

# Verksamhetsuppföljning inom äldreomsorg, särskilt boende samt daglig verksamhet 2022.

Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av verksamheter inom särskilda boenden; Görjansängen, Vårdbo, Enebacken, Solskiftet, Smedbygården, Kantarellvägen, Muskötvägen, Norrgårdshöjden och Villa Näs

## Metoder för uppföljning HSL

Följande metoder används för uppföljning av verksamheter:

- Uppföljningsmöten med utföraren och socialförvaltningen
- Annonserade samt oannonserade besök ute i verksamheterna
- MAS deltar vid extern läkemedelsgranskning av apotek
- MAS deltar vid hygienronder utförda av Vårdhygien Stockholm
- QUSTA
- Granskning av begärda handlingar så som lokala rutiner, egenkontroller, apoteksgranskning samt hygienrondsprotokoll

Hälso- och sjukvårdsgranskningen genomfördes genom:

1. QUSTA.
2. Dialog med ledning och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna i verksamheten.
3. Genomgång av patientsäkerhetsberättelse 2020.

QUSTA belyser områden inom hälso- och sjukvården som regleras enligt lagar och förordningar samt för utförande av vård och behandling, vilket ger underlag för bedömning om;

- Vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet.
- Framtagna regler för hälso- och sjukvård följs.
- Verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården.

## Resultat av verksamhetsuppföljning HSL

### 1. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten 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 brukarens 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, Familjeläkarna och Geriatrikspecialisten.

- Samtliga verksamheter har gemensam samverkansöverenskommelse med läkarorganisation utifrån de krav som finns ställda från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att tydliggöra vem som ansvarar för vad. De flesta verksamheterna har tillgång till läkarjournal i systemet Take Care, licenser lämnas ut av läkarorganisation om verksamheten vill ha läsbehörighet. Muskötvägen och Smedbygården har inte det i nuläget.

- Samtliga verksamheter är väl förtrogna med Pascal, en webbaserad tjänst för förskrivning av läkemedel. På Enebacken har det varit problem med att bemanningssjuksköterskor inte haft tillgång till Pascal eftersom verksamheten inte har sökt behörighet.
- Sjuksköterskor finns på plats dagtid måndag-fredag eller dagtid måndag-söndag. Övrig tid finns journalsjuksköterskor som underleverantör som ska uppfylla minst de krav som finns i kommunens avtal med verksamheten. Enebacken har under hösten återgått till att ha sjuksköterska nattetid enligt avtal. Görjansängen har kommunens egna sjuksköterskor från HSE-enheten på jourtid, vilket har höjt kvalitén enligt utvärdering. Från 1 december kommer dock även Görjansängen anlita journalsjuksköterskor externt, då det är en påfrestande arbetssituation för ordinarie personal.
- Omsorgspersonal har kunskap om hur de ska kontakta sjuksköterska dygnet runt samt arbetsterapeut eller fysioterapeut under dagtid.

Capio valde att avsäga sig uppdraget på Enebacken och Familjeläkarna tog över den 1 november. Detta då de såg långvariga patientsäkerhetsproblem utifrån bemanningssituation. Sjuksköterskorna hann inte med sitt arbete samt att utföra de åtgärder som skulle vara gjorda till nästa rond. Många bemanningssjuksköterskor känner inte sina patienter. Vid byte av läkarorganisation uppstod en del problem, exempelvis behörigheter för sjuksköterskor till olika system inte var lösta. Enebacken måste vid större förändringar säkerställa att risk- och konsekvensanalys görs för att kunna förebygga och åtgärda att patientsäkerhetsrisker uppstår.

Enebacken måste även säkerställa att när legitimerad personal anställs eller påbörjar sitt bemanningsuppdrag ska alla behörigheter till de system som behöver användas finnas vid anställningsstart. Det fanns bemanningssjuksköterskor som inte hade tillgång till Pascal (ett system för förskrivning av dosdispensierade läkemedel), läkarjournal, tandvårdssystemet Symfoni samt Vaccinera (system för att ordinera och signera vaccinationer mot t.ex. influensa, pneumokocker och covid-19). Det är en patientsäkerhetsrisk när sjuksköterskan inte har tillgång till det.

Det framkommer vid granskning av Enebacken att hälso- och sjukvårdsansvaret inte fungerar på dagverksamheten. Verksamheten känner ej till det ansvar som de har. Det har innan pandemins start fungerat väl. Det finns inga hälso- och sjukvårdsjournaler upprättade, inga inskrivningssamtal är gjorda av sjuksköterskor och rehabpersonal, så ingen har kunskap om det är patienter som kan behöva hälso- och sjukvårdsinsatser. Det finns en rutin sedan 2019, som beskriver ansvaret väl, men behöver uppdateras något. Inskrivningssamtal ska vara klara innan mitten av februari 2023.

## **2. 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.

- Verksamheter har väl inarbetade rutiner när det gäller läkemedelshantering.
- Extern läkemedelsgranskning görs årligen av apotekare. Samtliga verksamheter har genomfört eller har bokade tider för uppföljning under året på plats. Utifrån läkemedelsgranskning görs en åtgärdsplan som informeras kommunens MAS som sedan följer upp att åtgärder är vidtagna.

- Egenkontroller som narkotikaräkning, kontroller i läkemedelsrum och boendes läkemedelsskåp samt kontroller av signeringslistor vad gäller givna läkemedel fungerar i stort sett bra.
- 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 verksamheten att lätt utföra egenkontroller genom den statistik som går att plocka fram i den. Görjansängen arbetar aktivt med detta och har väl utvecklade reservrutiner om appen inte fungerar.

Enebacken har tidigare haft en god läkemedelshantering, men vid apoteksgranskning i augusti fanns det omfattande allvarigare brister, både i läkemedelsrummet samt ute i patientskåpen. Baspersonal har även underlåtit att skriva korrekta avvikelser utan lagt in en tom avvikelseblankett med några dospåsar på. Handlingsplan är upprättad som följs av MAS. Under år 2023 har MAS krävt att verksamheten ökar apotekets granskning till två gånger under året.

### 3. 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 var det inget av de besökta särskilda boendes, förutom Enebacken, som arbetar med delegering. Man anger att det är brist på utbildad personal som kan ta emot en delegering.

I de flesta verksamheterna ansvarar sjuksköterskorna ej för fler än 20 delegeringar. De har god kunskap om omsorgspersonalen kan ta emot en delegering. Det händer ibland att en delegering behöver dras tillbaka, men det är sällsynt.

Verksamheterna har sedan förra året förbättrat hanteringen av potenta läkemedel, där det föreligger risk för allvarliga konsekvenser vid felhantering. Sjuksköterskorna i ordningsställen numera läkemedlen själva och administration har säkrats upp med fler kontroller.

För att de boende ska kunna få utökade möjligheter att få arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk/fysioterapeutisk behandling, träning och specialhjälpmedel de dagar inte rehab personal finns på boendet, utreda om det finns omvårdnadspersonal med reell kompetens för att kunna ta emot delegerade arbetsuppgifter.

- Enebacken har omfattande brister vad gäller delegering. Det är i stort sett en sjuksköterska som har delegerat till samtlig personal i hela verksamheten, vilket motsvarar mellan 120-150 st. Sjuksköterskan som delegerar känner att hen inte hinner med sitt arbete och att förlängningar ofta skrivs under utan uppföljning. På grund av att det finns många utbildade i personalgruppen får de som har delegering på kvällar, helger och

nätter, gå in på andra enheter där det saknas personal med delegering. Intern MAS inom A&O är inkopplad och hjälper till med utbildning för personal under hösten 2022. Handlingsplan upprättades, utbildning har skett och delegeringar har fördelats på samtliga sjuksköterskorna. Nu ansvarar sjuksköterskorna för att delegera för de patienter sjuksköterskan är OAS (omvårdnadsansvarig sjuksköterska) för.

- När en sjuksköterska slutar upphör en delegering och baspersonal får inte utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter så länge inte delegering finns, utan det blir sjuksköterska som har det ansvaret. Solskiftet har missat detta när en sjuksköterska slutade och personal har därför gjort hälso- och sjukvårdsuppgifter ändå. Sjuksköterska ska därför utföra dessa arbetsuppgifter tills delegering till lämplig personal är genomförd. Handlingsplan utformades direkt och ny delegering genomfördes direkt.

#### 4. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Lokala rutiner för avvikelshantering och risk- och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. 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 verksamheten, 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 verksamheten att kunna se inom vilka områden de behöver förbättra sig på verksamhetsnivå.

- Alla verksamheter har bra skriftliga rutiner för systematiskt patientsäkerhetsarbete vad gäller risk- och händelseanalys, avvikelshantering samt lex Maria.
- Det finns förbättringspotential vad gäller att skriva mer utförliga avvikelserapporter samt att förbättra återkoppling till omsorgspersonal 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.
- Verksamheterna ska utveckla sitt arbete med Senior Alert så att målvärdena uppfylls. Senior Alert ska användas på individnivå samt för förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Detta haltar i många verksamheter på grund av hög arbetsbelastning på sjuksköterskor. På Vårdbo är arbetet med Senior Alert väl integrerat i omvårdnadsarbetet.

På Enebacken framkommer det att många avvikelser inte skrivs. Detta har flera orsaker; bristande ledarskap, bristande följsamhet till rutiner, för låg bemanning, utbildad personal samt svårigheter med att behärska det svenska språket. En Lex Maria-anmälan upprättas först efter att MAS blivit kontaktad av anhöriga om en allvarlig vårdskada som kommunen ej känner till. Det framkommer då vid kontakt med t.f. verksamhetschef att han känner till händelsen och ska undersöka saken. Det visar sig att ingen avvikelse har skrivits av inblandad personal, trots att flera yrkeskategorier varit inblandade. Utredningen startar flera månader efter att händelsen inträffat. När en allvarlig händelse sker, såsom en allvarlig vårdskada, ska MAS informeras senaste första vardagen efter att händelsen inträffat. Utredning ska ske snarast och skyndsamt. Utredning görs och skickas till IVO som avslutar ärendet enligt praxis, då vårdgivaren uppfyllt sin utredningsskyldighet.

## 5. 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. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omsorgspersonalens 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 i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmiddel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Medicintekniska produkter delas in i tre grupper: 11

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

*Arbetsmekanisk 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 verksamheter har lokala rutiner för medicintekniska produkter samt vid införande av begränsningsåtgärder.
- Verksamheterna har i år via statsbidrag fått varsin bladderscanner. Detta innebär att när en patient har symtom på urinstämna, kan sjuksköterska göra bedömning på plats i verksamheten istället för att skicka in patienten till sjukhus.

## 6. Hygien

För att uppfylla kravet på god hygienisk standard behöver verksamheten ha tillgång till vårdhygienisk kompetens som följer upp verksamhetens egenkontroller, utför hygienronder och stödjer verksamheterna vid smittoutbrott. Verksamheterna har egna avtal med Vårdhygien. 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 i verksamheten. Vid besök i verksamheter ser vi generellt en försämring vad gäller munskyddshantering hos personal. Viktigt att fortsätta upprätthålla goda rutiner.

- Samtliga verksamheter har rutiner vad gäller vårdhygien. De ska följa de riktlinjer som utarbetats för kommunal omsorg av Vårdhygien samt Smittskydd inom regionen vad gäller covid-19. Dock noteras att hanteringen av munskydd hos baspersonal varierar. Tyvärr inte ovanligt att munskydden sitter under hakan och sedan dras på och av, vilket är oacceptabelt.

Enebacken och Solskiftet har gjort hygienrond innan pandemins utbrott och har handlingsplaner att arbeta med. Övriga verksamheter ska snart boka in en tid för hygienrond där MAS deltar.

## 7. Rehabilitering

Den enskilde ska få hjälp, av arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut, att träna för att upprätthålla befintliga psykiska och fysiska funktioner. Genom rehabiliteringsinsatserna ska den enskilde efter behov och möjligheter behålla eller förbättra sin funktionsnivå. Målet med insatserna ska vara att den enskilde 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 påbörjad rehabiliteringen planera, tillhandahålla och följa upp rehabiliteringsinsatser. Även för den enskilde som före vistelsen påbörjat rehabilitering i annat

boende ska uppföljning och samarbete göras av tidigare funktionsbevarande/funktionshöjande insatser.

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

Enebacken har under lång period haft en bemanning som varit lägre än avtalet. Avtalet utgår också från att bemanningen är utifrån att verksamheten driver ett särskilt boende. År 2018 flyttades korttids för somatik samt demens till Enebacken. Korttids- och växelvård ställer högre krav på täthet vad gäller bemanning då rehabiliteringsinsatserna är större. När fysioterapeut saknats har fysioterapeutiska arbetsuppgifter inte blivit utförda eller utförts efter bästa förmåga av arbetsterapeut. Eftersatta områden är bedömning vid inflytt av förflyttning och gångförmåga, teambaserad planering, utbildning till personal och specifik fysioterapeut träning samt fallprevention. Underbemanningen av arbetsterapeuter innebär att det inte finns aktuella ADL status, hembesök inte hinns med och det har saknats hjälpmedel inför hemgång. Fysioterapeut och arbetsterapeut har inte alltid haft möjlighet att vara med på vårdplaneringar. Det har förekommit att vistelsen på korttidsavdelningen blivit tvungen att förlängas p.g.a. att rehabpersonalen inte hunnit ordna allt inför hemgång, en handlingsplan ska upprättas. Rehabpersonal finns enligt avtal nu i verksamheten sedan ca 1 månad tillbaka. Rehabiliteringspersonalen bedömer i nuläget att det skulle behöva utökas med ytterligare en medarbetare för att kunna upprätthålla en god och säker vård utifrån lagkrav och avtal.

I avtal med våra 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. Vid flytt till särskilt boende ska minst bedömning av funktionsförmåga inom personlig vård (ADL) ingå. Smedbygården uppger att sådan bedömning av arbetsterapeut inte ingår. Bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i samband med inflytt och förändrat vårdbehov erbjuds endast delvis. Arbetsterapeuten upprättar ej vårdplaner för de boende. Slutsatsen av ovanstående är att Smedbygården inte har en arbetsterapeut i sådan omfattning som kvalitetskraven för vård och omsorg kräver. Handlingsplan krävdes in och Smedbygården är under rekrytering av arbetsterapeut för att vara i verksamheten två dagar per vecka.

## **8. Demens**

Lokala rutiner för vård av personer med demens enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska finnas i verksamheten. Verksamheten ska ha lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Solskiftet och Görjansängen är ett särskilt boende med somatisk inriktning och arbetar därför inte med BPSD-registret.

- Silviacertifiering av verksamheter ökar kunskapen kring demens och förbättrat bemötandet enligt personal.
- Läkarorganisationerna Capio och Familjeläkarna är Silviacertifierade.
- Verksamheterna har kommit igång med arbetet av BPSD i olika hög grad. En del verksamheter arbetar med det aktivt, en del är i utbildnings- och implementeringsfas.
- Verksamheterna fortsätter med att utveckla BPSD-arbetet med utbildning, rutiner och implementering.

På Enebacken arbetar helt utbildad personal, även nattetid själv, på demensavdelning. Utbildad personal ska aldrig arbeta själv. Det är oacceptabelt ur patientsäkerhetsperspektiv och måste åtgärdas akut. Verksamheten har nu säkerställt så att de som arbetar nattetid är minst vårdbiträde.

### 9. 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. Granskning av arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut dokumentation görs på Vårdbo och Solskiftet av företagens egen medicinsk ansvarig sjuksköterska, på Enebacken hade ingen granskning genomförts. På Görjansängen är det verksamhetschefen som granskar.
- Följsamhet till rutiner ska säkerställas och bör vara en del av verksamheternas egenkontroll. Granskning sker fördelaktigt gärna i grupp och ska i så stor utsträckning som möjligt göras av personal som är delaktiga i brukarens 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.

Solskiftet utför i dagsläget ingen journalgranskning. Handlingsplan upprättas och sjuksköterska har nu gått utbildning i dokumentation under oktober månad.

På Enebacken saknar en del baspersonal behörighet till journalsystem, samt en del har inte varit inloggade under längre tid, så deras behörighet måste låsas upp. Detta innebär alltså att en del baspersonal varken har läst eller skrivit i journal, vilket är en allvarlig patientsäkerhetsbrist. Personalen har heller ej informerat ledning heller om eventuella problem med inloggning. Egenkontroller som krävs för att säkerställa lagkrav har ej genomförts finns. 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.

## **10. Fallprevention**

Verksamheten 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 brukare. 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.

Tvärprofessionellt förebyggande arbete pågår i samtliga verksamheter. I verksamheter 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 baspersonal arbetar med förflyttningar. De kan då säkerställa att förflyttningshjälpmedel används på korrekt sätt samt att personal arbetar ergonomiskt. Muskötvägen, Enebacken och Norrgårdshöjden har rehabiliteringspersonal måndag- fredag.

## **11. Trycksår**

Verksamheten 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 inom verksamheterna 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. Verksamheterna har tillgång till förebyggande madrasser direkt och behandlande inom 24 timmar. Flera verksamheter har köpt in helt nya förebyggande madrasser till samtliga patienter, samt har behandlande madrasser tillgängliga i verksamheten.

## **12. Nutrition**

Verksamheten 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 brukare. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition eller viktuppgång.

Verksamheterna har rutiner för att förebygga undernäring. Nutritionsstatus samt riskbedömning görs vid inflyttning och vid behov. Enebacken ska enligt avtal ha en dietist anställd 100 % och på plats i verksamheten. Övriga verksamheter har enligt avtal tillgång till dietist vid behov. Egenkontroller för att säkerställa att nattfasta inte överstiger 11 h finns.

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. Kompetensutveckling vad gäller både omsorgspersonal samt sjuksköterskor behövs.

På Enebacken framkommer det att det saknas nutritionsstatus 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 har ställt som krav i en särskilt



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 direktkontakt med konsultdietisten och har ställt krav på en skriftlig rapport med resultat av kartläggning samt åtgärder som behövs för att säkerställa en god nutrition. Dietisten har utbildat personal i det naturliga åldrandet, viktiga näringsämnen för äldre, hur hanterar och förebygger vi undernäring, tugg- och sväljsvårigheter, bra och goda måltider dygnet runt och hur man smart kan energi- och proteinberika maten. Dietisten har tillsammans med personalen gjort kost- och vätskeregistreringar, beräknat energi- och proteinintag i relation till behovet, gjort bedömningar av viktutveckling och risk för undernäring. Resultatet av de första 31 patienterna som fick en genomgång, så hade 24 av dem en god nutritionsstatus, 7 patienter fick nya kostordinationer såsom protein- och energiberikning eller flytande kost enligt ordination från logoped. Arbete pågår med nutritionsstatus på övriga brukare. Ny utbildning om en god måltidsmiljö kommer att genomföras i februari.

### **13. Mun- och tandhälsovård**

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Brukare ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Region Stockholm.

Samverkan med uppsökande verksamhet vad gäller munhälsobedömningar, utbildning och tandvård fungerar bra. Det har dock varit uppehåll i detta i samband med restriktioner vad gäller besök i verksamheten under covid-19.

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

Det framkommer vid granskning att Solskiftet inte efterlever kraven för munvård, handlingsplan har upprättas och följs upp. Åtgärder är påbörjade.

### **14. Kontinens**

Verksamheten 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](http://www.nikola.nu)

Verksamheterna har sjuksköterskor med utbildning inom inkontinensvård som gör en individuell bedömning. Säkerställa att omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid risk för blåsdysfunktion erbjuder brukarna basal utredning, för att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl.

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 i varje verksamhet som har utbildning, så att det inte blir ett glapp i kompetens om någon slutar sin tjänst. Verksamheterna har fått erbjudande att via stimulansmedel söka uppdragsutbildning för detta på Sophiahemmet, vilket flera sjuksköterskor går just nu.

## 15. Vård i livets slutskede

Verksamheten 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 verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

- Rutiner finns för vård i livets slutskede.
- Under 2022 har utbildning av palliativa ombud av Palliativt Kunskapscentrum utförts för ombud på Enebacken, Smedbygården, Villa Näs och Görjansängen. Utbildningen avslutas med att verksamheterna får analysera sina egna behov av förbättringsarbete och utifrån detta skapa handlingsplaner. Under 2023 är det Norrgårdshöjden, Muskötvägen, Kantarellvägen, Vårdbo och Solskiftets tur.

Verksamheterna 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 %.

### 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.

En mer ingående granskning och uppföljning av Enebacken har skett under det senaste halvåret, eftersom det finns flera risker av allvarligare karaktär i verksamheten. Under de senaste åren har omsättningen både bland chefer och legitimerad personal varit stor samt att personal som avslutat sin tjänst inte har ersätt. Kommunen har därför upprättat en särskild handlingsplan med krav på åtgärder för att kunna säkerställa en god patientsäkerhet.

Denna sommar var den första sommaren där även flera verksamheter som tidigare haft god bemanning sommartid haft svårigheter att få personal och att det varit en hel del vakanta pass. Det är en oroande utveckling att det är svårt att få tag i utbildad personal. Under 2023 kommer kommunen att öka sin närvaro ute i verksamheterna för att få en mer nyanserad och detaljerad bild.