



11b

Till
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Koppargården vård och omsorgsboende 2008-2011, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner medicinskt ansvarig sjuksköterskas rapport.

Marie Sundström

medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning

MAS har enligt avtal ett ansvar för tillsyn av hälso- och sjukvården i verksamheter som drivs på entreprenad inom stadsdelsnämndens ansvarsområde.

På Koppargården har det sedan övertagandet varit en stor personalomsättning, låg sjuksköterskebemanning, bristfällig kontinuitet, bristfälligt med inkontinensskydd och skyddsutrustning för att säkra en god hygien och förhindra smittspridning, vilket är allvarligt för patientsäkerheten. Detta har medfört ett utökat tillsynsarbete. Verksamheten har dock utvecklats inom vissa områden medan andra områden har kvarstående brister. Av ärendet framgår en kort redovisning av resultat på de uppföljningar och tillsynsbesök som medicinskt ansvarig sjuksköterska genomfört samt kort redogörelse av avvikelser som MAS funnit vid journalgranskningar samt av läkare inlämnade avvikelser/brister.

Bilaga . Koppargårdens vård- och omsorgsboende 2008-2011, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ärendets beredning

Ärendet har utarbetats inom staben av Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Bakgrund

Carema omsorg tog över verksamheten vid Koppargården (tidigare Råcksta sjukhem) den 15 september 2008. Inför övertagandet gjorde Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under perioden 4 september t o m 16 september en uppföljning av verksamheten, därefter har flera uppföljningar genomförts fram till oktober 2011. I ärendet redovisas sammanfattningar och bedömningar samt till viss del resultat av egna genomförda uppföljningar, men också en gemensam, samt avvikelser och brister inrapporterade av läkarorganisationen samt funna i samband med journalgranskning.

I samband med övertagandet ändrades organisationen på ledningsnivå från att ha haft en verksamhetschef och 6 enhetschefer till en driftschef (verksamhetschef) och tre enhetschefer samt 8 gruppchefer för vårdpersonal. En ny organisationsförändring genomfördes hösten 2009 genom att tre av sjuksköterskorna på avdelningarna blev gruppchefer för sjuksköterskorna i huset.

Våren 2010 slutade två enhetschefer och en gruppchef vilket resulterade i en ny ledningsstruktur dvs en verksamhetschef, en enhetschef och två gruppchefer för sjuksköterskorna samt 8 gruppchefer för övrig personal. I gruppchefernas ansvar ingår personalansvar och övriga administrativa arbetsuppgifter.

Hösten 2010 slutade verksamhetschefen och i samband med nyrekrytering anställdes ytterligare en enhetschef i oktober 2010.

Den nya organisationsförändring som nu genomförs gäller från 1 oktober 2011, innebär att hela Koppargården delas in i fyra verksamheter dvs två plan per verksamhet. Varje verksamhet har en enhetschef, fyra gruppchefer (vårdpersonal) och en gruppchef för legitimerade yrkesgrupper. Förutom dessa chefer finns det en verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29.

Ärendet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens

självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienter och personal samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. För att det ska uppnås ska det finnas den personal med lämplig kompetens och i övrigt de resurser som krävs för uppdraget.

På Koppargården har det sedan övertagandet varit en stor personalomsättning bland sjuksköterskor (23 kända), såväl i samband med och efter övertagande av verksamheten, men även sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Även personalomsättningen på chefer (8) har varit omfattande. Detta påverkar patientsäkerheten i hög grad.

MAS har vid upprepade tillfällen sedan den 8 oktober 2010 genomfört tillsynsbesök på Koppargården, som då visat på stor brist av skydds- och hygienutrustning som handsprit, handskar, engångsförkläden etc. som personalen behöver för att följa basala hygienrutiner och förhindra smitt- och smittspridning, inkontinensskydd, lågt antal sjukskötersketjänster och bemanning vid besöket samt låg bemanning inom demensboende. MAS har därför följt bemanningen vid flera tillfällen.

Bemanningen av sjuksköterskor har vid dessa tillfällen varit nästintill halverad sedan verksamheten drevs i kommunal regi och legat på ungefär samma nivå, dvs. en sjuksköterska som arbetar dagtid och två sjuksköterskor på rond dagar. Kvällstid har en sjuksköterska kopplats mellan två eller tre avdelningar och ibland redan från klockan 14.00. Vid besöket i september 2011 var det fler sjuksköterskor i tjänst på plan 1-6 och hade varit bättre sedan augusti månad. Däremot var det totala antalet tjänster i stort sett oförändrat. En ny organisation fastställdes till den 1 oktober som kommer att innebära att Koppargårdens 8 plan kommer att delas in i 4 enheter med 6 chefer per enhet och en förändrad personaltäthet på sjuksköterskor.

Carema Care har gjort en del förbättringar inom flera områden sedan övertagandet, men det finns också allvarliga brister. MAS finner inte någon större motsägelse med vad som MAS inom Carema Care sett i samband med granskningen av vården. Det finns utarbetade rutiner som måste förankras och följas av personalen så att alla vet vad som gäller för att förhindra vårdskador. MAS har dock en uppfattning om att det råder en del oklarheter på vissa avdelningar om ansvarsförhållanden och om rutiner för när läkare ska kontaktas. Överenskommelse avseende läkarsamverkan finns, men rutiner för hur samverkan ska gå till när det gäller anhörigkontakter, när läkare ska delta i vårdplanering, förberedelser inför "rondarbete" tycks inte vara kända av alla men fungerar enligt

uppgift bra på vissa avdelningar. Sjuksköterskan är läkarens förlängda arm och ska utföra de ordinationer som ordinerats, göra egna bedömningar, förbereda inför läkarbesök samt kontakta läkaren vid behov etc.

Vid uppföljningen september 2011 framkom att verksamheten åtgärdat vissa kvarstående brister inom läkemedelsområdet, delegeringar, riskbedömningar, handledning till personal som arbetar med dementa.

Inom området hygien har förråden strukturerats upp och innehöll vid besöket skydds- och hygienutrustning. Dokumentationen har som helhet förbättrats sedan 2008, då systemet var nytt och under utveckling. Vissa journaler var bra medan andra behövde utvecklas. De brister som kvarstod eller pågick var följsamhet till gällande avtal för centralt läkemedelsförråd och hantering av privata läkemedel samt att verksamheten även hade bunkrat läkemedel, dropp etc. i ett källarförråd, fullständig rapportering av avvikelser med orsak, åtgärder och avslut i VODOK, vårdplaneringar och vårdplaner, övrig journalföring och epikriser, utveckling av den palliativa vården vid vård i livets slut och upprätta vårdplaner, smärtbedömningar, inkontinensutredning. Rutiner och överenskommelse avseende samverkan med läkarorganisationen behöver också förtydligas så att alla sjuksköterskor har samma förväntningar på vad som är läkarens uppdrag och deras ansvar. För vissa avdelningar är detta helt klart vilket framkom i samband med uppföljningen.

Bedömning

MAS bedömning är att det kvarstår vissa allvarliga risker för att säkerställa vården. Organisation, ledning, struktur, personalresurser och utrustning är grundläggande för att ge en god och säker vård med god hygienisk standard.

Enligt hälso- och sjukvårdslagens krav ska det finnas den personal och med lämplig kompetens och de resurser som krävs för uppdraget. Detta innebär även att det ska vara god kontinuitet och att personalen inte ska flyttas runt på olika avdelningar. Detta påverkar kvalitén och säkerheten på flera olika sätt och innebär också dubbelarbete t ex delegeringar som måste skriva om, okunskap om patienter och personal, dokumentera i patienternas journaler om ändrat ansvar etc.

Vidare ska vårdplanering göras på alla och fullständiga vårdplaner ska upprättas med en beskrivning av planerade och utförda åtgärder samt uppföljning, kontakt ska tas med läkare vid fallolyckor och andra förändringar i patienters hälsotillstånd som kan innebära t ex. medicinska insatser i någon form. MAS ser också allvarligt på den situation som uppstått på Koppargården. Patientsäkerheten kan påverkas av



det arbetsklimatet som uppstår när olika skrivelser upprättas som personal uppmanas att skriva på trots att alla inte delar samma uppfattning.

MAS kommer att följa upp att Carema Care vidtagit åtgärder för att säkerställa vården och åtgärdat kvarvarande brister.



Koppargården – Rapport om utförda uppföljningar och tillsyn inom hälso- och sjukvården 2008- september 2011

Bakgrund

Carema omsorg tog över verksamheten vid Koppargården (tidigare Råcksta sjukhem) den 15 september 2008. Inför övertagandet gjorde Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under perioden 4 september t o m 16 september en uppföljning av verksamheten, därefter har flera uppföljningar genomförts fram till oktober 2011. Nedan redovisas sammanfattningar och bedömningar samt till viss del resultat av genomförda uppföljningar.

I samband med övertagandet ändrades organisationen på ledningsnivå från att ha haft en verksamhetschef och 6 enhetschefer till en driftschef och tre enhetschefer samt 8 gruppchefer för vårdpersonal. En ny organisationsförändring genomfördes hösten 2009 genom att tre av sjuksköterskorna på avdelningarna blev gruppchefer för sjuksköterskorna i huset.

Våren 2010 slutade två enhetschefer och en gruppchef vilket resulterade i en ny ledningsstruktur dvs en verksamhetschef, en enhetschef och två gruppchefer för sjuksköterskorna samt 8 gruppchefer för övrig personal. I gruppchefernas ansvar ingår personalansvar och övriga administrativa arbetsuppgifter.

Hösten 2010 slutade verksamhetschefen och i samband med nyrekrytering anställdes ytterligare en enhetschef i oktober 2010.

Den organisationsförändring som nu genomförs gäller från 1 oktober 2011, innebär att hela Koppargården delas in i fyra verksamheter dvs två plan per verksamhet. Varje verksamhet har en enhetschef, fyra gruppchefer (vårdpersonal) och en gruppchef för legitimerade yrkesgrupper. Förutom dessa chefer finns det en verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29.

Kvalitetsuppföljningar

*Sammanfattning av resultat efter uppföljning enligt QUSTA 3 september t o m 10 oktober 2008
DNR 602-141-2009*

På Råcksta vård- och omsorgsboende framkom flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner.

Uppföljningen visade på behov av att utveckla dokumentationen i VODOK som var ett relativt nytt dokumentationssystem och som kontinuerligt uppdaterades och förbättrades. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes. Utbildning i dokumentationsmodellen har även varit bristfällig. Endast några har fått

utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder sökorden på samma sätt.

Brister fanns avseende att dokumentera allmänna uppgifter, vårdplaner och riskbedömningar med bedömningsinstrument (MNA, Downton, Norton och Sunnås) vid inflyttning på alla vårdtagare. Endast ett par plan hade kommit igång med riskbedömningar. Tidigare har oftast kliniska bedömningar gjorts och Norton för bedömning av trycksår. Verksamheten behövde även utveckla avvikelshantering och dokumentera dessa i avvikelsemodul VODOK samt upprätta kvalitetsråd.

Det brister även i följsamheten till t ex. basala hygienrutiner trots flera utbildningar och insatser från vårdhygien, läkemedelshantering, delegering i VODOK, palliativ vård, inkontinensutredning etc. Det framkom även behov av handledning och kompetensutveckling inom området demens, utveckling och vårdplanering inför vård i livets slutskede.

Bedömning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under hösten tillsammans med kvalitetsutvecklare gjort en uppföljning av hälso- och sjukvården vid Räcksta vård och omsorgsboende. Personalen är engagerade och gör ett gott arbete utifrån sina förutsättningar. De har under 2008 utvecklats i följsamheten till basala hygienrutiner avseende handhygien och klädsel samt håller händer och armar fria från smycken och klockor. De brister och utvecklingsområden som finns är till stor del likartade på alla våningsplan. Kvaliteten på dokumentationen i omvårdnadsjournalerna varierar och behöver utvecklas. Andra områden som behöver utvecklas är vårdplanering och riskinventering för att identifiera problem, risker och behov samt upprätta vårdplaner. Avvikelshantering fungerar otillfredsställande. Rapportering av avvikelser är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal och en del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten.

Sammanfattning av resultat av kvalitetsuppföljning september-oktober 2009

DNR 602-618-2009

Kvalitetsuppföljningen visade på brister och utvecklingsbehov inom områdena inkontinens, vårdhygien, läkemedelshantering, medicintekniska produkter, trycksår, smärta, dokumentation, vårdplanering, vårdplaner, avvikelshantering nödvändig tandvård och munhälsobedömning. Begärde in åtgärds- och handlingsplan samt uppgifter om bemanningen (antal, tjänstgöringsgrad) av legitimerade yrkesgrupper på de olika enheterna inkl. täthetschema.

Bedömning

Många förändringar har genomförts sedan Carema omsorg tog över verksamheten. Tillgången till aktiviteter har ökat, styrning och ledning sker genom ett nära ledarskap. Antalet omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har dock minskat. Det är viktigt att utvecklingen av den sociala omsorgen inte sker på bekostnad av den medicinska säkerheten.

All personal gör ett mycket bra arbete. Det finns dock en del allvarliga brister. Följsamheten till vårdhygieniska rutiner brister. Omvårdnadsdokumentationen var inte alltid fullständig och utfördes inte alltid i samband med inflyttningen. Vården ska kunna följas i journalen. På alla plan gjordes riskbedömningar, men inte alltid i förebyggande syfte i samband med inflyttning. Verksamheten behöver vidare utveckla och arbeta med vårdplanering och upprätta vårdplaner samt vårdplaner inför vård i livets slut och palliativ vård. Verksamheten behöver även göra inkontinensutredningar, rapportera avvikelser och utföra delegeringar i respektive modul i VODOK, registrera munhälsobedömningar och nödvändig tandvård i "Symfoni".

Åtgärds- och handlingsplan från Carema omsorg inkom 2010-02-23

Åtgärds- och handlingsplan inkom februari 2010 med beskrivning om att åtgärder påbörjats och att vissa åtgärdat. Vid kontroll av åtgärdena hösten 2010 uppmärksammar MAS att brister kvarstår. Trots upprepade kontakter via e-mail och telefon till driftschef i över 6 månader fick MAS inte begärd lista med antal sjuksköterskor, tjänstgöringsgrad och enhet samt täthetschema. I samband med avtalsuppföljningen september 2010 lämnades en lista på bemanningen.

Sammanfattning av resultat vid oanmält besök 8 oktober 2010

DNR 1.2.1- 491-2010

Innan Carema Care tog över ansvaret på entreprenad var antalet sjuksköterskor 3,5 tjänster per plan. Plan 1 som även har korttidsplatser hade högre bemanning. Vardagar dagtid på övriga plan var det dagtid 1,5-2 sjuksköterskor och kvällstid en sjuksköterska till kl. 18.00 eller 19.00 Därefter en sjuksköterska som kopplades med 2 avdelningar. Plan 1 hade 3-4 sjuksköterskor dagtid. Under helger var det en sjuksköterska per plan och på kvällen en sjuksköterska som ansvarade för två plan. De hade även 6 sjuksköterskor som var chefer och en intagningsjuksköterska.

Bemanningen på vårdpersonal var vardagar dagtid 8-9 personal och på kvällen 6. Helger dagtid 6 personal och på kvällen 6. Undantaget var sjukhemsavdelningarna som låg något lägre kvällstid (4-5 personal). På plan 1 som har två gruppboenden för dementa och en enhet korttidsplatser var personalbemanningen vardagar dagtid 10 personal (tre på varje gruppboende och fyra på korttidsenheten) och 6 på kvällar och helger. Denna bemanning låg som grund vid övertagande av verksamheten på entreprenad 15 september 2008.

Vid medicinskt ansvarig sjuksköterskas besök på enheten framkom att antalet sjuksköterskor med omvårdnadsansvar minskat. Tre sjukskötersketjänster och vårdpersonal hade omvandlats till gruppchefer med administrativa arbetsuppgifter. Det är en grundförutsättning att omvårdnadsansvariga sjuksköterskor inte har ett för stort ansvarsområde för att fullgöra sitt ansvar. En alltför slimmad organisation påverkar patientsäkerheten på olika sätt.

Även vid föregående uppföljning hösten 2009 framkom att det var färre omvårdnadsansvariga sjuksköterskor och att Carema Care hade för lite tjänster.

För att få information om att Carema omsorg vidtagit åtgärder avseende bemanningen har MAS under 2010 via e-mail och telefonmeddelande begärt en redogörelse på hur de åtgärdat bemanningen, men inte fått något svar. Först den 8 september 2010 i samband med avtalsuppföljningen lämnades en redogörelse på bemanningen.

Om en demensenhet är låst med kodlås ska det finnas personal som omgående kan avleda eller öppna dörren. Annars är det att betrakta som inlåsning. MAS bedömning är att bemanningen på demensenheten var för låg med två personal med ansvar för 8 boende varav 4-5 som kräver dubbelbemanning.

Personalen framförde att de ofta var underbemannade och kände sig stressade. Detta påverkar patientsäkerheten negativt, ger upphov till otrygghet för såväl boende som personal samt påverkar personalens tillgänglighet. Det var stora brister avseende tillgång till hygien- och skyddsutrustning och inkontinenshjälpmedel, personalen fick ofta leta efter eller låna material från andra våningsplan. Det är allvarligt att personalen inte har tillräckligt med skydds- och hygienutrustning samt inkontinenshjälpmedel. Det innebär att personalen inte ges förutsättningar att följa basala hygienrutiner, vilket inte är acceptabelt med tanke på risk för smittspridning av resistenta bakterier och virus t ex. ESBL, MRSA, VRE och Calicivirus.

Totalt antal tjänster enligt uppgift från sjuksköterskor

Plan 1 - enheten hade två sjuksköterskor (1,0+ 0,8) som är omvårdnadsansvariga och en sjuksköterska (1,0) som var gruppchef för plan 1-4. Vidare var det två vårdpersonal som arbetade förmiddag och två kväll på ett gruppboende med 8-9 boende.

Plan 2 - enheten hade tre omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, totalt 2,25%. En som arbetar heltid med ansvar för 12 boende, en på 0,75% med ansvar för 10 och en på 0,50% med ansvar för sex boende. Plan 1 och två kopplas från kl.16.00 eller 17.00.

Två vårdpersonal arbetade förmiddag och två kväll på ett gruppboende med 8-9 boende. På dagen ska det enligt uppgift vara 7 personal (2+3+2) och en mellan 10.00- 14.00 fördelade på de olika grupperna. De var enligt uppgift ofta underbemannade och hade knappast tid att ta rast. De hade flera patienter som krävde dubbelbemanning och var rymningsbenägna. De upplevde att de inte hade riktig kontroll.

Plan 4 - enheten hade två sjuksköterskor med omvårdnadsansvar för 15 patienter vardera. Idag arbetar sjuksköterskorna flera dagar men färre arbetstimmar samt är sammankopplade med plan 3 och 5. En sjuksköterska börjar 07.00 med rapport, provtagningar, dropp, insulininjektioner på alla tre avdelningarna. Nästa sjuksköterska börjar 07.30 eller 08.00 eller 08.30.

Plan 5 - enheten hade totalt två omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. De båda arbetar 0,75 %. När sjuksköterskan slutar kl.14.00 rapporteras ansvaret över till den sjuksköterska som finns på ett annat våningsplan (plan 3 eller 4). En gång i veckan var det två sjuksköterskor på förmiddagen (ronddagar). De framförde att det händer att de inte alltid arbetar på det våningsplan där de har de patienter som de är omvårdnadsansvariga (OAS) för.

Bemanningen på övrig vårdpersonal var vardagar dagtid 8 personal, men ofta var de 7. Vid tillsynen endast 6 personal på grund av att det var 26 boende istället för 29. Helgbemanningen var 6 personal dagtid och 4 på kvällen. De framförde att de fått utökade arbetsuppgifter såsom att tvätta, städa, viss matlagning och att överlämna läkemedel. All personal kommer och slutar vid olika tidpunkter. Tre börjar kl. 07.00 och tre kl. 08.00. kvällspersonalen kommer vid olika tider.

Plan 8 - enheten hade totalt två omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på heltid. På vardagar dagtid arbetade en sjuksköterska och 8 vårdpersonal. På kvällen arbetade en sjuksköterska med tre plan (6-7 och 8) samt 5 vårdpersonal. På helger är det 6 vårdpersonal på förmiddagen och 4 på kvällen.

Bedömning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. För att det ska uppnås ska det finnas den personal och med lämplig kompetens och de resurser som krävs för uppdraget.

Vid medicinskt ansvarig sjuksköterskas besök på enheten framkom att antalet sjuksköterskor kopplade till vården minskat, att personalen ofta var underbemannade och kände sig stressade, brister avseende hygien- och skyddsutrustning, inkontinenshjälpmedel och att personalen ofta fick leta efter eller låna material från andra våningsplan. MAS skickade rapporten till Carema Care för yttrande.

Yttrande från MAS inom Carema Omsorg avseende brister som uppmärksammades den 8 oktober 2010 vid MAS oanmälda besök

Yttrande inkom 8 november. Bristerna angående låg sjuksköterskebemanning, demensenhet som var låst med kodlås och låg personalbemanning hänvisades till verksamhetschefen MK. Yttrande avseende

att MAS först den 8 september 2010 fått uppgifter om antal tjänster som efterfrågats sedan 2009 hänvisades till tidigare verksamhetschef som lämnat bemanningslista till förvaltningen.

När det gäller tillgång till skydds- och hygienutrustning framförde MAS inom Carema Omsorg att det vissa veckor under sommaren saknats förbrukningsmaterial och att detta skulle följas upp av cheferna. Av yttrandet framkom att MAS regelbunden hade kontakt med hygiensjuksköterskan och att de hade ett uppföljningsmöte inbokat till den 8 december 2010, tillsammans med läkare från smittskydd och verksamhetschef från Trygg Hälsa. Det skulle även bokas in hygienrond med hygiensjuksköterskan efter årsskiftet för att följa upp följsamheten till basala hygienrutiner.

Sammanfattning och resultat av gemensam kvalitetsuppföljning 17-18 november 2010 (redovisas i tjänsteutlåtande inom äldreomsorgen DNR 1.5.1-586-2010)

Kvalitetsuppföljningen genomfördes av I. L tidigare verksamhetschef Stadsdelens MAS, och E. L. Nedan följer utdrag av sammanställningen som bestod av avtals och ramavtalsuppföljning.

Delegering sker enligt gällande föreskrifter. När det gäller kontroll av narkotika genomförs det med för långa intervaller och individuellt ordinerad narkotika kontrolleras inte alls på vissa enheter. De boende som inte har läkemedel dispenserat i APO-dos saknar giltig ordinationshandling. Enligt avtal mellan landsting och kommun ska det finnas ett centralt förråd. Vid uppföljningen framkom att utöver detta förråd hade enheterna egna utökade läkemedelsförråd, vilket strider mot gällande avtal med landstinget. För övrigt finns ett förråd med läkemedel, droppaggregat etc. i källarplanet som obehörig personal hade tillgång till. Enligt gällande föreskrifter får endast sjuksköterska ha tillgång till läkemedelsförråd. I vissa läkemedelsrum förekommer medicinkoppar fyllda med läkemedel som inte är märkta enligt gällande föreskrifter. Medicinskåpsnycklar till de boende påträffades i ett olåst förråd på en avdelning. Den sammanställning på namngivna sjuksköterskor och personal som lämnats överensstämmer inte med iakttagelser och muntliga uppgifter som lämnas vid besöket. Efter lunch minskade bemanningen då dagpersonalen slutar olika tider samt att den person som arbetar heldag har en timmes rast. Detta löser verksamheten med att personalen i hus A, B och C flyttas inom de olika enheterna på våningen. Överrapporteringstid mellan dag, kväll och natt förekom inte. Grundbemanningen på vårdpersonalen var 0,77. Gruppchefer räknades in i bemanningen trots att de inte medverkade i omvårdnadsarbetet.

Vid tolkning av bemanningssammanställningen samt vid kontroll i verksamheten framgick att det var lägre bemanning på sjuksköterskorna. Det totala antalet ordinarie sjukskötersketjänster varierade på de olika våningsplanen mellan 1,8 till 2,75 (inkl grpchef) tjänster. Dock hade en utökning av rehabiliterings-personal skett med 1,9 helårsarbetare, och verksamheten hade inte nått upp till höjningen med totalt tre helårsarbetare för HSL personal. Vakanta tjänster fanns och sjuksköterskerekrytering pågick med 2,87 tjänster.

Varje våning hade vid besöken en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som förutom det medicinska ansvaret ska handleda undersköterskor och vårdbiträden i omvårdnad, vilket var oklart, då detta även var gruppchefens ansvar.

Det fanns bra skriftliga rutiner. Förvaltningen såg dock att det inte fungerade tillfredsställande med överrapportering mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Bland annat fanns en rapportpärm på varje avdelningsplan där omvårdnadspersonal skrev rapporter till sjuksköterskan. Denna pärm glömdes bort att titta i och det fanns inget egenkontrollsystem som påvisade att informationen gått fram. Direktrapport mellan omvårdnadspersonal förekom inte då det inte fanns någon överrapporteringstid mellan arbetspassen.

Personalen sågs sitta för sig och de boende för sig. Flera boende uppgav att det var tråkigt att inte ha någon att samtala med. En person tyckte synd om personalen som hade det stressigt. En annan tyckte att personalen var nonchalanta och hellre satt och fikade för sig själva än talar med de boende. Det fanns även personal som umgicks och planerade för och följde med till aktiviteter etc. Personalen uppgav att de hade fått mera arbetsuppgifter än tidigare vilket innebar att det var svårt att hinna med alla åtaganden. De skulle numera tvätta, städa, tillreda måltider, aktivera, överlämna medicin och dokumentera regelbundet. Raster hinner de inte alltid att ta ut. Aktiviteter och utevistelse är arbetsuppgifter som ibland prioriterades bort. Iakttagelser om att personalen inte alltid arbetade utifrån ett rehabiliterande synsätt genom att ta tillvara det friska gjordes. Snarare arbetade man utifrån ett sätt som är det snabbaste tillvägagångssättet.

Gruppchefen som ska handleda och hjälpa till i omvårdnadsarbetet hade oftast inte tid för det. Sjuksköterskorna deltog inte heller i omvårdnaden, då det inte ingick i deras arbetsuppgifter och de själva inte ansåg sig ha tid för detta. Extravak togs in ibland när det var någon boende som krävde extra tillsyn eller vid vård i livets slutskede.

Städning fungerade generellt bra men, förbättringar bör ske genom regelbunden storstädning av sköljrum och tvättstugor. Det brast även när det gäller rengöring av lister och underrederna på sängar. Hjälpmedel som ska ordinerats individuellt användes mellan de boende och utan att vara ordentligt rengjorda. Dörrar till tvättstugor och sköljrum stod öppna. Dessa måste vara låsta eftersom det finns kemtekniska produkter som är farliga att förtära.

Tillgången på förbrukningsmaterial och skyddshjälpmedel hade blivit bättre sedan brister påtalades i oktober 2010. Nu fanns handskar, papper, tvål och sprit etc. i alla granskade tvättstugor och sköljrum samt i de boendes hygienutrymmen.

Bedömning

- Personaltäthet och överlappningstider bör ses över i enlighet med avtalet samt redovisas till förvaltningen senast den 30 juni 2011.
- Caremas framgångsfaktorer angående bemötande, omvårdnad ur ett rehabiliterande synsätt och ett aktivt liv bör förankras och hållas levande hos all personal.
- Personalens dokumentationshörna bör tas bort från de boendes gemensamhetsutrymme på B-enheterna.
- En översyn av aktuella rutiner och checklistor bör göras för säkerställande av åtgärdskedja och egenkontroll.
- Narkotikakontroller bör ske med kortare intervaller.
- Översyn att giltig ordinationshandling finns på samtliga boende.
- Läkemedelsförråden bör ses över samt säkerställs enligt avtal.
- Ledningen bör inventera och utbilda den personal som saknar tillräckliga kunskaper i svenska språket i enlighet med avtalet.

Sammanfattning av resultat vid oanmält besök 28 januari 2011 för kontroll av åtgärder (redovisas i tjänsteutlåtande inom äldreomsorgen)

DNR 1.5.1- 586-2010

I redovisning saknas MAS skrivning om att sjuksköterskebemanningen hade kvarstående brister avseende totalt antal anställda per enhet samt kontinuitet.

Vid besöket kontrollerades sjuksköterskebemanningen som visade att det på avdelningarna 2-8 var 17,37 sjukskötersketjänster och 2,0 gruppchefer. Vid besök på plan 1 saknades sjuksköterska på plats att intervjua. På eftermiddagen till dess nattpersonalen kommer kopplas två avdelningar. Förutom ordinarie sjuksköterskor används timanställda sjuksköterskor och då ofta kvällstid. En sjuksköterska framförde att hon skulle arbeta kväll på en avdelning och nästa dag på en annan avdelning. Hon hade

dålig kännedom om patienterna. Antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter var 7,35%, men ska vara 8,45% med utökning av tre årsanställda. För övrigt hade narkotikakontrollen förbättrats. Avdelning 7 och 8 hade inte helt fungerande kontroller avseende såväl lätt som tung narkotika. På två av de tre avdelningarna som har akut och buffertförråd följer verksamheten inte alltid gällande författning om registrering av narkotika med uppgift om till vem narkotiska läkemedel ska ges då sjuksköterska hämtar från en annan avdelning. Vid kontroll av giltiga ordinationshandlingar kvarstod problem när det gäller patienter som hade läkemedel dispenserade i dosett.

För övrigt fanns tidigare ett förråd med läkemedel, droppaggregat etc. i källarplanet som obehörig personal hade tillgång till. Enligt gällande föreskrifter får endast sjuksköterska ha tillgång till läkemedelsförråd. Enligt uppgift från Carema har detta förråd rensats och lås bytts ut. Detta förråd kommer att följas upp.

Vid besöket framkom att sjuksköterskorna numera hade eftermiddagsrapport för överföring av information till kvällspersonalen.

Resultat efter kvalitetsuppföljning enligt QUSTA den 20 oktober -17 november 2010 DNR 1.2-194-2011

Trygg hälsa AB ansvarar sedan maj 2008 för läkarinsatserna. Verksamheten är aktiv och engagerad i patientsäkerhetsfrågor. Exempel på detta är att verksamheten sedan uppkomsten av ESBL bildande bakterier påbörjat ett projekt avseende ESBL resistent bakterier, genom att ge kosttillskott med probiotika dagligen under 4 veckor. Målsättningen var att få ESBL positiva odlingar från patienter att konvertera till negativa.

Läkarinsatserna har haft god kontinuitet sedan påbörjat uppdrag maj 2008. I samband med behov av akut rekrytering av läkare i oktober 2010 har det varit några byten av läkare. I avvaktan på tillsättning har läkare hyrt in. En ny läkare som är geriatiker är nu anställd med ansvar för Koppargården. Vid uppföljning framkom att det finns rutiner för hur samarbetet med läkare, sjuksköterska och paramedicinsk personal ska ske. Paramedicinsk personal har inte direkt kontakt med läkare utan rapporterar till sjuksköterskan eller blir kontaktade av sjuksköterska då behov uppstår.

På Koppargården finns avtal för läkemedelsförråd. På plan 1 finns det ett centralt läkemedelsförråd och på plan 4 och 7 ett akut- och buffertförråd. Vid uppföljningen framkom även utökad förrådshållning på övriga våningsplan samt att det fanns ett förråd i källaren som obehöriga hade tillgång till. Det förekom även brister på vissa enheter avseende kontroll av narkotika och journalföringen av narkotika var bristfällig i samband med att sjuksköterska från andra våningsplan hämtade narkotika från förrådet till sina patienter. Den årliga externa läkemedelsgranskningen som ska göras tillsammans med farmaceut var efter överenskommelse inte genomförd under 2010 på grund av chefsbyten. Granskningen planerades istället att genomföras efter årsskiftet. Läkemedelsgranskningen utfördes 28 mars 2011.

Vid kontroll i journaler saknas uppgift om att den enskilde inte klarar av att hantera sina läkemedel och att sjuksköterskan tagit över ansvaret. Giltig ordinationshandling (original) saknades på några patienter som hade läkemedel dispenserade i dosett på plan 1,6,7 och 8. Kopia på läkemedelslista från Stockholms sjukhem alt. Bromma sjukhus fanns istället. Dessa var otydliga, saknade uppgift på ordinator och eller underskrifter.

Enligt avtal ska delegeringsbeslut utföras i delegeringsmodulen i VODOK. Verksamheten brister dock i utförandet. Istället sker delegeringsbeslut manuellt på papper. Kontroll i delegeringsmodulen VODOK visar att det på plan 4 var delegering utfärdat till två personal, och på plan 6 och 7 var

delegering utfärdad till en personal. De övriga planen hade många fler delegeringsbeslut i VODOK. Det uppmärksammades att några delegeringsbeslut gällde hela huset. Detta bör ses över av respektive sjuksköterska. Ett delegeringsbeslut bör endast omfatta den enhet där personalen arbetar och har kännedom om patienterna. Vid MAS besök framkom viss osäkerhet hos sjuksköterska om hur en delegering ska utföras och var gällande rutiner förvarades.

Verksamheten har utvecklats avseende rapportering av avvikelser. Alla avvikelser har dock inte rapporterats i avvikelsemodul i VODOK enligt avtal. Det som rapporterats i VODOK är framförallt fallolyckor (66), händelser i vårdkedjan (15), läkemedelshandling (7), hygien (1), omvårdnad/rehabilitering (4), medicintekniska produkter (1). Det faktiska antalet avvikelser från 1 januari– 28 augusti 2010 var totalt 275 varav fall (215) läkemedel (54), medicinsktekniska produkter (6).

Registrering av MTP i ett inventarieregister pågår med hjälp av externt företag Human Care. Enligt uppgifter är basala hygienrutiner ett område som diskuteras vid arbetsplatsträffar. All nyanställd personal ges skriftlig information om basala hygienrutiner. Verksamheterna arbetar också kontinuerligt med självskattning och observationer utifrån de mallar som Vårdhygien tagit fram för egenkontroll i verksamheten. Verksamheten har inte en särskilt avdelad personal som ansvarar för iordningsställande av mat/matlagning. På morgonen löser verksamheten det genom att en person direkt iordningsställer frukost. För övrigt löser verksamheten hygienfrågan genom att använda köksförkläden och genom att följa basala hygienrutiner. Det finns sedan 2008 diskdesinfektor på plan 2 och 6 för rengöring av flergångsmaterial.

Verksamheten behöver i ett tidigt skede planera för den palliativa vården och inför vård i livets slut. I några journaler framkom under sökord ”läkarkontakt” att det var vård i livets slut. Vårdplaner med information om vilka åtgärder som planerats saknades. Det ska dokumenteras i sökord ”åtgärder” undersökord ”skötsel avancerad” – ”vård i livets slut”. När dokumentation sker på olika sätt under olika sökord är det svårt för en annan sjuksköterska att följa vården och få kunskap om vilka åtgärder som planerats. Verksamheten har i samarbete med läkarorganisationen haft utbildning i palliativ vård och vård i livets slutskede samt tydliggjort hur den palliativa vården ska planeras och utföras. Utveckling inom området pågår.

Alla sjuksköterskor har inte genomgått utbildning som ger rätt att förskriva inkontinenshjälpmedel. På vissa enheter arbetar sjuksköterska och omsorgspersonal i team vid utprovning av inkontinensskydd, dock inte alla. Genomgående var personer med symtom på inkontinens inte utredda av förskrivande sjuksköterska. Vårdplaner saknades. Om inkontinensskydd användes framgick inte storlek och sort i alla journaler. Vid kvarliggande urinkateter (KAD) ska uppgift om ordinator, orsak till KAD och storlek etc. anges samt när byte ska genomföras.

Verksamheten har rutiner för att förebygga och behandla trycksår. De gör riskbedömningar på alla enheter. Vid kontroll saknas riskbedömningar i vissa journaler. Vårdplanerna behöver utvecklas. Dessa innehåller oftast endast problem och mål men inte vilka åtgärder som ska vidtas eller någon utvärdering. Resultatet av riskbedömningen ska även framgå i status under sökord hud.

Vid granskning av journaler framkom att riskbedömningar görs på alla enheter. Vid kontroll saknas riskbedömning i vissa journaler. Vårdplanerna är dock inte alltid fullständiga. I flera journaler har problem och mål dokumenterats, men inte vilka åtgärder som planerats eller uppföljning av resultat. Resultatet av riskbedömningen framgår inte heller i status under sökord nutrition. Vid ordination av näringsdrycker ska det anges vad som ordinerats och antal per dygn. Ofta anges att de näringsberikar

maten men inte med vad eller vid vilka tillfällen. Detta är dokumenterat som tillfällig åtgärd istället för i en vårdplan.

Verksamheten har rutiner och kontakter enligt uppgift läkare vid fallolyckor. Riskbedömningar utförs på alla enheter. Det saknas riskbedömningar i vissa journaler. Vårdplanerna behöver dock utvecklas. Oftast anges endast identifierade risker och mål. I planen saknas ofta vilka åtgärder som planerats eller uppföljning av resultat. Åtgärder kan återfinnas i dokumentation under enstaka åtgärder eller ordinerade hjälpmedel.

Varje demensenhet uppfyller kraven när det gäller antal boende på varje enhet. Verksamheten har en Silviasyster som handleder personalen. Verksamheten utbildar även fler personal till Silviasystrar för att höja kompetens och kvalitet på omsorgen. All personal behärskar inte svenska språket fullt tillfredsställande.

Vid uppföljningen framförde verksamheten att det finns lokala rutiner för hur individuella larm ska ordinerars. Vid granskning i journaler saknas dock vårdplaner och på vilka grunder individuella larm ordinerats. Verksamheten framför även att det finns möjlighet för vårdtagaren att passera ut genom dörren som är försedd med kodlås. MAS bedömning är att det krävs fler än två vårdpersonal för att detta ska vara möjligt. Verksamheten var inte alltid bemannad för att möjliggöra denna uppsikt.

Rehabiliteringspersonal deltar vid behov vid vårdplanering. Rehabpersonalen dokumenterar ADL status tillfredsställande, dock görs inte ADL status på alla, framförallt inte på korttidsboendet. Rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor dokumenterar i en gemensam journal.

Uppföljningen visar att sjuksköterskor till viss del bedömt munhälsan på vissa patienter vid inflyttningen. När det gäller munhälsobedömning och nödvändig tandvård framför verksamheten att de känner till samverkansöverenskommelsen om uppsökande tandvård och att de erbjuder vårdtagaren uppsökande munhälsobedömning. Vid granskning i journal framkommer det i ett fåtal journaler att de frågat om den enskilde vill ha en munhälsobedömning utförd av tandhygienist.

MAS har den 27 oktober tillsammans med entreprenörens MAS granskat 15 journaler på Koppargården. MAS har även under januari- februari utfört kontroller i journalerna för att kontrollera att verksamheten följer gällande rutiner och patientdatalagen.

Granskningen visar att journalerna håller olika kvalitet på dokumentationen. Dokumentationen har dock förbättrats avseende riskbedömningar sedan föregående uppföljning.

När det gäller hanteringen fanns det ca 100 journaler som var oavslutade trots att patienten avlidit alt. flyttat till annat boende/ ordinärt boende. MAS har även funnit dubbla journaler på 8 patienter på ett plan. Det ska inte gå att öppna en ny journal om det redan finns en journal öppnad. MAS har därför anmält detta tekniska problem till ansvarig för VODOK. Av de dubbla journalerna fanns det två patienter med två journaler som var pågående. På en patient fanns anamnes och status dokumenterat i en av journalerna och i den andra hade paramedicinarnas dokumenterat, vilket är en mycket allvarlig risk. En annan journal var upprättad med uppgift om åtgärder som vidtagits trots att patienten inte flyttat in. Två dagar senare var det dokumenterat att patienten inte skulle flytta till Koppargården utan till annat boende. MAS har informerat MAS inom Carema omsorg om detta och att alla journaler som inte är aktuella omgående måste avslutas. Om en patient flyttar till annat boende så kan de inte öppna upp en ny journal om journalen inte avslutas.

Vid korttidsvård ska journalerna alltid stängas för att öppnas vid nästkommande vårdtillfälle. I journalerna används ofta förkortningar som inte är vedertagna eller inte kan tolkas av andra än den som dokumenterat. Detta strider mot patientdatalagen. I VODOK data system finns det en hjälptextruta som hälso- och sjukvårdspersonalen kan använda för att underlätta dokumentationen och tydliggöra vad som ska framgå under respektive sökord. Det finns också en sökordsmanual till

journalrådet som bör användas. Det är viktigt att verksamhetens handledare deltar i stadsdelens nätverksgrupp för information om nyheter i VODOK.

Statistik på antal patienter som skrivs in och ut eller avlider

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
In	111	117	119	181		202
Ut	4	5	6	16		48
Avliden	102	106	120	166	*129 enligt journal	170 enl. journaler *(151 enl Carema)

* OBS! Vid kontroll i journal så stämmer inte datum för avliden med avslutad vårdtid. Det kan skilja flera månader. I vissa journaler framkommer uppgift om avliden inne i journalen uppgift om avliden saknas i dokumentationsträdet och finns då inte med i denna statistik.

Under åren 2005-2010 har omsättningen av antalet patienter ökat med ca 100 %. Av de som flyttar in på sjukhemmet idag så har ca 30 % avlidit inom 2 månader och ca 10 % flyttat till annat boende enligt vårdvalsmodellen. Om gränsen flyttas fram till 4 månader så har ca 40 % avlidit, vilket innebär att av dem som flyttar in på ett sjukhem så är 50 % inte kvar efter 4 månader.

Antalet avlidna på sjukhemmet idag är ca 60 % mer än år 2005 och det har skett en stadig ökning. Med tanke på de ökade medicinska/omvårdnadsinsatserna som krävs med patienter i livets slutskede så är omhändertagandet av patienter och närstående ett tidskrävande arbete som kräver stora resurser. Om den trend som är idag fortsätter med ytterligare neddragningar i antal platser i särskilda boendeformer, så är det rimligt att anta att mer sjuka patienter kommer att bo kvar hemma längre och sedan få tillgång till sjukhemsplats i ett senare och troligen mindre gynnsamt medicinskt status.

Trots den ökade vårdtyngden och omsättningen sedan ÄDEL reformens genomförande har den medicinska kompetensen minskat (se nedan). I stället ställs allt högre krav och ansvar på hälso- och sjukvårdspersonalen.

	<i>Förfrågningsunderlag</i>						
<i>Bemanning underlag</i>	1997	1998	1999	2003	2007-11	2008-04	2010-10
Antal platser	204	204	204	232	232	232	232
Sjuksköt dag+kväll	33,02	27,52	25,95	30,18	37,4	Ca 28,2-28,7	*26,98
Sjuksköt. natt	5,66	5,66	5,68	5,67	6,0	5,0	4,12
Omv.pers. dag	107,9	112,52					
rehab	6,0	6	6	6		5,45	7,35 (7,90)

*Två sjuksköterskor är gruppchefer för fyra avdelningar/ chef. Gruppcheferna infördes hösten 2009.

Under 2008 hade verksamheten 3,5 helårsanställda sjuksköterskor per plan vilket framgick av förfrågningsunderlaget. Plan 1 hade fler på grund av att korttidsboendet har en högre patientomsättning än övriga enheter. Verksamheten var organiserad så att varje sjuksköterska tjänstgjorde på ett plan och var omvårdnadsansvarig för 10 patienter per heltidsanställd sjuksköterska. Kvällstid var sjuksköterskan ansvarig för 1,5 plan.

På Koppargården har det varit en stor personalomsättning bland sjuksköterskor såväl i samband med och efter övertagande av verksamheten. Även personalomsättningen på chefer har varit omfattande. Detta påverkar naturligtvis patientsäkerheten i hög grad.

Vid samtliga uppföljningar och besök på Koppargården har det framkommit att kontinuiteten i stort har bestått av två till tre omvårdnadsansvariga sjuksköterskor som är ansvariga för 15 patienter vardera. Under december och januari har 4 nya sjuksköterskor anställts och ett par timanställda har månadsanställts.

Vid besök den 28 januari 2011 var antalet sjuksköterske tjänster enligt nedan

plan 8 - 2,75 % varav 75% långtidssjuk

plan 7 - 1,93 %

plan 6 - 2,0 % + gruppchef (deltar inte i vården enligt uppgift)

plan 5 - 2,75 %

plan 4 - 2,55 %

plan 3 - 2,79 %

plan 2 - 2,60 %

plan 1- sjuksköterska fanns inte på plats för att ge information om antal anställda.

För övrigt har verksamheten sjuksköterskor som arbetar kvällstid på olika plan och på hela huset. Det framkom även svårigheter för sjuksköterska att ha kunskaper om alla patienter när sjuksköterskan arbetar på hela huset. Detta är allvarligt för patientsäkerheten.

Kvalitetsindikatorer 2010

Vård- och omsorgsboende	Antal patienter	ADL	Riskbedömn. fall	Riskbed. nutrition	Riskbed. trycksår	Munbedömn.
Koppargården	*613	136	308	231	281	114

*Under året hade verksamheten vid kontroll (VODOK) 613 pågående journaler (247 var avslutade och 249 påbörjade). På grund av att journalerna inte avslutas vid avslutad vårdtid är det svårt att få exakta uppgifter. Antalet patienter med utförd riskbedömning är riktig.

Under året har verksamheten utvecklats när det gäller att utföra riskbedömningar. Vid risk ska en vårdplan upprättas med uppgift om problem, mål, planerad åtgärd/er, utförda åtgärder och uppföljning.

Sammanfattning och bedömning

I samband med uppföljning har MAS inledningsvis haft intervjuer i grupp vid två tillfällen. Vid båda dessa tillfällen har samma personer deltagit, bestående av ansvariga chefer, gruppchefer, en sjuksköterska och paramedicinare.

För att jämföra 2010 års resultat med föregående QUSTA uppföljning har ett medelvärde från år 2008 räknats fram, eftersom varje enhet då följdes upp separat med den personal som arbetade på respektive plan. Förutom detta har MAS kontrollerat de svar som framkom vid uppföljningen 2010 med dokumentationen i journalerna precis som vid 2008 års uppföljning.

För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser på alla. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Vid journalgranskning framkom olika kvalitet på dokumentationen i journalerna. Dokumentationen har dock förbättrats avseende riskbedömningar sedan föregående uppföljning. Flera journaler var bra men behövde viss utveckling och struktur, medan andra var mindre bra. Flera brister i

dokumentationen kan förmodligen härledas till kunskaps- och/ eller informationsbrist men också till kontinuitet och förutsättningar i form av tid.

Personalen behöver mer kunskap i hur de ska dokumentera i VODOK och använda sig av den sökordsmanual som finns samt använda hjälptexten samt "hammaren" i systemet.

Andra områden som verksamheterna behöver utveckla eller vidta åtgärder inom är palliativ vård, utredning vid symtom på inkontinens, vårdplanering och vårdplaner vid risk för trycksår, malnutrition, fall, vård i livets slut, inkontinens etc. Riskbedömningar utförs i hög utsträckning och i planen anges problembeskrivning och mål, det brister dock när det gäller planerade insatser, utförda insatser och uppföljning.

Vid besöket uppmärksammades även ogiltiga ordinationskort på de som inte har apo-dos dispenserade läkemedel på plan 1, 6, 7, och 8. Ordinationskortet var kopior från Bromma sjukhus och Stockholms sjukhem och inte originalhandling. De saknade ordinator eller var inte underskrivna av ordinerande läkare.

Carema omsorg har i sin bemanning räknat in de två gruppcheferna. MAS bedömer att det är orimligt att vara gruppchef med ansvar för planering, bemanning, medarbetarsamtal, lönesamtal etc. för 4 våningsplan per chef och samtidigt vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska för ett antal patienter. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har även ett stort ansvarsområde. I den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans roll och ansvar ingår ett samlat ansvar för samordningen av den enskilda patienten. Vid inflyttning ska sjuksköterskan inventera behov av vårdinsatser och göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt upprätta vårdplaner. Sjuksköterskan ska vidare informera läkaren om förändringar i patientens hälsotillstånd, inventera behov av omvårdnad och planera omvårdnaden utifrån patientens medicinska behov, då flertalet av vårdtagarna idag är multisjuka (se antal avlidna). Detta arbete ska dokumenteras i en omvårdnadsjournal där all vård ska kunna följas. Omvårdnadsjournalen omfattar olika delar allmänna uppgifter, anamnes, omvårdnadsstatus, omvårdnadsdiagnos, mål, omvårdnadsåtgärder, utvärdering och omvårdnadsepikris.

Sjuksköterskan ska även ha läkarkontakter, dagliga rapporteringar, vårdplaneringar tillsammans med berörda, göra medicinska bedömningar och vidta adekvata åtgärder, utföra läkarens ordinationer, följa upp genomförd vård, följa upp patientens läkemedelsbehandling, iordningställa och administrera läkemedel, kontakter med apotek, delegera och följa upp att delegeringar fungerar tillfredsställande mm. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar även för att upprätthålla en hög kompetens inom vårdlaget genom handledning och utbildning i de arbetsuppgifter som kan förekomma t ex vid delegering av arbetsuppgift eller ordinationer från sjuksköterskan.

Från årsskiftet gäller den nya patientsäkerhetslagen som syftar till att göra vården säkrare, minska antalet vårdskador och göra det enklare för patienter och närstående att anmäla felbehandling. Lagen kräver att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete d v s utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på en god vård. I och med den nya lagen ska vårdgivare också upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

För att den nya lagen inte ska bli tandlös krävs hög kompetens i vården. Bland annat måste bemanningen av sjuksköterskor vara tillräckligt hög. När sjuksköterskor deltar i den patientnära omvårdnaden innebär det färre komplikationer. Idag är trenden att andelen sjuksköterskor/specialistutbildade sjuksköterskor minskar samtidigt som vårdtider inom slutenvården minskar och patienter skickas hem/särskilt boende. Risken för fel och vårdskador ökar om kompetens och bemanning är för låg samt saknar kontinuitet.

Oanmält besök för kontroll av bemanning 16 maj 2011

Vid besöket framkom att det inte alltid är två sjuksköterskor på rond dagar. Vidare var det en sjuksköterska som arbetade på ett plan från 07.00-14.00 och på ett annat plan från klockan 14.00-21.30. Att arbeta så långa arbetspass utan vila är inte lämpligt och innebär en patientsäkerhetsrisk.

Sjuksköterskebemanning dag- kväll vid besöket och antal tjänster

Plan	Dag	Kväll	Tjänstgöringsgrad	Antal tjänster	Ronddag
Plan 1	1 (+ 1 gruppchef)	1 ssk/2 pl=0,5/plan	1,0+0,80+0,50	2,30	
Plan 2	1	Se ovan	1,0+0,75+0,80	2,55	
Plan 3	1	1 ssk/2 pl=0,5/plan	1,0+1,00+0,85	2,85	
Plan 4	2	Se ovan	1,0+0,80+0,75	2,55	Ronddag
Plan 5	1	1 ssk/2 pl=0,5/plan	1,0+0,90+0,85	2,75	
Plan 6	1	Se ovan	1,0+1,00	2,0	
Plan 7	2 (varav en frikopplad)	1 ssk/2 pl=0,5/pl	1,0+ 0,96+ 0,97	2,93	
Plan 8	2	Se ovan	1,0+1,0+0,50	2,50	Ronddag
Total				20,43 + 2grp.ch	

Det fanns 2 gruppchefer som ansvarar för 4 plan vardera. En av dessa uppger att hon ibland kan hjälpa till med någon provtagning el. dylikt.

Sammanfattning av resultat efter uppföljning av vidtagna åtgärder den 16 och 23 september 2011

DNR 1.2.1-557-2011

Vid kvalitetsuppföljning enligt QUSTA 20 oktober -17 november framkom brister och behov av åtgärder som kontrolleras vid denna uppföljning.

På Koppargården har det sedan övertagandet varit en stor personalomsättning bland sjuksköterskor, såväl i samband med och efter övertagande av verksamheten. Även personalomsättningen på chefer har varit omfattande. Detta påverkar patientsäkerheten i hög grad.

MAS har vid upprepade tillfällen sedan 8 oktober 2010 genomfört tillsynsbesök på Koppargården, som då visade på stor brist av skydds- och hygienutrustning som handsprit, handskar, engångsförkläden etc. som personalen behöver för att följa basala hygienrutiner och förhindra smitt- och smittspridning, inkontinens-skydd, låg personalbemanning på demensboende och sjuksköterskor. MAS har därefter följt bemanningen vid upprepade tillfällen. Bemanningen av sjuksköterskor har vid alla dessa tillfällen varit halverad sedan verksamheten drevs i kommunal regi och legat på ungefär samma nivå, dvs. en sjuksköterska som arbetar dagtid och två sjuksköterskor på rond dagar. Kvällstid har en sjuksköterska kopplats mellan två eller tre avdelningar.

Innan Carema omsorg övertog ansvaret för driften var det en verksamhetschef och sex enhetschefer. Varje sjuksköterska tjänstgjorde på ett plan och var omvårdnadsansvarig för ca 10 patienter per heltidsanställd sjuksköterska. Kvällstid var sjuksköterskan ansvarig för 1,5 plan från klockan 18.00 eller 19.00.

Vid samtliga uppföljningar och besök på Koppargården har det framkommit att kontinuiteten i stort har bestått av två till tre omvårdnadsansvariga sjuksköterskor som är ansvariga för upp till 15 patienter vardera. För övrigt har verksamheten sjuksköterskor som arbetar kvällstid på olika plan och på hela huset. Det har även framkommit svårigheter för sjuksköterska att ha kunskaper om alla patienter när sjuksköterska arbetar på hela huset. En sådan organisation medför stora risker för patientsäkerheten.

En för låg sjuksköterskebemanning är allvarligt, vilket även tvingar sjuksköterskor att delegera överlämnande av läkemedel. Sjuksköterskorna får inte tillräckliga förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar för vården t ex. göra bedömningar, ha vårdplaneringar och upprätta vårdplaner, följa upp att insatser genomförs och utvärdera ordinerade insatser samt dokumentera enligt gällande lagstiftning.

Från och med den 1 oktober har Carema Care genomfört en organisationsförändring, vilket medför en utökning på antalet sjuksköterskor enligt täthetschema, vilket bör ge förutsättningar att säkerställa vården.

Hälso- och sjukvårdspersonalen och övrig vårdpersonal gör ett gott arbete utifrån gällande förutsättningar. På Koppargården vårdas multisjuka patienter och inte alltför sällan är de underviktiga redan vid inflyttningen. För att säkerställa en god och säker vård ställs stora krav på organisationen avseende ledning, personal, kompetens, bemanning och kontinuitet.

Vid uppföljningen september 2011 framkom att vissa brister åtgärdats eller pågår. Det som kvarstår är förrådshållning och hantering av privata läkemedel i det samlade förrådet och i källarförrådet, avvikelshantering, vårdplaneringar och vårdplaner, övrig journalföring och epikriser, utvecklingen av den palliativa vården vid vård i livets slut, smärtbedömning, inkontinensutredning etc. Rutiner och överenskommelse avseende samverkan med läkarorganisationen behöver också förtydligas så att alla sjuksköterskor har samma förväntningar på vad som är läkarens uppdrag och deras ansvar.

Vid granskning av journalerna framkommer att dokumentationen som helhet förbättrats. Vissa journaler var bra medan andra behövde utvecklas. Det finns dock kvar vissa allvarliga brister och förbättringsbehov främst avseende vårdplanering och upprättande av fullständiga vårdplaner med en beskrivning av planerade och utförda åtgärder samt uppföljning och inte enbart beskrivning av problem/risk/resurs och mål.

Av de 26 granskade journalerna fanns det vårdplaner i ca hälften av de 26 granskade journalerna. Vissa av dessa journaler saknar ibland planer inom alla identifierade riskområden. Avsaknad av planer kan t ex. medföra att timanställd sjuksköterska eller sjuksköterska från en annan avdelning inte har vetskap om patienters behov av ordinerade insatser, inte kan förmedla och ge korrekt information till ansvarig läkare och slutligen leda till allvarliga konsekvenser för patienter.

Vid granskningen uppmärksammas också att läkare sällan kontaktas vid fallolyckor, vilket kan medföra att frakturer inte uppmärksammas och då på framförallt dementa. Med tanke på att många av de boende är underviktiga med näringsbrist eller i riskzonen så bör sjuksköterskan i större utsträckning ordinera näringsdrycker som mellanmål och inte enbart näringsberika maten, samt ibland även upprätta vårdplan för risk för trycksår, då detta är så starkt förknippat med sår och sårhäkning. Ett annat problem som framkom vid granskningen var att biståndsbedömare ibland dokumenterar medicinska diagnoser som sedan sjuksköterskan dokumenterar. Alla ställda diagnoser ska anges med källa och datum för fastställd diagnos i den utsträckning som det går. Även ID- kontroller, enligt gällande föreskrifter är ett problemområde inte bara på Koppargården utan generellt på grund av att många äldre saknar id-handling.

När det gäller läkarinsatser är nyckeltalet att det ska vara en läkare på 300 patienter. Koppargården har 232 patienter och läkaren arbetar där heltid.

MAS har av Trygg Hälsa AB begärt in besöksfrekvensen för två månader som visar att läkaren under maj månad hade 330 vårdkontakter på totalt 140 patienter och september månad 317 vårdkontakter på totalt 139 patienter. Under hela perioden 1 maj t o m 30 september har läkaren haft en besöksfrekvens

på 1345 på totalt 286 patienter. Läkaren ska inom 7 dagar skriva in patienten och har en inställetid på 2 timmar. Läkaren tittar dock alltid igenom läkemedelslistan i samband med inflyttning. Koppargården är inget sjukhus utan ett äldreboende med sjukhemsinriktning, där det ska finnas personal med den kompetens som krävs och i tillräcklig omfattning för att ge en god vård och omvårdnad och då ofta i ett palliativt skede. Sjuksköterskan är läkarens förlängda arm och ska utföra de ordinationer som ordinerats, göra egna bedömningar, förbereda inför läkarbesök samt kontakta läkaren vid behov etc. Patienterna kommer antingen från sjukhus och har då med sig aktuella ordinationer såväl stående som vid behovs läkemedel, eller hemifrån via vårdcentralen. I dessa fall ska sjuksköterskan antingen kontakta vårdcentralen för att få aktuell läkemedelslista eller sammanhållen läkemedelslista (E-dos) via apoteket. MAS bedömning är att läkarverksamheten Trygg Hälsa är engagerade och utför sitt uppdrag på ett professionellt sätt enligt gällande regelverk. Ansvarig läkare vid Koppargården är dessutom specialist inom området geriatrik.

MAS bedömning är att vissa brister är åtgärdade och de brister som kvarstår ska åtgärdas snarast, dock senast 20 november 2011.

Brister och avvikelser

Den 13 oktober 2010 fick Marie Sundström (MAS) ett e-mail från 2 sjuksköterskor på Koppargården. Denna beskriver en pågående "häxjakt" på dåvarande läkare från vissa sjuksköterskor. De beskriver en otrygghet och ökad stress för att göra fel pga av den halverade bemanningen, brist på hygienartiklar, bristfälligt med överlappningstider för rapportering samt långvarig smitta med vinterkräksjuka där det är viktigt att isolera smittan och att ha tillgång till skydds- och hygienutrustning etc.

Den 14 oktober 2010 fick förvaltningen en anmälan från Trygg Hälsa AB angående långvariga missförhållanden på Koppargården av denna framgick en rad brister. Dessa har utretts och besvarats av verksamhetschef och MAS inom Carema Omsorg

Redogörelser utifrån anmälan från Trygg Hälsa AB om långvariga missförhållanden besvarades av verksamhetschef inom Carema Care.

Bristerna rör

1. *Sjuksköterskebemanningen på rond dagar.* Carema Omsorg har besvarat detta med att det ska vara 2 sjuksköterskor på rond dagar, men vid något tillfälle har frånvaroanmälan gjorts samma dag, men att gruppcheferna vid dessa tillfällen kan omdisponera sjuksköterskor eftersom det är rond på två avdelningar samma dag.
2. *Läkare blivit påtvingad att skriva recept på näringsdrycker som anhöriga får betala.* Detta besvaras som ett missförstånd kombinerat med att sjuksköterskan bad närstående att ta med sig näringsdryck av en speciell sort.
3. *Möjligheten att själva tillreda näringsdrycker är ofta eftersatt.* Besvaras med att de tillreder näringsdrycker och att frukt grädde, ägg och mjölk köps in varje vecka
4. *Saknas våg, tempor och blodtrycksmanschett.* Detta besvaras med att varje plan har utrustning placerad på särskild plats men att några plan placerat denna på annat ställe.
5. *Boende med demensdiagnos som duschas mot sin vilja.* Detta besvaras med att händelsen resulterade i en handlingsplan och diskussioner. Inblandad sjuksköterska har sedan gjort en detaljerad beskrivning över hur händelsen gick till. De beklagar att de inte anmälde händelsen enligt Lex Sarah.

6. *Medicinsk vårdplanering avseende aggressiv patient som ledningen anser bör medicineras.* Besvaras med att enhetschef deltagit i en vårdplanering kring en enskild patient utifrån önskemål från anhörig.
7. *Brist på blöjor, handsprit, handskar och förkläden.* Besvaras med att de arbetar med förbrukningsmaterial utifrån nyckeltal dvs. en snittkostnad per boende. Tyvärr har det vi beställt inte räckt i tillräcklig utsträckning. De hänvisar till att personalen använder handskar felaktigt och att de nu har en handlingsplan på hur det ska lösas samt upprättat nya beställningsrutiner som även inkluderar vad som ska finnas kvar i förrådet till ny leverans.

Redogörelser utifrån anmälan 2010 från Trygg Hälsa AB om långvariga missförhållanden besvarades av MAS inom Carema Care. Dessa ärenden har Stadsdelens MAS granskat och kommenterat samt lämnat en kopia till stadsdelsdirektören.

Avvikelserna avser

1. *viktkontroll på patient med bedömd hjärtsvikt*, MAS inom Carema säger sig ha informerat Trygg Hälsa per telefon och att avvikelsen skulle följas upp på samverkansmötet 11 oktober 2010. Sjuksköterskor och läkare bör på ett kommande samverkansmöte tillsammans följa upp och tydliggöra hur man ska följa de rutiner som utfärdas av Trygg hälsa.
Kommentar från stadsdelens MAS Uppgifter saknas i journalen.
2. *fallolycka utan att läkare informeras*, MAS inom Carema säger sig ha informerat Trygg Hälsa per telefon och att avvikelsen skulle följas upp på samverkansmötet 11 oktober 2010. Då det är bristfällig dokumentation i samband med fallet 26 september så har MAS påtalat vikten av att kvalitetssäkra dokumentationen utifrån aktuella bedömningar/undersökningar och om kontakt med läkare tagits. Fallrapporter är skrivna, men då flera inte är fullständigt ifyllda så är de inte inregistrerade i det elektroniska avvikelssystemet, vilket undertecknad nu påtalat till verksamhetschef och enhetschef som ska följa upp rutinerna. Sjuksköterskor och ansvarig läkare behöver på ett kommande samverkansmöte tillsammans följa upp och tydliggöra/säkerställa när och om läkare ska kontaktas när boende har ramlat.
Kommentar från stadsdelens MAS Sjuksköterskan har brustit i att kontakta läkaren efter att dement patient fallit vid två tillfällen 26 september 2010 (i dagrummet och ur sängen). Patienten hade ordinerats rörelselarm som inte var inkopplat. Patienten har även fallit den 28 september. Läkare kontaktades först den 29 september och skickades då till röntgen. Patienten har även fallit ur sängen den 2 oktober. Rörelselarmet var även vid detta tillfälle inte inkopplat. Läkare informerades inte. Enligt dokumentationen får patienten smärtstillande mot smärtor i rygg och armar samt lugnande läkemedel mot oro. Patienten fortsätter att falla.
3. *tvångsduschning av demens sjuk*, MAS har här hänvisat till verksamhetschefen.
Kommentar från stadsdelens MAS Ärendet borde anmälts enligt Lex Sarah. Vid utåtagerande svåra patienter kan BPSD teamet kontaktas.
4. *felaktig dos av lugnande läkemedel*, MAS inom Carema påtalar vikten
 - att aldrig ge läkemedel om det saknas fullständig ordination, då ska läkare kontaktas.
 - att sjuksköterskorna som arbetar dagtid måste säkerställa att gällande ordinationer följs upp med ansvarig läkare så att ordinationerna är fullständiga och tydliga för sjuksköterskorna.
 - att sjuksköterskorna måste rapportera när det föreligger individuella behov av vid behovsordinationer och tillsammans med läkaren säkerställa eventuella ordinationer. MAS tar upp med gruppchefen att omgående följa upp det med sjuksköterskorna.
 - att alltid läsa igenom journalanteckningarna innan signering.

- att sjuksköterskorna ska skriva redogörelse som ska arkiveras tillsammans med aktuell avvikelse.
- att Mas på kommande möten med sjuksköterskorna ska ta upp vikten av att alltid påtala till ansvarig läkare om det uppmärksammas ofullständiga ordinationer.
- att följa gällande rutin för läkemedelshantering när det gäller hur muntliga ordinationer ska dokumenteras.

Kommentar från stadsdelens MAS Läkemedelslistan med ordinationen som är utsatt 14 januari är en kopia från primärvården. Jourläkaren som ordinerade mixtur Haldol 2mg/ml 3 drp per telefon som engångsdos den 13 januari gäller inte vid händelsen. Sjuksköterskan framför att hon dokumenterat fel och att det ska stå 0,25 ml (5 droppar). Sjuksköterskan har således ändå givit läkemedel utan ordination och i för stor dos.

5. *vårdplaneringsärende MAS inom Carema hänvisar till verksamhetschef*

Kort beskrivning och kommentar från stadsdelens MAS Verksamheten vid Koppargården har en beskrivning och journalen en annan. Utgår från journalen. Sjuksköterskan gav inte läkemedel på grund av att anhörig inte ville detta. Sjuksköterskan tog upp det med läkaren två dagar senare och beslutade om vårdplanering den 14 oktober. Vid vårdplaneringen informerade läkaren om orsaken till läkemedelsbehandlingen (risk för personal och andra boende). Anhörig blev upprörd då läkaren informerade om detta. Dottern ville istället att annat läkemedel skulle sättas in. Läkaren meddelade dottern om att hon har rätt till second opinion. Vid vårdplaneringen beslutades det att personal får ha extra bevakning av patienten och den 9 december ordinerades x- vak från kl. 15.00 eller 16.00 till 20.00.

Kommentar från stadsdelens MAS Detta är ett mycket komplicerat ärende. Patienten ter sig mycket aggressivt och är otrygg. Detta ställer stora krav på personalen och dess kompetens. Patienten verkar även vara mycket kontaktsökande och i stort behov av närhet och trygghet. Patienten får mycket lugnande vid behovs läkemedel med risk för fall. Framkommer även att sjuksköterskan inte informerat anhörig om läkemedelsändringar eller när patienten vägrar ta sina läkemedel. Varför kontaktas inte BPSD teamet. Sjuksköterskan ska följa läkares ordinationer alternativt kontakta läkaren vid felaktigheter eller om patienten inte tar sina läkemedel.

6. *sjuksköterska kräver att läkare ska komma till Koppargården för att ringa anhörig och meddela att en patient är ESBL positiv.* MAS inom Carema säger sig ha informerat Trygg Hälsa per telefon och att avvikelsen skulle följas upp på samverkansmötet 11 oktober 2010. Sjuksköterskor och läkare bör på ett kommande samverkansmöte tillsammans följa upp och tydliggöra hur/när/vem som ska lämna besked till närstående.

Kommentar från stadsdelens MAS Verksamheten vid Koppargården ansvarar för hälso- och sjukvården. Denna uppgift var inte av akut karaktär och kan utföras av sjuksköterskan.

7. *Sjuksköterskan uppgett psykotiska symtom utan att det har förekommit* MAS inom Carema har påtalat vikten att följa upp rutinerna för medicinsk vårdplanering och läkemedelsgenomgång som vid behov ska planeras in tillsammans med patienten och eller eventuellt med närstående. Dokumenterade uppföljningar efter läkemedelsförändringar är också av stor vikt för att tillsammans säkra på bästa sätt för patienten.

Kommentar från stadsdelens MAS Utåtagerande patient som kan vara mycket aggressiv och hotfull. I journalen framgår patientens problem och svårighet att sova. Jouren ordinerade den 18 september mixt. Haldol 2 mg/ml 0,25 ml vid behov och nytt ställningstagande måndag. Läkaren ansåg att aktivitetsplan skulle upprättas så att han kommer i rätt dygnsrytm. Vid granskning av journalen framkommer en anteckning om att patienten vid något tillfälle hallucinerat och behöver läkemedel för detta. Kontakt med BPSD teamet kan även tas.

Redogörelse av avvikelser som stadsdelens MAS uppmärksammat vid journalgranskning

Ärenden lämnades till MAS inom Carema för utredning

1. Händelse inträffad 7 juli 2009. Nattpersonalen uppmärksammar vid blöjbyte att en ca 15 cm lång bit av en avklippt urinkateter sitter i urinröret på en patient. Personalen tar bort den och informerar sjuksköterskan. Sjuksköterskan sätter en ny urinkateter KAD. Av journalen framgår att KAD ska tas bort på avdelningen. Enhetschefen har i sitt yttrande meddelat att en personal av misstag klippt av KAD. Sjuksköterskan ansåg att hon inte behövde dokumentera sina åtgärder för att de var självklart att sätta ny kateter.
2. Händelse 18 december 2010 Sjuksköterska har upprättat journal två dagar innan planerad inflyttning och att hon hade satt på ett ID-band. Patienten flyttade till annat boende.
3. Händelse oktober- december 2010. Patient med svårsläkta sår på underben. Vårdplaner saknas. Sjuksköterskan har den 14 november 2010 dokumenterat att såren inte ser bra ut. Den 20 november har en annan sjuksköterska kontaktat jourläkare på grund av att patientens underben är svullet, blårott och något värmeökat. Patienten ser ut att vara smärtpåverkad men nekar. Antibiotika sätts in. Den 25 december framgår av journalen att såren är mycket djupa och att senan syns. Läkaren kontaktas inte utan först den 29 december i samband med rond informeras läkaren och remiss skickas till kirurg akuten. Patienten är mycket smärtpåverkad och får inj. Morfin innan omläggning av sår. Patienten hittas avliden 2 januari 2011. Enhetschefen har besvarat ärendet med att patienten hade svullna ben vid inflyttningen och fått vätskedrivande och därför gått ner i vikt. Initial riskbedömning (MNA) var 13 poäng därför gjordes ingen slutlig bedömning. Vikt följdes regelbundet.

Kommentar från stadsdelens MAS Sjuksköterskorna kan inte bara förlita sig på riskbedömningar. De måste även göra en kliniskbedömning och se till helheten. Vårdplaner för både nutrition och sår borde ha upprättats. Läkare kontaktades inte omgående.

Händelse inträffad 25 februari 2010. Patient hittas med en flaska diskmedel i munnen. Uppger att det smakar illa. Sjuksköterskan vidtar adekvata åtgärder och skickas in till S:T Görans sjukhus. Trots att verksamheten haft ett liknande fall tidigare så förvarades inte flytande medel inlåst. Sjuksköterskan har dokumenterat att dörrar till sköljrum och kök ska stängas om patienten inte har tillsyn. Enhetschefen svarar att de efter tidigare händelse monterat lås på alla skåp i badrum och informerat närstående att inte lämna rengöringsmedel framme. Chefen framför att det var anhörig som lämnat diskmedel framme.

Läkaren från Trygg Hälsa AB inkom september 2011 med en sammanställning av brister och observationer på Koppargården. Förvaltningen begärde omedelbart ett möte med verksamhetschefen inom Trygg Hälsa. Vid detta möte beslutades att läkarorganisationen skulle skicka några individärenden till stadsdelens MAS för utredning av MAS inom Carema Care. Redovisning av uppföljda och utredda individärenden inkom 25 oktober. Hanteringen av de 31 granskade ärendena innebar att 13 ärenden har hanterats som avvikelser med dokumenterad uppföljning. Tio ärenden har följts upp med internutredningar och 8 dödsfall har följts upp genom journalgranskning. Ett ärende var anmält enligt Lex Maria juli 2011, ett ärende påbörjades 10 oktober 2011 och ett ärende pågår och kommer att anmälas enligt Lex Maria.

Slutlig sammanfattning enligt MAS bedömning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lättillgänglig, bygga på

respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. För att det ska uppnås ska det finnas den personal och med lämplig kompetens och de resurser som krävs för uppdraget.

På Koppargården har det sedan övertagandet varit en stor personalomsättning bland sjuksköterskor (23 kända), såväl i samband med och efter övertagande av verksamheten, men även sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Även personalomsättningen på chefer (8) har varit omfattande. Detta påverkar patientsäkerheten i hög grad.

MAS har vid upprepade tillfällen sedan den 8 oktober 2010 genomfört tillsynsbesök på Koppargården, som då visade på stor brist av skydds- och hygienutrustning som handsprit, handskar, engångsförkläden etc. som personalen behöver för att följa basala hygienrutiner och förhindra smitt- och smittspridning, inkontinensskydd, låg personalbemanning på demensboende och sjuksköterskor. MAS har därefter följt bemanningen vid upprepade tillfällen.

Bemanningen av sjuksköterskor har vid alla dessa tillfällen varit nästan halverad sedan verksamheten drevs i kommunal regi och legat på ungefär samma nivå, dvs. en sjuksköterska som arbetar dagtid och två sjuksköterskor på vardagar. Kvällstid har en sjuksköterska kopplats mellan två eller tre avdelningar och ibland redan klockan 14.00. Vid besöket i september 2011 var det fler sjuksköterskor i tjänst på plan 1-6 däremot var det totala antalet tjänster i stort sett oförändrat. En ny organisation fastställdes till den 1 oktober som kommer att innebära att Koppargårdens 8 plan kommer att delas in i 4 enheter med 6 chefer per enhet och en förändrad personaltäthet på sjuksköterskor.

Carema Care har gjort en del förbättringar inom flera områden sedan övertagandet, men det finns också allvarliga brister. MAS finner inte någon större motsägelse med vad som MAS inom Carema Care sett i samband med granskningen av vården. Det finns utarbetade rutiner som måste förankras och följas av personalen så att alla vet vad som gäller för att förhindra vårdskador. MAS har dock en uppfattning om att det råder en del oklarheter på vissa avdelningar om ansvarsförhållanden och om rutiner för när läkare ska kontaktas. Överenskommelse avseende läkarsamverkan finns, men rutiner för hur samverkan ska gå till när det gäller anhörigkontakter, när läkare ska delta i vårdplanering, förberedelser inför "rondarbete" tycks inte vara kända av alla men fungerar enligt uppgift bra på vissa avdelningar. Sjuksköterskan är läkarens förlängda arm och ska utföra de ordinationer som ordinerats, göra egna bedömningar, förbereda inför läkarbesök samt kontakta läkaren vid behov etc.

Vid uppföljningen september 2011 framkom att vissa kvarstående brister åtgärdats inom läkemedelsområdet, delegeringar, riskbedömningar, handledning till personal som arbetar med dementa.

Inom området hygien har förråden strukturerats upp och innehöll vid besöket skydds- och hygienutrustning. Dokumentationen har som helhet förbättrats sedan 2008, då systemet var nytt och under utveckling. Vissa journaler var bra medan andra behövde utvecklas. De brister som kvarstod eller pågick var följsamhet till gällande avtal för centralt läkemedelsförråd och hantering av privata läkemedel samt att verksamheten även hade bunkrat läkemedel, dropp etc. i ett källarförråd, fullständig rapportering av avvikelser med orsak, åtgärder och avslut i VODOK, vårdplanering och vårdplaner, övrig journalföring och epikriser, utveckling av den palliativa vården vid vård i livets slut och uppräta vårdplaner, smärtbedömningar, inkontinensutredning. Rutiner och överenskommelse avseende samverkan med läkarorganisationen behöver också förtydligas så att alla sjuksköterskor har

samma förväntningar på vad som är läkarens uppdrag och deras ansvar. För vissa avdelningar är detta helt klart vilket framkom i samband med uppföljningen.

MAS bedömning är att det kvarstår vissa allvarliga risker avseende patientsäkerheten. Organisation, ledning, struktur, personalresurser och utrustning är det basala för att ge en god och säker vård med god hygienisk standard. Enligt de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen så ska det finnas den personal och med lämplig kompetens och de resurser som krävs för uppdraget. Detta innebär även att det ska vara god kontinuitet och att personalen inte ska flyttas runt på olika avdelningar. Detta påverkar kvalitén och säkerheten på flera olika sätt och innebär också dubbelarbete för t ex sjuksköterskor som måste skriva om delegeringar, okunskap om patienter och personal, dokumentera i patienternas journaler om ändrat ansvar etc. Vidare ska vårdplanering göras på alla och fullständiga vårdplaner ska upprättas med en beskrivning av planerade och utförda åtgärder samt uppföljning, kontakta läkare vid fallolyckor och andra förändringar i patienters hälsotillstånd som kan innebära t ex. medicinska insatser i någon form. MAS ser också allvarligt på den situation som uppstått på Koppargården. Patientsäkerheten kan påverkas av det arbetsklimatet som uppstår när olika skrivelser upprättas som personal uppmanas att skriva på trots att alla inte delar samma uppfattning.
