

Verksamhetsuppföljning inom äldreomsorg; särskilt boende samt dagverksamhet 2023

Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av vårdgivare inom äldreomsorg; Görjansängen, Vårdbo, Enebacken, Solskiftet, Smedbygården, Kantarellvägen, Muskötvägen, Norrgårdshöjden och Villa Näs.

Metoder för uppföljning av hälso- och sjukvård

Följande metoder används för uppföljning av vårdgivare 2023:

- Uppföljningsmöten med vårdgivaren och huvudmannens MAS och MAR.

Vi har varit på platsbesök hos samtliga vårdgivare. Verksamhetsuppföljningarna har till viss del följts upp tillsammans med sakkunnig inom äldreomsorg.

- Annonserade samt oannonserade besök hos vårdgivare.

Vi har varit på annonserade årliga verksamhetsuppföljningar. Däremellan har vi varit på oannonserade riktade granskningar i verksamheter där MAS/MAR/sakkunnig går tillsammans, beroende på granskningens inriktning.

- MAS deltar vid extern läkemedelsgranskning av apotek.

Extern läkemedelsgranskning sker en gång per år. Granskningsprotokoll skrivs av apotekare, vårdgivaren får sedan upprätta en handlingsplan som ska vara kommunen tillhanda inom 1 månad.

- MAS deltar vid hygienronder utförda av Vårdhygien

Görjansängen, Vårdbo, Enebacken, Norrgårdshöjden och Villa Näs har genomfört hygienronder i år. Handlingsplaner upprättas utifrån hygienrondsprotokoll som ska vara kommunen tillhanda inom 1 månad.

- Granskning av begärda handlingar såsom patientsäkerhetsberättelse, lokala rutiner, handlingsplaner, egenkontroller etc.

Under år 2023 så är det de handlingsplaner som upprättats utifrån de brister som framkom vid granskning år 2022 som varit i fokus för årets verksamhetsuppföljning.

Granskning år 2022 utgick från kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) som har använts under många år här i kommunen vid verksamhetsuppföljning.

Resultat av verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvård

Samverkan och informationsöverföring

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för hur och när personalen ska få kontakt med ansvarig sjuksköterska dygnet runt samt med övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ska ha information om patientens samtliga kontakter med hälso- och sjukvård om samtycke finns.

Telefonnummer till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska uppdateras kontinuerligt.

Läkarinsatser på säbo ansvarar regionen för och det finns i nuläget tre utförare; Capio Legevisitten, Familjeläkarna och Geriatrikspecialisten.

- Samtliga vårdgivare har gemensam samverkansöverenskommelse med läkarorganisation utifrån de krav som finns ställda från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att tydliggöra vårdgivaransvaret. Samverkansöverenskommelsen uppdateras årligen

- De vårdgivare som har Capio Legevisitten har tillgång till läsbehörighet i Take Care, det journalsystem som läkarna använder, vilket innebär Smedbygården, Solskiftet, Kantarellvägen, Norrgårdshöjden, Vårdbo och Görjansängen
- De vårdgivare som har Familjeläkarna eller Geriatrikspecialisten; Muskötvägen och Enebacken, respektive Geriatrikspecialisten, har ej tillgång till läsbehörighet i Take Care, men frågan är under utredning och förhoppningsvis kommer det införas i början av 2024.
- Vårdgivare som ej har tillgång till Take Care i nuläget har läsbehörighet till NPÖ (Nationell patientöversikt). NPÖ innehåller dock begränsat med information
- Samtliga vårdgivare är väl förtrodda med Pascal, en webbaserad tjänst för förskrivning av läkemedel
- Vårdgivarna är bemannade med sjuksköterska på plats dagtid måndag-fredag eller dagtid måndag-söndag utifrån de avtal som finns till grund. Avtal finns med underleverantörer gällande jour-sjuksköterskor övrig tid. Vårdgivarna ansvarar för att underleverantör uppfyller minst de krav som finns i kommunens avtal med verksamheten. Enebacken har sjuksköterska dygnet runt. Samverkan med underleverantörerna fungerar bra och det finns väl utarbetade rutiner för informationsöverföring
- Omvårdnadspersonal har kunskap om hur de ska kontakta sjuksköterska dygnet runt samt arbetsterapeut eller fysioterapeut under dagtid
- Mängden bemanningen med arbetsterapeut och fysioterapeut varierar mellan de olika vårdgivarna. Enebacken, Norrgårdshöjden och Muskötvägen har rehabpersonal på plats i verksamheten måndag-fredag. Hos de övriga vårdgivarna finns rehabpersonal på plats någon eller några dagar per veckav
 - Villa Näs har avtal med Klara Rehab för utförande av rehabinsatser och Solskiftet, Vårdbo och Kantarellvägen har Attendos mobila rehabteam som utför rehabinsatser
 - All rehabpersonal uppger att de är tillgängliga på telefon och e-post när de inte är på plats och kan komma ut på fysiskt besök i verksamheterna vid brådskande behov

Vid uppföljning 2022 framkom att Enebacken och Vårdbo inte kände till det hälso- och sjukvårdsansvar de har gällande dagverksamheterna. Under året har Vårdbo och Enebacken skrivit nya lokala rutiner gällande hälso- och sjukvårdsansvaret på dagverksamheterna. Samtliga individer ska ha hälso- och sjukvårdsjournaler upprättade. Sjuksköterska samt rehabpersonal ska göra inskrivning utifrån sin kompetens och göra en första bedömning av individens hälsostatus och hälso- och sjukvårdsbehov på dagverksamheten.

- Vårdbo har implementerat den nya hälso- och sjukvårdsrutinen och de individer som är inskrivna på dagverksamheten har en hälso- och sjukvårdsjournal och har fått inskrivning av sjuksköterskor och rehabpersonal
- På Enebacken är den nya hälso- och sjukvårdsrutinen inte implementerad, hälso- och sjukvårdsjournaler inte upprättade mer än för några enstaka individer och de som är upprättade innehåller inte tillräckligt med information. Inskrivning och bedömning är inte gjord. Åtgärdas omgående

Läkemedelshantering

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering bör göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. Huvudprincipen vad gäller läkemedelshantering är att den enskilde så långt som möjligt har ansvar för sin egen medicinering.

- Vårdgivarna har generellt väl inarbetade rutiner när det gäller läkemedelshantering

- Extern läkemedelsgranskning görs årligen av apotekare. Samtliga vårdgivare har genomfört årets granskning. Utifrån läkemedelsgranskning görs en handlingsplan som informeras huvudmannens MAS inom 1 månad. Uppföljning görs av apotekare året efter, men om det är allvarigare brister gör huvudmannens MAS extra uppföljningar för att säkerställa att åtgärder är vidtagna
- Egenkontroller som narkotikaräkning, kontroller i sjuksköterskornas läkemedelsrum och boendes läkemedelsskåp samt kontroller av signeringslistor vad gäller givna läkemedel fungerar i stort sett bra. Omvårdnadspersonal är generellt bra på att skriva avvikelser vad gäller läkemedelshantering
- Digital signering har minskat på antalet läkemedelsavvikelser, då personal får en påminnelse i sin telefon när det är tid att ge läkemedel. Om detta inte utförs inom en viss tidsangivelse kommer larm gå till sjuksköterska. Sjuksköterskan kan själv justera vilket tidsintervall som gäller för olika läkemedel
- Digitala signeringsapparna ger även möjlighet för vårdgivaren att lätt utföra egenkontroller genom den statistik som går att ta fram. Görjansängen arbetar aktivt med detta och har väl utvecklade reservrutiner om appen inte fungerar
- Enebacken hade vid 2022 års granskning mer omfattande och allvarliga brister, både i läkemedelsrummet där läkemedel hanteras av sjuksköterskor, men också ute i patientskåpen. De brister som fanns kunde härledas till att sjuksköterskorna var kraftigt underbemannade. Under 2023 har de allvarligaste bristerna åtgärdats. Då vårdgivaren har många nyanställda sjuksköterskor så kommer vårdgivaren satsa på utbildning på plats av sjuksköterskorna utifrån läkemedelsföreskriften
- Vid apotekets granskning av Kantarellvägen 2023, framkom det att de rutiner som finns gällande läkemedelshantering behöver uppdateras, det saknas reservrutiner om den digitala signeringsappen inte fungerar, narkotikajournaler var bristfälligt ifyllda osv. Då brister var mer omfattande kommer denna handlingsplan följas upp regelbundet av huvudmannens MAS

Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Delegeringar inom rehabiliteringsområdet är inte reglerade i författningar utan arbetsterapeuter och fysioterapeuter måste själva identifiera vad som är yrkesspecifika uppgifter utifrån formell kompetens. En bedömning måste göras vad som är möjligt/lämpligt att delegera utifrån.

- Inom rehabiliteringsområdet angav arbetsterapeut och fysioterapeut i samtliga av de besökta verksamheterna att de sällan använder delegering och när det används så handlar det om specifika hjälpmedel eller uppgifter som kräver särskild kompetens och utbildning, som till exempel kontrakturprofylax, handortoser och hostmaskiner
- Rehabpersonalen använder sig ofta av ordinationer utan delegering till omvårdnadspersonal. Det är hälso- och sjukvårdsåtgärder som syftar till att påverka den enskildes hälsotillstånd och det kan till exempel vara gångträning, mobilisering, enklare andningsträning samt handhavande av proteser och handortoser av enklare slag

Enligt QUSTA bör en sjuksköterska ansvara för maximalt 20-30 delegeringar, för att vara en rimlig arbetsmängd och för att kunna utbilda och följa upp delegeringar utifrån de lagkrav som

finns kring delegeringsprocessen. De har god kunskap om omvårdnadspersonalen kan ta emot en delegering.. När en sjuksköterska avslutar sin anställning upphör också delegeringen att gälla.

- Enebacken hade 2022 omfattande brister vad gäller delegering. Handlingsplan upprättades, utbildning har skett och delegeringar har fördelats på samtliga sjuksköterskor. Nu ansvarar sjuksköterskorna för att delegera för de patienter sjuksköterskan är OAS (omvårdnadsansvarig sjuksköterska) för. Nattsjuksköterska delegerar till nattpersonal. Det saknas fortfarande en bra struktur vad gäller delegeringsprocessen, utbildningarna kan skilja sig åt beroende på vilken sjuksköterska som utbildar, då det är oklart vilket utbildningsmaterial som ska användas. På grund av hög omsättning av sjuksköterskor så finns delegeringar som inte hunnit förnyats därmed ej är giltiga. Vårdgivaren måste säkerställa att nya sjuksköterskor får en bra introduktion gällande delegeringsprocessen, då många sjuksköterskor som kommer från t.ex. slutenvård aldrig har delegerat arbetsuppgifter. Handlingsplan kvarstår delvis.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Lokala rutiner för avvikelshantering och risk- och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas hos vårdgivaren. Risk för negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata utvecklingsåtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Utvecklingsåtgärder ska återkopplas till personalen. Vid risk för allvarlig vårdskada ska alltid MAS/MAR kontaktas senast vardagen efter att händelsen inträffat. Synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård ska i första hand hanteras av vårdgivaren, i andra hand av Patientnämnden.

I syfte att förbättra patientsäkerhetsarbetet på individ- samt verksamhetsnivå används kvalitetsregister som t.ex. Senior Alert, Palliativregistret och BPSD. De olika registren är till för att både förebygga och åtgärda ohälsa hos individen, men ger också statistiska underlag för vårdgivaren att kunna se inom vilka områden de behöver förbättra sig på verksamhetsnivå. Eftersom dessa kvalitetsregister inte är en del av patientens journal, så måste bedömningar, åtgärder etc. även dokumenteras i journalen.

Senior Alert är ett vårdpreventivt kvalitetsregister som syftar till att minska risken för äldre att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

- Alla vårdgivare har bra skriftliga rutiner för systematiskt patientsäkerhetsarbete vad gäller risk- och händelseanalys, avvikelshantering samt lex Maria
- Det är få allvarliga händelser av sådan allvarlig art så det behöver utredas och eventuellt anmälas till IVO som Lex Maria. Vårdgivarna är bra på att kontakta huvudmannens MAS direkt sådan händelse uppstår, vanligen första vardagen efter kännedom
- Enebacken har under 2023 haft några avvikelser som är av mer allvarlig karaktär men som ej har avvikelshanterats på korrekt sätt. När huvudmannens MAS får kännedom om detta tas kontakt direkt med verksamhetschef som får sätta igång en utredning och återrapportera snarast
- Det finns förbättringspotential vad gäller att skriva mer utförliga avvikelserrapporter samt att förbättra återkoppling till omvårdnadspersonal samt patienter/anhöriga inom vissa verksamheter. Det kan även skilja sig åt mellan olika enheter inom samma verksamhet. Många avvikelser vad gäller HSL rör läkemedel. De digitala signeringsapparna gör det möjligt att följa upp väldigt snabbt om något har missats. Dock är det viktigt att göra stickkontroller i t.ex. patientskåp, då vårdgivarna har noterat att det händer att läkemedel

har signerats i appen, men sedan inte givits. Signering ska ske efter att patienten har intagit sina läkemedel

- På Enebacken har de fortsatta problem med sin avvikelshantering. Detta har flera orsaker; bristande ledarskap, bristande följsamhet till rutiner, utbildad personal samt svårigheter med att behärska det svenska språket. Under våren 2024 kommer Enebacken att införa Sekoia som nytt journalsystem, vilket Enebacken tror kommer att säkerställa en bättre avvikelshantering
- Enebacken har under 2023 haft några avvikelser som är av mer allvarig karaktär men som ej har avvikelshanterats på korrekt sätt. När huvudmannens MAS får kännedom om detta tas kontakt direkt med verksamhetschef som får sätta igång en utredning och återrapportera snarast
- Vårdgivarna behöver utveckla sitt arbete med Senior Alert så att målvärdena uppfylls. De behöver också bli bättre på att använda statistiken i Senior Alert för att arbeta mer med verksamhetsövergripande utvecklingsarbete. Sjuksköterskorna har tillgång till systemet och registrerar, men det bygger på teamarbete och ingår som en del av de teammöten vårdgivarna har. Statistik nedan är från 2024-01-10. Grön markering är godkänd nivå: 75-100 % genomförda mätningar i rätt tid. Orange markering är icke godkänd nivå: 25-74 % genomförda mätningar i rätt tid. För att se om utförda åtgärder är utförda eller inte, så måste det kontrolleras gentemot patientens journal.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhalsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Österåkers kommun	415	97% 682 av 700	88% 598 av 682	96% 653 av 682	61% 398 av 635	75 57 personer	180 personer	171 78 personer	264 personer	▼
Ambea Villa Näs Ambea	44	94% 64 av 68	69% 44 av 64	77% 49 av 64	26% 11 av 42	10 5 personer	25 personer	15 10 personer	29 personer	▼
Attendo Kantarellvägen Attendo Sverige AB	33	100% 64 av 64	92% 59 av 64	100% 64 av 64	91% 40 av 44	6 5 personer	10 personer	0 0 personer	15 personer	▼
Attendo Solskiftet Attendo Sverige AB	29	98% 55 av 56	95% 52 av 55	100% 55 av 55	100% 45 av 45	0 0 personer	8 personer	15 7 personer	23 personer	▼
Enebackens vård och omsorgsboende Temabo AB	78	98% 118 av 120	84% 99 av 118	97% 115 av 118	50% 63 av 129	17 15 personer	41 personer	6 4 personer	54 personer	▼
Humana Norrgårdshöjden Humana Omsorg AB	60	96% 91 av 95	92% 84 av 91	98% 89 av 91	42% 30 av 72	4 4 personer	22 personer	63 24 personer	54 personer	▼
Särskilt boende Ljusterö	8	100% 8 av 8	25% 2 av 8	88% 7 av 8	100% 1 av 1	2 2 personer	3 personer	0 0 personer	0 personer	▼
Åkersberga Muskötvägen 25 Förenade care Förenade Care	79	100% 81 av 81	93% 75 av 81	95% 77 av 81	42% 30 av 72	17 14 personer	32 personer	40 23 personer	26 personer	▼
Åkersberga Smedbygården Redolians	64	98% 164 av 167	94% 154 av 164	98% 161 av 164	67% 132 av 196	8 8 personer	26 personer	0 0 personer	42 personer	▼
Åkersberga Vårdbo Attendo Sverige AB	28	90% 37 av 41	78% 29 av 37	97% 36 av 37	94% 32 av 34	11 7 personer	14 personer	32 10 personer	21 personer	▼

Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdgivaren ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning hos vårdgivaren och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmedel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Medicintekniska produkter delas in i tre grupper:

Medicinteknisk utrustning (MTU): Sittvåg, blodsockermätare, inhalator, Hb-apparat, infusionspump, sterilisator, sug, TNS-apparat, ventilator, oxygen (syrgas) koncentrator, oxygenflaska, EKG-apparat.

Arbetssteknisk utrustning: elsängar, mobila personlyftar, taklyftar, duschstolar, lyftselar.

Individuellt utprovade hjälpmedel: förebyggande och behandlande madrasser, rullstol, gånghjälpmedel, synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, kommunikationshjälpmedel, förbrukningsartiklar som används vid urininkontinens, urinretention och tarminkontinens.

- Samtliga vårdgivare har lokala rutiner för medicintekniska produkter
- På Solskiftet framkommer det att det finns brister i följsamhet hos omvårdnadspersonal gällande instruktioner och handhavande av medicintekniska produkter. Dessa brister finns i handlingsplanen från förra uppföljningen och enligt verksamheten så har de under året gjort satsningar på att ge utbildning till omvårdnadspersonalen i handhavande av medicintekniska produkter men brister kvarstår
- Vårdgivarna har varsin bladderscanner. Detta innebär att när en patient har symtom på urinstämma, kan sjuksköterska göra bedömning på plats i istället för att skicka in patienten till sjukhus

Hygien

För att uppfylla kravet på god hygienisk standard behöver vårdgivaren ha tillgång till vårdhygienisk expertis som följer upp vårdgivarens egenkontroller, utför hygienronder och stödjer vid smittutbrott. Alla vårdgivare utom Smedbygården har ett avtal med Vårdhygien som ansvarar för det arbetet gentemot säbo inom regionen.

All personal ska arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamhet ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras. Samtliga vårdgivare har lokala rutiner vad gäller vårdhygien. De ska följa de riktlinjer som utarbetats för kommunal omsorg av Vårdhygien samt Smittskydd.

- Smedbygården har tidigare endast utfört egenkontroller internt. Från 1 januari 2024 har de ett avtal med Vårdhygien
- Ambitionen var alla vårdgivare som inte har en aktuell handlingsplan från Vårdhygien, ska skulle genomföra en hygienrond under 2023. Vårdhygien har inte riktigt hunnit med, Muskötvägen och Smedbygården kvarstår. Görjansängen, Vårdbo, Enebacken, Norrgårdshöjden och Villa Näs har genomfört hygienronder Enebacken fick omfattande kritik från Vårdhygien. Handlingsplan är under upprättande
- Äldre verksamheter, som t.ex. Vårdbo, Enebacken och Solskiftet har svårt att uppnå de krav som finns utifrån vårdhygienisk standard. Förråd, läkemedelsrum och sköljrum är för små för att utföra ett korrekt hygieniskt arbete. T.ex. skulle samtliga verksamheter behöva ha disk- och spoldesinfektor, men rördragning och utrymmesbrist gör det svårt. Köken i äldre verksamheter är inte byggda korrekt utifrån de vårdhygienkrav som finns idag, där köket bl.a. ska kunna stängas, endast personal ska kunna vistas i de utrymmena
- Vårdgivarna har handlingsplaner från Vårdhygien som huvudmannens MAS följer upp att förbättringsarbetet fortlöper
- Vårdgivarna har egenkontroller i sitt årshjul för uppföljning av basala hygienrutiner.

Rehabilitering

Den enskilde ska få hjälp av arbetsterapeut och fysioterapeut, att träna för att upprätthålla befintliga psykiska och fysiska funktioner. Genom rehabiliteringsinsatserna ska individen efter behov och möjligheter behålla eller förbättra sin funktionsnivå. Målet med insatserna ska vara att individen ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt med hänsyn till vars och ens förmåga. Det rehabiliteringsansvar som åligger vårdgivaren är också att utifrån den av regionen eventuellt påbörjade rehabiliteringen planera, tillhandahålla och följa upp rehabiliteringsinsatser. Även för individen som före vistelsen påbörjat rehabilitering i annat boende ska uppföljning och samarbete göras av tidigare funktionsbevarande/funktionshöjande insatser. Vid inflyttning till särskilt boende ska minst bedömning av funktionsförmåga inom personlig vård (ADL) ingå.

- Arbetsterapeut och fysioterapeut upprättar ADL (aktiviteter i dagliga livet) och förflyttningsstatus vid inflyttning till särskilt boende. Via teammöten eller då omvårdnadspersonalen tar kontakt får de information om att individens behov har förändrats i funktion- eller aktivitetsförmåga. Arbetsterapeut och fysioterapeut genomför specifika tidsbegränsade funktionshöjande insatser vid tex. skada, utprovning och uppföljning av individuella insatser. Det rehabiliterande arbetssättet, som stödjer de äldres funktionsförmåga och tillvaratar individernas egna resurser, är något som all personal behöver ha kunskap om och arbeta efter. Arbetsterapeut och fysioterapeut har en viktig roll som handledare i rehabiliterande arbetssätt. Det är vårdgivaren som ansvarar för att samtlig vård- och omvårdnadspersonal ges utbildning och handledning i ergonomi, förflyttningsteknik, hjälpmedel och rehabiliterande arbetssätt. På de besökta boenden är det arbetsterapeut eller fysioterapeut som ansvarar för att handleda och utbilda omvårdnadspersonalen i ergonomi, förflyttningsteknik, användande av hjälpmedel och i rehabiliterande arbetssätt

I avtal med kommunens verksamheter så krävs det att arbetsterapeut och fysioterapeut ska finnas fysiskt i verksamheten i sådan omfattning att tid finns för både förebyggande och rehabiliterande insatser.

- I de besökta verksamheterna genomförs förebyggande rehabinsatser i form av bland annat teamarbete, gymnastikgrupper, gång- och balansträning, trycksårsförebyggande, aktivitetsbalans, fallpreventionsarbete, vardagsrehabilitering samt att handleda och utbilda personal i rehabiliterande arbetssätt, fallprevention mm
- Enebacken har under en lång period haft en bemanning av arbetsterapeut och fysioterapeut som har varit otillräcklig för den verksamhet som bedrivs på Enebacken. Avtalet utgår från att bemanningen är anpassad utifrån att verksamheten driver ett särskilt boende. År 2018 flyttades korttidsboende för somatik samt demens till Enebacken. Korttidsboende och växelvård ställer högre krav på täthet vad gäller bemanning då rehabiliteringsinsatserna är större. Verksamheten har en relativt hög omsättning-gällande-arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På grund av rekryterings svårigheter har de periodvis använt arbetsterapeut- och fysioterapeutkonsulter. Under året som har varit har rehabpersonalen arbetat med den handlingsplan som blev resultatet efter förra årets uppföljning. Åtgärder har vidtagits gällande att implementera rutiner och skapa struktur i arbetet. Rehabpersonal uppger att de har svårt att hinna med att följa upp sina insatser på grund av hög arbetsbelastning.

I det nya avtalet som träder i kraft i juni 2024 så kommer antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter öka till fyra årsarbetare och därmed vara anpassat till behovet av rehabpersonal på Enebacken

- Smedbygården har inte haft en arbetsterapeut i sådan omfattning som kvalitetskraven för vård och omsorg kräver vilket resulterade i en handlingsplan. Smedbygården har under året anställt en arbetsterapeut och uppföljningen visar att åtgärder har vidtagits gällande att upprätta rutiner för arbetsterapeutens ansvarsområde, göra arbetsterapeutiska bedömningar på brukarna som bor på Smedbygården samt att upprätta vårdplaner

Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska finnas hos vårdgivaren. Vårdgivaren ska ha lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella begränsnings- och skyddsåtgärder.

Solskiftet och Görjansängen är ett särskilt boende med somatisk inriktning och arbetar därför inte med BPSD-registret. Det är svårt att upprätthålla arbete med BPSD-registret, då personal byter arbetsplats så förloras kompetensen. Det är svårt med utbildningsmöjligheter då det finns få utbildare i Stockholmsområdet. I kommuner där det arbetas aktivt med detta, så ingår det vanligen i demenssköterskans eller anhörigstöds arbetsuppgift att utbilda och stödja vårdgivare oavsett regiform.

- Silviacertifiering av verksamheter ökar kunskapen kring demens och förbättrat bemötandet enligt personal. De flesta verksamheter har ett pågående arbete med Silviacertifiering. Villa Näs och Smedbygården önskar inte delta i denna satsning. Enebacken påbörjar sin utbildning med start januari 2024
- Läkarorganisationerna Capio Legevisitten och Familjeläkarna är Silviacertifierade.
- Vårdgivarna har kommit igång med arbetet av BPSD-registret i olika hög grad. En del arbetar med det aktivt, en del är i utbildnings- och implementeringsfas. Enebacken kommer under våren 2024 utbilda personal inom BPSD och registret
- Enebacken saknar en lokal rutin för införande av begränsningsåtgärder

Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal (HSL-journal) så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.

Fysioterapeut och arbetsterapeut ska upprätta en rehabiliteringsplan eller motsvarande, samt vara delaktiga i framtagandet av en genomförandeplan för individen.

- Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut upprättar rehab. plan/hälsoplan där aktivitet i dagliga livet (ADL) och förflyttningsbedömning ingår. De är inte delaktiga i framtagande av genomförandeplan men delaktiga i framtagandet av behoven som sedan skrivs in i genomförandeplanen
- Följsamhet till rutiner ska säkerställas och bör vara en del av vårdgivarnas egenkontroll. Granskning sker fördelaktigt gärna i grupp och ska i så stor utsträckning som möjligt göras av personal som är delaktiga i patientens vård. Detta för att säkerställa dokumentationen, finna förbättringsområden och kvalitetsutveckling för att säkra en god och säker vård. Kollegial granskning sker oftast mellan sjuksköterskor, men inom rehab inte alls. Om det finns tillgång till intern MAR bör det förslagsvis vara denne som utför granskning av rehabpersonal
- Enligt den interna journalgranskning som vårdgivarna gör är journalföringen god (godkänd nivå brukar vara ca 95 % rätt utifrån företagens granskningsmall. På Enebacken

var resultatet 33 %. Det saknades namn på omvårdnadsansvarig ssk samt rehabpersonal, samtycken saknades, riskbedömningar var inte uppdaterade inom tidsram för 6 mån, ansvarig läkare saknas mm. Sjuksköterskorna har ej gjort vårdplaner i den omfattning som skulle behöva göras, samt har av tidsbrist inte följt upp och utvärderat de vårdplaner som finns. Handlingsplan upprättas

Fallprevention

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande arbete. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med patient. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska avvikelshanteras och analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Hos vårdgivare där de har rehabiliteringspersonal på plats varje vardag har de större möjlighet att delta i omvårdnadssituationer och praktiskt kunna gå in och t.ex. se hur omvårdnadspersonal arbetar med förflyttningar. De kan då säkerställa att förflyttningshjälpmedel används på korrekt sätt samt att personal arbetar ergonomiskt.

- Tvärprofessionellt förebyggande arbete pågår hos samtliga vårdgivare. En uppbyggd struktur med tvärprofessionella teammöten som sker veckovis förekommer i de flesta verksamheter
- Enebacken har teammöte var fjärde vecka på särskilt boende. Vid uppföljningen framkommer det att det finns brister i det tvärprofessionella teamarbetet gällande fallprevention samt brister i följsamhet hos omvårdnadspersonal gällande att skriva fallavvikelser

Trycksår

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Goda kunskaper och bra förebyggande arbete vad gäller trycksår. Det är få trycksår hos vårdgivarna och vanligen uppkommer de i hemmet eller på sjukhus. Det finns också patienter som motsätter sig behandling med behandlande madrasser av olika skäl, vilket fördröjer sårsläkningen eller kan förvärra trycksåret. Vårdgivarna har tillgång till förebyggande och behandlande madrasser inom 24 timmar om det behöver beställas. Vissa vårdgivare har förråd som gör det möjligt att kunna sätta in direkt vid behov.

Nutrition

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring men även viktuppgång. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga undernäring.

Den 1 november 2022 började en ny föreskrift från Socialstyrelsen att gälla, HSLF-FS 2022:49 om förebyggande av och behandling vid undernäring. I den nya föreskriften har det kommit krav

på att verksamheter, oavsett regiform, har ansvar för att ha rutiner för hur undernäring ska förebyggas, hur risker för undernäring ska upptäckas och när och hur hälso- och sjukvård ska kontaktas för bedömning. Tidigare låg detta ansvar på nämnden.

I den nya föreskriften har det också tillkommit krav på att verksamheter ska ha rutiner för hur och när riskbedömningar ska göras.

- Vårdgivare har nattfastemätningar minst två gånger per år för att säkerställa att nattfasta inte överstiger 11 h. Resultaten är generellt bra, men ibland kan det finnas enheter hos en vårdgivare där resultaten är sämre. Vårdgivarna ska vid resultat över 11 h nattfasta göra en analys av resultaten. Ibland behöver vårdgivaren göra åtgärder vad gäller rutiner för t.ex. kvällsmål eller tidigt morgonmål innan frukost, för de som går upp sent. Ibland kan det bero på patienter som tackar nej
- Dietist används i väldigt liten omfattning idag på säbo, trots att rapporter från t.ex. Socialstyrelsen visar på att risk för undernäring/undernäring är vanlig hos äldre. Dietisten finns oftast på avrop centralt hos vårdgivaren och kan kontaktas vid behov för rådgivning men sällan för individuella bedömningar
- Kompetensutveckling vad gäller både omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor behövs. Alla vårdgivare kommer att gå ÅtUp-utbildning, vilken inriktar sig främst till omvårdnadspersonal
- På Enebacken framkommer det under 2022 det att det saknas nutritionstatus och vårdplaner, trots att personalen märkt att individer gått ned i vikt och många har bott där under längre tid. Sjuksköterskorna hinner inte med sitt arbete. Kommunen ställde då som krav i en särskild handlingsplan att en konsultdietist tas in för att göra en kartläggning av nutritionsarbetet på Enebacken, samt att det görs bedömning på individnivå på samtliga boende i verksamheten. MAS har haft löpande kontakt med dietisten som avslutade sitt uppdrag i maj 2023. Utbildningsinsatser gjordes, mätningar av nattfasta, genomgång av rutiner, individuella bedömningar gjordes, ändringar av kostordinationer mm. Trots de insatser som gjort så kvarstår problem än idag med för lång nattfasta, ända upp till 17 timmar. Vårdgivaren får krav på sig att akut sätta in åtgärder vilket följs regelbundet
- Enebacken har i sitt nya avtal från 1 juni 2024 förtydligande krav på dietistens funktion och att följa det nationella kunskapsstödet från Socialstyrelsen för att förebygga och behandla undernäring

Mun- och tandvård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Patienter ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Region Stockholm. Det finns tydliga samverkanrutiner för uppsökande verksamhet, utbildning och tandvård via StorSthlm. Under covid-19 var det uppehåll med detta i samband med restriktioner vad gäller besök i verksamheter.

Munstatus samt vårdplan bör göras i samband med inflytt och vid behov, vilket även registreras i Senior Alert. Vårdgivaren bör använda statistiken i Symfoni (tandvårdssystem för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård) för förbättringsarbete.

- Vid detta års granskning gjordes vi en särskild genomgång av den statistik som Distriktstandvården för in i ett system som heter Symfoni. Distriktstandvården för in uppgifter utifrån de munhälsobedömningar de gör på samtliga patienter som tackat ja till det. Resultatet i Österåker vad gäller munhygien är sämre än länsnittet, där ca 25 % har dålig eller mycket dålig munhygien. Övriga 75 % har en acceptabel eller god munhygien.

- De vårdgivare som ligger sämre till än länssnittet har fått krav på särskilda handlingsplaner, vilket innebär; Smedbygården,, Muskötvägen, Enebacken, Solskiftet, Kantarellvägen, Norrgårdshöjden och Villa Näs. Vårdbo och Görjansängen låg under riksgenomsnittet förra året, men har gjort ett gediget arbete under året och fått fina resultat av arbetet. Smedbygården ligger något över länssnittet, men är den enda vårdgivaren inom kommunen med enbart patienter med demens, vilket försvårar en god munhygien.

Kontinens

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problem med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens. Mer information om hur inkontinensvård ska bedrivas finns på www.nikola.nu

- Vårdgivaren har sjuksköterskor med utbildning inom inkontinensvård som gör en individuell bedömning vid utprovning av inkontinensskydd. Dock behöver omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna vid risk för blåsdysfunktion säkerställa att patienterna får en basal utredning, för att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl. Vårdgivaren behöver också öka kompetens hos personal vad gäller förebyggande arbete för blåsdysfunktion.
- För att säkerställa att det alltid finns kompetens vad gäller förskrivningsrätt vid inkontinens så bör det finnas två sjuksköterskor hos varje vårdgivare som har utbildning, så att det inte blir ett glapp i kompetens om någon slutar sin tjänst.

Vård i livets slutskede

Vårdgivaren ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Kunskapsstödet innehåller vägledning, rekommendationer och indikatorer i ett gemensamt dokument och ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljningar och kvalitetssäkringar samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etnisk och religiös tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska vårdgivaren registrera i Svenska palliativregistret.

- Rutiner finns för vård i livets slutskede.
- Samtliga vårdgivare har under 2022/2023 utbildat personal till palliativa ombud. Vi har ca 60 medarbetare som har gått den utbildningen och som nu har ett ansvar i att driva den palliativa vården. Under 2024 kommer MAS och MAR ha palliativa ombudsträffar för att stötta ombuden i sitt uppdrag.

Vårdgivarna behöver fortsätta utveckla arbetet med Svenska Palliativregistret. Parametrar som smärtskattning med hjälp av bedömningsinstrument samt munhälsobedömning sista veckan i palliativt skede uppnår ej Socialstyrelsens målvärden på 100 % respektive 90 %. I Palliativregistret ska t.ex. registreras om brytpunktssamtal gjorts, vilket är läkarens ansvar att utföra, vilket de ibland inte har gjort, trots att t.ex. palliativa läkemedel satts in.

- Palliativa registret ska följas upp två gånger per år mellan vårdgivaren och läkarorganisationen, vilket inte alltid görs. Det arbetet behöver förbättras.

Slutsatser

Kommunen kräver in handlingsplaner där vi ser brister av mer akut eller allvarlig karaktär, eller där vi ser att det brister i avtalet. Hur de följs upp beror på bristens karaktär.

Det som tydligt framgår i 2023 års granskning, är att vi kan se att de vårdgivare som inte har åtgärdat sina handlingsplaner från år 2022, är de vårdgivare som har störst problem med patientsäkerhet. Vårdgivare som har brister av mindre karaktär åtgärdade bristerna snarast. De som har många brister, eller brister med allvarlig karaktär, har inte kunnat åtgärda handlingsplanerna fullt ut.

Vid granskning framgår det tydligt att verksamhetsledningens kompetens, samt förmåga till ett kommunikativt och närvarande ledarskap är avgörande för en patientsäker vård. Det måste finnas ett arbetsklimat där personal vågar påtala brister, rapportera avvikelser och där de är en del av vårdgivarens förändringsarbete. Ledningen behöver vara närvarande ute i vården för att kunna observera, se strukturella förändringar som behöver göras vad gäller ansvarsfördelning, arbetsätt, rutiner etc. Det är inte alltid fler händer i vården som behövs, utan rätt händer (engagemang och kompetens).

Samtliga vårdgivare har för 2023 nya handlingsplaner som de måste arbeta med under 2024 utifrån apoteksgranskningar, hygienronder och handlingsplan upprättade utifrån vår granskning vad gäller bl.a. munhälsa och rehabilitering.