



Handläggare: Kristina Ström
Telefon: 08 508 23 504

Till **9.**
Skärholmens stadsdelsnämnd
2012-12-13

Rapport om hälso- och sjukvårdens kvalitet på Sätra vård- och omsorgsboende 2012

Förvaltningens förslag till beslut

Skärholmens stadsdelsnämnd beslutar följande.

1. Rapporten om hälso- och sjukvårdens kvalitet på Sätra vård- och omsorgsboende 2012 godkänns och läggs till handlingarna.

Kerstin Sandström
Stadsdelsdirektör

Kristina Ström
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska

Sammanfattning

Under 2012 har medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS genomfört en kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Sätra vård- och omsorgsboende. Uppföljningen har gjorts med kvalitetsinstrument QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Uppföljningen visar att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs är i stort sett densamma som vid förra årets uppföljning och uppnår 83 % av de ställda kraven på god kvalitet.

De områden som genomgående uppvisar goda resultat är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal och läkemedelshantering. De områden som uppvisar lägst poäng är inkontinens, mun- och tandhälsovård och demens. Granskningen av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den förbättrats sedan uppföljningen 2011. Under 2013 kommer åter en kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården att genomföras för att se att verksamheten kommit till rätta med kvarstående brister.

Bakgrund

Kommunens ansvar för att det erbjuds en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i särskilt boende eller vistas i dagverksamhet regleras i hälso- och sjukvårdslagen¹, HSL. Enligt samma lag ska kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Inom kommunal hälso- och sjukvård ska det också enligt 24 § HSL finnas en MAS som ansvarar för att hälso- och sjukvården håller en god kvalitet. Enligt stadsdelens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska MAS fortlöpande följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheterna. Resultatet av genomförda kvalitetsuppföljningar redovisas till nämnden.

Ärendet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten i verksamhet enligt hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt stadsdelens ledningssystem ansvarar MAS för att fortlöpande följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheterna. Under 2012 har en kvalitetsuppföljning genomförts på Sättra vård och omsorgsboende, VoO.

Syftet med kvalitetsuppföljningarna är att se till att:

- vårdtagarna får en god och säker vård som håller hög kvalitet²,
- MAS regler för hälso- och sjukvård följs, och
- verksamheten har upprättat lokala rutiner för att säkra vården i det särskilda boendet

Vid uppföljningen har kvalitetsinstrumentet QUSTA (som står för Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) använts. Instrumentet är framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio stadsdelar/kommuner i Stockholms län och revideras regelbundet.

De områden som granskats är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedelshantering, delegering, avvikelshantering, medicintekniska produkter, basal hygien, vård i livets slutskede, inkontinens, trycksår, nutrition, fall och fallskador, demens, rehabilitering, mun- och tandhäsovård samt dokumentation.

¹ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

² Patientsäkerhetslag (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de regler och lokala rutiner som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som rör vissa utvalda delar av den kommunala hälso- och sjukvården och består av två delar. Den första delen av instrumentet innehåller frågor inom områden som regleras enligt lagar och förordningar. Den andra delen av instrumentet innehåller frågor som berör vård och behandling. QUSTA fastställer en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan uppföljningen görs skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast för att de tillsammans svara på frågorna. MAS sammanställer svaren och återkopplar därefter resultatet till verksamheten och diskuterar eventuella förslag till förbättringsåtgärder inom berörda områden med berörd personal.

Varje granskat område poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation görs digitalt i Stockholm stads dokumentationsprogram Vodok. Vid årets uppföljning har MAS granskat 25 % av hälso- och sjukvårds- dokumentationen. Resultatet av dokumentationsgranskningen redovisas för sig.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån lyfts detta speciellt fram i rapporten. Finns det brister anges förslag till förbättringsåtgärder.

I rapporten redovisas först en tabell över de granskade hälso- och sjukvårdsområdena. Tabellen visar även resultatet av granskningarna 2009 och 2011. Av granskningen 2009 framkom att det fanns mer eller mindre allvarliga brister avseende hälso- och sjukvården på Sättra VoO. Med anledning av dessa brister påbörjades, och till stor del genomfördes ett stort utvecklings- och förbättringsarbete under 2010. I och med detta arbete genomfördes ingen granskning förrän 2011. Efter tabellen redovisas varje granskat område för sig med resultat av granskningen och förslag till förbättringsåtgärder.

Tabell över granskade hälso- och sjukvårdsområden

Maxpoäng 20p/fråga	Sätra VoO		
	2009	2011	2012
Första delen: Frågor som regleras enligt lagar och förordningar			
1. Kontakt med läkare med fler	18	20	20
2. Läkemedelshantering	9	18	20
3. Delegering	16	20	19
4. Avvikelsehantering	12	15	19
5. Medicintekniska produkter	16	20	20
6. Basal hygien	18	18	16
Andra delen: Frågor som berör vård och behandling			
7. Vård i livets slutskede	14	14	16
8. Inkontinens	4	10	10
9. Trycksår	8	12	16
10. Nutrition	10	18	16
11. Fall och fallskador	9	20	17
12. Demens	13	16	13
13. Rehabilitering	17	20	18
14. Mun- och tandhälsovård	12	14	12
Antal poäng:	176	233	232
Möjliga poäng:	280	280	280
Uppfyllelse i procent:	63 %	83 %	83 %
Dokumentation max 29 poäng	<6	10,4	-

Granskade områden

1. Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal

Det ska finnas rutiner och regler för hur personalen i boendet ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Reglerna ska vara nedbrutna i lokala rutiner för verksamheten och vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

I verksamheten finns lokala rutiner för hur kontakt tas med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, vardagar och jourtid. Det finns också aktuella telefonnummer till ansvarig läkare och sjuksköterska väl synlig för berörd personal.

2. Läkemedelshantering

MAS lokala instruktion för läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotikaklassade läkemedel gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som i ordningställande, överlämnande med mera ska dokumenteras.

Det ska finnas bedömt och dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan tagit över ansvaret, helt eller delvis för läkemedelshantering när den boende inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Läkemedel som överlämnas av personal med delegering ska alltid signeras på signeringslista.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

Verksamheten har en lokal rutin för läkemedelshantering i enlighet med MAS lokala instruktion.

I flertalet journaler finns det dokumenterat att ansvaret för läkemedelshantering övertagits av sjuksköterska.

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera medicinska arbetsuppgifter till personal med reell kompetens för uppgiften. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av ett skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och sjuksköterskan bör därför inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 19 poäng.

Verksamheten har en lokal rutin för delegering. Kunskapstest utförs i samband med omprövning/förlängning av delegering. Det finns endast en sjuksköterska som ansvarar för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärd

Enheterna bör se över delegeringarna för den sjuksköterska som ansvarar för fler än tjugo. MAS ska alltid informeras när delegering återkallas.

4. Avvikelsehantering

I särskilda boenden för äldre ska hälso- och sjukvården ingå i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelsehantering och för risk- och händelseanalys. När en händelse eller risk för händelse inträffar, som kan leda till att den boende drabbas av en vårdskada, ska alltid en avvikelserapport skrivas åtgärder vidtas. Händelsen och vidtagna åtgärder ska återkopplas till personalen.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 19 poäng.

Verksamheten har en lokal skriftlig rutin för avvikelsehantering. Händelsen och vidtagna åtgärder återkopplas till personalen när en händelse eller risk för händelse inträffat. Avvikelserapporterna registreras i enstaka fall för långt efter att händelsen inträffad, vilket fördröjer och möjligen försvårar eventuellt utredningsarbete.

Förbättringsåtgärd

Skriftliga rutiner för risk- och händelseanalys i enlighet med ledningssystemet ska upprättas. Avvikelserapporteringen ska göras snarast möjligt efter inträffad händelse.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används i äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska.

Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

Verksamheten har lokala skriftliga rutiner för MTP. Personal utbildas och instrueras i användandet av MTP. Arbetsterapeut och sjukgymnast provar individuellt ut och förskriver hjälpmedel och dokumenterar detta i omvårdnadsjournalen.

6. Basal hygien

Flertalet av de boende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära intill den boende. Det är därför mycket viktigt att det finns möjlighet för personalen att tvätta händerna och att de har tillgång till handsprit i dessa omvårdnadssituationer. Personalen ska också ha tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 16 poäng.

All personal informeras om skyldigheten att tillämpa basala hygienrutiner och all personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Det finns tillgång till tvål, pappershanddukar och handsprit avsedda endast för personal i de boendes lägenheter.

Förbättringsåtgärd

Verksamheten ska genom egenkontroll följa upp och säkerställa följsamheten till basala hygienrutiner. Sjuksköterskan ska alltid anmäla utbrott av vårdrelaterade infektioner till MAS i enlighet med gällande handlings program.

7. Vård i livets slutskede

Vården i livets slutskede är en mycket viktig uppgift i ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att sätta in extra personal när så

behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården och en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med.

Det ska framgå av dokumentationen att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 16 poäng.

Det finns möjlighet för närstående att medverka/närvara vid vård i livets slutskede. Vid behovsorderade läkemedel kan överlämnas inom en viss tid och det finns möjlighet att ha extra personal närvarande om så behövs. Verksamheten registrerar dödsfall i Svenska palliativregistret.

Förbättringsåtgärd

Den skriftliga rutinen för vård i livets slutsked bör förtydligas till att beskriva hur och när boende och närstående informeras om och erbjuds samtal om vård i livets slutskede. Den boende, närstående och berörd personal ska erbjudas att delta i vårdplanering inför vård i livets slutskede. En skattningsskala för bedömning av den boendes symtom, till exempel smärta ska användas vid vård i livets slut.

8. Inkontinens

Många av dem som bor i äldreboenden har problem med inkontinens/symtom på inkontinens. Problemen kan vara olika stora. Det ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 10 poäng.

Flertalet sjuksköterskor har förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Ingen boende med nyttillkomna symtom på inkontinens är utredd av sjuksköterska med förskrivningsrätt.

Förbättringsåtgärd

Alla boende med nyttillkomna symtom på inkontinens/inkontinens ska utredas och resultatet ska dokumenteras i journalen. Inkontinenshjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt. För boende som är utredda av annan vårdgivare, till

exempel primärvårdens distriktssköterska bör en årlig uppföljning av utprovade och förskrivna inkontinenshjälpmedlen göras. Sjuksköterskan och omvårdnadspersonalen bör arbeta i team vid utprovning av inkontinenshjälpmedel.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, till exempel lågt näringsintag, sämre blodcirkulation och oförmåga att ändra läge på kroppen. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt bedömningsinstrumentet Modifierad Norton för att se om det föreligger risk för trycksår. Resultatet av riskbedömningen ska dokumenteras i journalen. När risker identifierats ska förebyggande åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en omvårdnadsplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 16 poäng.

Verksamheten har lokala rutiner för att förebygga och behandla trycksår. Riskbedömning för trycksår görs med hjälp av bedömningsinstrument för i stort sett på alla boende. Resultatet av riskbedömningen dokumenteras nästan alltid i journalen. Omvårdnadsplaner upprättas i flertalet journaler där risker identifierats.

Förbättringsåtgärd

Regelbunden uppdatering/kompetenshöjning för sjuksköterskorna inom området sårvård. Uppföljning av vidtagna åtgärder ska dokumenteras i journalerna.

10. Nutrition

Kosten som serveras i äldreboende ska vara anpassad efter den boendes näringsbehov. Nattfastan ska inte vara längre än elva timmar. Sjuksköterskan ska göra en bedömning av den boendes eventuella nutritionsproblem som kan vara orsakade av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna med mera. Riskbedömning enligt bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment) ska göras och BMI (Body Mass Index) följas regelbundet. När risk för undernäring identifierats eller undernäring konstaterats ska åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en vårdplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 16 poäng.

Verksamheten har lokala rutiner för nutrition. Riskbedömning för undernäring (malnutrition) görs med hjälp av bedömningsinstrumentet för i stort sett alla

boende. Resultatet av riskbedömningen dokumenteras nästan alltid i journalen. Omvårdnadsplaner upprättas i flertalet journaler.

Förbättringsåtgärd

Uppföljning av vidtagna åtgärder ska dokumenteras i journalen. Sjuksköterskan ska informera läkaren om den boende har ät- och sväljsvårigheter för ställningstagande till vidare utredning. Näringspreparat vid undernäring ska ordinerats av läkare.

11. Fall och fallskador

Verksamheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt bedömningsinstrumentet Downton fallriskindex (DFRI). Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ska vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal ska få utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenssjukdom faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. När risk för fall identifierats eller när den boende faller ska åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en omvårdnadsplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 17 poäng.

Verksamheten har skriftliga lokala rutiner för att förebygga fall och fallskador. Riskbedömning för fall med hjälp av bedömningsinstrument görs på alla boende. Resultatet av riskbedömningen dokumenteras i stort sett alltid i journalen. Omvårdnadsplaner upprättas i flertalet journaler.

Förbättringsåtgärd

Sjuksköterskan ska alltid rapportera till läkare när en boende med nedsatt kognitiv förmåga har fallit. Uppföljning av vidtagna åtgärder ska dokumenteras i journalen.

12. Demens

I ett gruppboende/enhet för personer med demenssjukdom ska det alltid finnas personal både dag och natt. Enheterna bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demenssjukdom bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det är viktigt att personalen behärskar svenska språket. Den boende ska samtycka till att skyddsåtgärd, till exempel sänggrind används.

Vid bedömning om skyddsåtgärd ska samtycke, beslut, åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i journalen.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 13 poäng.

Alla boende har genomgått demensutredning och det finns omvårdnadspersonal både dag och natt. Ingen av enheterna/planen har fler än nio boende. En sjuksköterska har utbildning inom öppen hälso- och sjukvård. Flertalet sjuksköterskor har viss demensutbildning. Omvårdnadspersonalen får handledning inom området demens.

Förbättringsåtgärd

All berörd personal, även legitimerad personal bör ges möjlighet till regelbunden handledning/kompetensutveckling om vård av personer med demenssjukdom. Vid bedömning om skyddsåtgärd, till exempel sänggrind ska samtycke till åtgärden, bedömning och beslut, åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i journalen.

13. Rehabilitering

En rehabiliteringsjournal ska upprättas vid inflyttning om behov finns. Vid vårdplaneringar i verksamheten bör rehabiliteringspersonal, det vill säga arbetsterapeut/sjukgymnast delta. Boende som har behov av behandling av rehabiliteringspersonal ska erbjudas detta. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av rehabiliteringspersonal och användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL³-status utföras.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 18 poäng.

De boende som har behov av behandling kan erbjudas detta individuellt eller i grupp. Hjälpmedel utprovas individuellt och användningen följs upp av sjukgymnast/arbetsterapeut. Rehabiliteringsplaner upprättas för det mesta när behov föreligger. ADL- status utförs för i stort sett samtliga boende.

Förbättringsåtgärd

Sjukgymnast och arbetsterapeut bör medverka vid vårdplaneringar i verksamheten.

³ ADL- aktiviteter i det dagliga livet, saker som vi dagligen gör som att äta, tvätta och klä oss.

14 Mun- och tandhäsovård

Sjuksköterskan ska bedöma den äldres munhälsa/munhålans kondition vid inflyttning till boendet. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för den boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att kunna äta och dricka men också för att förebygga eventuella infektioner i munhålan. De äldre som har ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov ska erbjudas munhälsobedömning årligen och personalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 14 poäng.

Alla boende erbjuds munhälsobedömningar. Det finns dock brister i sjuksköterskans bedömning av den äldres munstatus och i dokumentationen av detta.

Förbättringsåtgärd

Sjuksköterskan måste intensifiera arbetet med att uppmärksamma den äldres munhälsa genom att göra bedömning av munstatus/munhålans kondition, vidta nödvändiga åtgärder när behov föreligger samt dokumentera detta i journalen.

Dokumentation

I QUSTA ingår även en metod för dokumentationsgranskning vid namn CAT-CH-ING. Enligt den metoden redovisas resultatet av granskningen med en poäng, en genomsnittspoäng av de granskade journalerna, vilket har gjorts vid tidigare års uppföljningar. I syfte att stimulera verksamheten till ett förbättrings- och utvecklingsarbete på ett mer pedagogiskt sätt har MAS vid årets granskning istället valt att redovisa resultatet av dokumentationsgranskningen i löpande text.

Vid uppföljningen har 25 % av omvårdnadsjournalerna granskats. Verksamheten dokumenterar digitalt i dokumentationsprogrammet Vodok. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal för de personer som bor i kommunens särskilda boendeformer och är i behov av sjuksköterskas, arbetsterapeuts eller sjukgymnasts åtgärder/insatser.

Innehållet i journalen regleras i Patientdatalagen⁴ och i Socialstyrelsens föreskrifter⁵. Utifrån gällande lagstiftning har MAS upprättat regler för dokumentation och journalhantering.

⁴ Patientdatalagen (2008:355)

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Vid granskningen har följsamheten till gällande lagstiftning och MAS regler granskats. Dokumentationen ska också göras enligt omvårdnadsprocessen. Granskningen omfattar även att omvårdnadsprocessen kan följas i dokumentationen.

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 den digitala journalen uppdelad i olika delar/rubriker;

- allmänna uppgifter,
- anamnes,
- status,
- planer (vård- och/eller rehabiliteringsplaner), och
- åtgärder.

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 till exempel uppgifter om utförd ID- kontroll. Under rubriken *anamnes* dokumenteras till exempel den boendes tidigare hälsohistoria. Under rubriken *status* dokumenteras den boendes aktuella hälsotillstånd till exempel hud/vävnad och nutrition.

Dokumentationen ska också följa omvårdnadsprocessen. Detta innebär att när en risk eller ett problem identifierats, till exempel risk för fall, undernäring och/eller trycksår ska detta först dokumenteras under respektive sökord i status. Om risken eller problemet kräver återkommande hälso- och sjukvårdsinsatser över tid ska en omvårdnadsplan upprättas. Planen ska innehålla en risk eller problemdiagnos, målet 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.

Resultat av granskningen

Granskningen visar att dokumentationen överlag är bättre än vid granskningen 2011. Granskaren bedömer att nivån på dokumentationen är godtagbar men att det finns utrymme för fortsatt utveckling och förbättring av dokumentationen.

Följsamheten till MAS regler om att en fullständig journal ska vara upprättad inom fjorton dagar efter inflyttning kan dock bli bättre.

Flertalet journaler innehåller mer eller mindre fullständiga uppgifter avseende allmänna uppgifter, anamnes och status. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring är genomförda för i stort sett alla boende och resultaten av de flesta bedömningarna är dokumenterade i status.

Det finns omvårdnadsplaner för nästan alla boende som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring, vilket är en klar förbättring i jämförelse med 2011. Planerna innehåller diagnos och mål. Flertalet planer innehåller planerade åtgärder men genomförda åtgärder, uppföljning och resultat av åtgärderna saknas i nästan alla planer, vilket gör det svårt att följa omvårdnadsprocessen.

Det saknas överlag omvårdnadsplaner för boende med andra identifierade risker eller problem som kräver återkommande åtgärder/insatser över tid, till exempel såromläggning.

Granskningen visar vidare att all dokumentation är daterad och att texten är begriplig/läslig i alla journaler. All dokumentation är signerad med några få undantag.

Resultatet av journalgranskningen har sammanställts i en större och mer detaljerad rapport som återkopplats till verksamheten.

Förbättringsåtgärd

Hälso- och sjukvårdspersonal måste följa MAS regel avseende dokumentation och journalhantering. Nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal, som saknar kunskap om dokumentationssystemet måste ges möjlighet att lära sig detta i samband med introduktionen.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Förvaltningsgruppen behandlade ärendet 2012-12-06 och pensionsrådet 2012-12-06.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen anser att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs i stort sett håller samma nivå som 2011 men har utvecklats och förbättrats sedan 2009. Kvaliteten på Sätra vård- och omsorgsboende uppnår även i år i genomsnitt 83 % av de ställda kraven på god kvalitet.

De områden som genomgående uppvisar goda resultat är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedelshantering, delegering och medicintekniska produkter.

De områden som uppvisar lägst poäng är inkontinens, mun- och tandhälsovård samt demens. Granskningen av dokumentationen visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen har förbättrats varje år sedan 2009. Vissa brister kvarstår dock fortfarande i verksamheten.

Förvaltningen anser att de förbättringsåtgärder som krävs är inom området inkontinens är främst att utredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel görs av sjuksköterska med förskrivningsrätt. Utprovning av inkontinenshjälpmedel bör göras av sjuksköterska och omvårdnadspersonal tillsammans.

Förvaltningen föreslår vidare att verksamheten vidtar förbättringsåtgärder inom området demens så att all berörd personal, även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ges möjlighet till regelbunden handledning/kompetensutveckling om vård av personer med demenssjukdom. Förbättringsåtgärder bör även vidtas vad gäller bedömning och dokumentation av skyddsåtgärder, till exempel sänggrind.

Sjuksköterskan måste intensifiera arbetet med att uppmärksamma den äldre munhälsa genom att göra bedömning av munstatus/munhålans kondition, vidta nödvändiga åtgärder när behov föreligger och dokumentera detta i journalen.

För att förbättra dokumentationen så att omvårdnadsprocessen tydliggörs måste verksamheten säkerställa följsamheten till MAS regler för dokumentation och journalhantering.

Inom de områden som uppvisar relativt höga, men inte full poäng, till exempel delegering, basal hygien, vård i livets slutskede, fall, nutrition och trycksår krävs främst att verksamheten reviderar lokala rutiner och säkerställer att MAS regler och verksamhetens lokala rutiner följs.

En ny kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården kommer att genomföras under 2013 för att se att verksamheten kommit till rätta med kvarstående brister.