

Rapport avseende begränsad journalgranskning på Koppargårdens plan 7 och 8 under perioden 2011-11-28-2011-12- 06

Allmänt

Under 2006 införde Stockholms stad det databaserade dokumentationsprogrammet Vodok för äldreomsorgens hälso- och sjukvårdsdokumentation. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Verksamheter i kommunal regi och på entreprenad dokumenterar i Vodok. Alla boende/patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser ska ha en journal upprättad i Vodok.

Innehållet i journalen regleras i Patientdatalagen¹ och i Socialstyrelsens föreskrifter² om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. En journal ska innehålla uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrund till vården, uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och planerade och vidtagna åtgärder m.m.

För att få en struktur på dokumentationen och för att enkelt kunna hitta de uppgifter som behövs för att den boende ska få den vård och behandling han/hon behöver, är journalen uppdelad i olika delar/rubriker; allmänna uppgifter, anamnes, status, planer (vård- och/eller rehabiliteringsplaner), åtgärder m.m.

Under varje del/rubrik finns dessutom ett antal underrubriker. I Vodok benämns dessa rubriker och underrubriker sökord. Ovan nämnda uppgifter ska dokumenteras under respektive sökord. Under rubriken *allmänna uppgifter* dokumenteras t.ex. uppgifter om utförd ID- kontroll. Under rubriken *anamnes* dokumenteras t.ex. den boendes tidigare hälsohistoria. Under rubriken *status* dokumenteras den boendes aktuella hälsotillstånd under respektive underrubrik, t.ex. hud/vävnad och nutrition.

Dokumentationen ska också följa omvårdnadsprocessen. Detta innebär att när en risk eller ett problem identifierats, t.ex. risk för fall, undernäring och/eller trycksår

¹ Patientdatalag (SFS 2008.355)

² Socialstyrelsens föreskrifter (2008:14) om informationsöverföring och journalhantering i hälso- och sjukvården

ska detta först dokumenteras under respektive sökord i status. Om risken eller problemet kräver återkommande hälso- och sjukvårdsinsatser över tid ska en plan upprättas. Planen ska innehålla en risk eller problemdiagnos, mål med insatsen/insatserna, planerade och utförda åtgärder, datum för uppföljning av åtgärderna samt resultatet av åtgärderna. Resultatet av åtgärderna dokumenteras under respektive sökord i status. När målet är nått dokumenteras detta i status och planen avslutas.

Vid enstaka hälso- och sjukvårdsatser/åtgärder, t.ex. överlämnande av läkemedel vid behov, behöver inte en plan upprättas utan åtgärden dokumenteras under respektive åtgärdssökord.

Journalgranskning

Under perioden 2011-11-28–2011-12-06 har en begränsad journalgranskning genomförts på plan 7 och plan 8 på Koppargården, belägen i Hässelby- Vällingby stadsdelsområde. Granskningen har varit begränsad och omfattat följande delar av journalen:

- att riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår är utförda för samtliga boende,
- att resultatet av riskbedömningarna är dokumenterade under respektive sökord i status,
- att vårdplaner är upprättade för boende som identifierats som riskpatienter för fall, undernäring och trycksår, och
- att vårdplanerna innehåller risk eller problemdiagnos, mål, planerade och utförda åtgärder, uppföljning/datum för uppföljning och resultat.

Resultat av granskningen

På plan 7 och plan 8, med somatisk inriktning bor det 29 boende per plan, totalt 58 boende. Vid granskningstillfället fanns det 64 pågående journaler, vilket innebär att 6 journaler inte var aktuella och därmed ska avslutas. Journalerna som granskats är upprättade från och med oktober 2008 och framöver. Granskningen avser framför allt dokumentation gjord under 2011. Eventuella olikheter vid granskningen av plan 7 och plan 8 redovisas under respektive rubrik.

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår

Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår ska utföras inom 14 dagar efter att den boende flyttat in och därefter minst en gång per år samt vid behov. Resultatet av riskbedömningarna ska dokumenteras under respektive sökord i status.

I stort sett samtliga boende har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår utförda. På plan 7 är resultatet av aktuella riskbedömningar för fall och trycksår

dokumenterade i drygt hälften av journalerna och resultatet av aktuella riskbedömningar för undernäring i cirka en tredjedel av journalerna. På plan 8 är resultatet av aktuella riskbedömningar dokumenterade i drygt två tredjedelar av journalerna.

Planer

I så gott som all journaler finns planer upprättade där risk för fall, undernäring och trycksår har identifierats. Alla planer innehåller en risk- eller problemdiagnos. I nästan alla planer finns mål och planerade åtgärder dokumenterade.

Risk- eller problemdiagnos

I samtliga planer är riskdiagnoserna adekvata och tydligt beskrivna, t.ex. risk för fall, risk för undernäring och risk för trycksår.

Mål

Mål ska vara specifika, mätbara, realistiska och tidssatta, dvs. det ska finnas en bestämd tidpunkt för när målet ska vara nått. Målen i planerna avseende fall och trycksår är överlag specifika, realistiska och mätbara men sällan tidssatta. Målen i flertalet planer avseende undernäring är däremot överlag något ospecifika, och till följd av det inte alltid mätbara och nästan aldrig tidssatta, vilket gör det svårt att veta att målet/målen är nådda.

Planerade åtgärder

De planerade åtgärderna är överlag ospecifika. Det framkommer för det mesta vad/vilka åtgärder som ska göras men sällan hur det ska göras, när det ska göras och vem som ska göra det. Datum för när uppföljning av åtgärderna ska göras framkommer sällan. Denna brist på struktur försvårar möjligheten att följa upp och bedöma effekten av dem.

Utförda åtgärder

Dokumentation av utförda åtgärder framkommer inte i flertalet planer .

Uppföljning/resultat av åtgärder

Resultatet av åtgärderna ska dokumenteras under respektive sökord i status. Resultat av utförda åtgärder framkommer sällan i flertalet journaler. I vissa journaler dokumenteras dock uppföljning/resultat av åtgärder under planerade åtgärder.

Dokumentation av enstaka åtgärder

När enstaka hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs ska detta dokumenteras under respektive åtgärdssökord. På plan 7 är det vanligt att enstaka åtgärder ”kopplas”

till en plan trots att åtgärderna inte "hör ihop" med planerna. Detta underlättar inte möjligheten att följa omvårdnadsprocessen.

Övrigt

Dokumentation som inte längre är aktuell ska avslutas. Detta görs i stor utsträckning på både plan 7 och 8.

Sammanfattande bedömning

Granskningen visar dokumentationen inte avviker från vad som framkommer vid journalgranskningar i motsvarande verksamheter i andra stadsdelar.

Journalgranskningen visar att riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stor sett samtliga boende och att resultatet av genomförda riskbedömningar är dokumenterade i en stor del av journalerna.

I så gott som all journaler finns planer upprättade där risk för fall, undernäring och trycksår har identifierats. Alla planer innehåller en risk- eller problemdiagnos. I nästan alla planer finns mål och planerade åtgärder dokumenterade.

Dokumentation av utförda åtgärder framkommer inte i majoriteten av journalerna och resultat av utförda åtgärder framkommer sällan.

Granskaren bedömer att nivån på dokumentationen är godtagbar men att det finns utrymme för fortsatt utveckling och förbättring av dokumentationen.

Kristina Ström

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Skarpnäck/Skärholmen sdf

Telefon: 08-508 15 047/08 508 24 017