelningen skall dokumenteras i en lokal instruktion för läkemedelshantering. Verksamhetschefen skall fortlöpande följa upp läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det, enligt 24 § HSL, finnas en sjuksköterska (MAS) som bl.a., enligt 2 kap. 5 § förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, svarar för att rutinerna för att läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

I verksamheten finns en dokumenterad lokal instruktion för läkemedelshantering. Denna innehöll beskrivning av ansvar och hantering för iordningsställande och överlämnande av läkemedel vid korttidsboendet. Läkemedelslista var fastställd som ordinationshandling och var dokumenterad i den lokala instruktionen. Genomgång av den lokala instruktionen ingick i introduktionen av sjuksköterskor och till övrig vårdpersonal vid delegering av läkemedel enligt enhetschef och MAS.

Intervjuad vårdpersonal trodde inte att sjuksköterskan gick igenom den lokala instruktionen vid delegering. Läkemedel tillhandahölls genom recept och ordination meddelades av läkaren via telefon eller på rond. Läkaren gör läkemedelsgenomgångar kontinuerligt.

Läkemedel förvarades på ett godtagbart sätt, ordningen och belysningen var god, och sjuksköterskan kunde ostört iordningsställa läkemedlen. Av ordinationshandlingarna framgick läkemedlets namn, beredningsform,

styrka, dosering, administrationssätt och signatur av den som ordinerat läkemedlet. På vid behovsmedicineringen framgick maxdos och tidsintervall. Ordination enligt generella direktiv fanns och kontroll av narkotiska läkemedel hade utförts den 3 oktober 2006.

I den lokala instruktionen för läkemedelshantering vid korttidsboendet finns rutin för hantering av patientens läkemedel när denne anlände till boendet från hemmet, t.ex. för avlastning eller växelvård. Enligt läkemedelsrutinen framgår att ansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare tillsammans med patienten eller med närstående ska finna en praktisk lösning i läkemedelshanteringen. Behovet av hjälp kan vara av olika grad från enkla apoteksärenden till ett fullständigt omhändertagande av läkemedelshanteringen. Beslutet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Av intervjuerna framgår att om patienterna har läkemedel i dosett med sig hemifrån delas oftast en ny dosett av sjuksköterska för att undvika fel i läkemedelshanteringen.

Risker för patientsäkerheten med anledning av läkemedelshanteringen hade uppmärksamats och det handlar om att patienten saknar läkemedel, medicinlistan stämmer inte, inte signerad av läkare och patienten har extra Apodos-påsar. Detta har tagits upp med sjuksköterskorna och MAS.

Socialstyrelsen bedömer att läkemedelshanteringen fungerar tillfredsställande, men uppmanar MAS att säkerställa att påtalade risker i läkemedelshanteringen åtgärdas.

Remisshantering

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. framgår krav på rutiner för hantering och ansvarsfördelning.

I verksamheten saknades rutin för remisshantering. Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen och MAS i samverkan med ansvarig för läkarinsatser påbörjar och utvecklar rutiner för remisshantering i verksamheten.

Enligt ovan fattade beslut



Lotta Liwergren
Äldreskyddsombud



Anita Ohlsson
Byrådirektör

Kopia till: Lokala pensionärsrådet i Kista stadsdel
Enhetschef Maith Österman,
Verksamhetschef Ulla Johansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Birgitta Karlander