



Handläggare: Kristina Ström  
Telefon: 08- 508 24 017

Till  
Skärholmens stadsdelsnämnd

## **Rapport om den kommunala hälso- och sjukvården år 2009 inom Skärholmens stadsdelsförvaltnings särskilda boendeformer**

### **Förvaltningens förslag till beslut**

Skärholmens stadsdelsnämnd beslutar följande.

1. Rapporten godkänns och läggs till handlingarna.

Steinunn Á Hákansson  
Stadsdelsdirektör

Kristina Ström  
Medicinskt ansvarig  
sjuksköterska

### **Sammanfattning**

Under 2009 har medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, genomfört en kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården i kommunens särskilda boenden i Skärholmen. Kvalitetsuppföljningen har gjorts med kvalitetsinstrument QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). De boenden som har följts upp är Vårbergs vård- och omsorgsboende, Sätra vård- och omsorgsboende och Skärholmens servicehus. De hälso- och sjukvårdsområden som har ingått i granskningen är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedelshantering, delegering, hygien och dokumentation m.fl.

Kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs varierar något på de olika enheterna. Granskningen visar att vård- och omsorgsboendena i genomsnitt

uppnår 71 % och att servicehuset uppnår 82 % av de uppställda kraven på god kvalitet.

De områden som genomgående uppvisar goda resultat är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, delegering, hygien och rehabilitering.

De områden som genomgående uppvisar lägst poäng är inkontinens och trycksår. Granskningen visar också att det finns mer eller mindre allvarliga brister avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen på samtliga enheter.

De förbättringsåtgärder som krävs är främst att upprätta eller revidera lokala rutiner för den hälso- och sjukvård som bedrivs på enheterna. Enheterna har redan under 2009 påbörjat arbetet med att revidera och upprätta lokala rutiner inom de områden där brister framkommit. Under hösten 2009 gjordes en översyn av ledningen på Sättra vård- och omsorgsboende och en ny verksamhetschef tillsattes i januari 2010. Verksamhetschefen har tillsammans med MAS upprättad en handlingsplan för att komma till rätta med de brister avseende hälso- och sjukvården som framkommit.

För att förbättra dokumentationen kommer bland annat den lokala dokumentationsgruppen, som består av legitimerad personal från alla enheter, även fortsättningsvis att träffas regelbundet två gånger per termin för att vidareutveckla dokumentationen.

Under 2010 kommer åter en kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården att genomföras för att se att enheterna kommit till rätta med bristerna.

## **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 sjukvårdslagen, 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 HSL 24 § finnas en MAS som ansvarar för att hälso- och sjukvården håller en god kvalitet. Enligt stadsdelens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 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 2009 har en kvalitetsuppföljning genomförts på Vårbergs VoO, Sättra VoO och Skärholmens servicehus.

Syftet med kvalitetsuppföljningarna är att se till:

- att vårdtagarna får en god och säker vård som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12),
- att MAS lokala riktlinjer för hälso- och sjukvård efterlevs, och
- att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Vid uppföljningarna har kvalitetsinstrumentet QUSTA (som står för Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) använts. Det ingår även ett uppföljningsinstrument för omvårdnadsdokumentation enligt QUSTA. Instrumentet är framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio stadsdelar/kommuner i Stockholms län och revideras regelbundet.

De områden som, helt eller delvis, granskats är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedelshantering, delegering, avvikelshantering, medicintekniska produkter, hygien, vård i livets slutskede, inkontinens, trycksår, nutrition, fall och fallskador, rehabilitering, mun- och tandhälsovård och dokumentation. Området mun- och tandhälsovård ingår för första gången i uppföljningen.

Alla frågor som ingår i varje granskat område är inte relevanta för varje enhet på grund av olika inriktningar och målgrupper. Med anledning av detta utgår därför vissa frågor vilket framgår av respektive område under respektive rubrik i redovisningen. Den totala maxpoängen blir därför också olika för varje enhet, vilket gör att en fullständig jämförelse mellan dem inte är möjlig.

På Sättra VoO ingår samtliga områden i granskningen. På Vårbergs VoO ingår samtliga områden utom området demens i granskningen. På Skärholmens servicehus utgår området demens helt i granskningen och områdena nutrition och hygien utgår delvis.

### Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar av den kommunala hälso- och sjukvården.



Den ena 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/or, arbetsterapeut och sjukgymnast för att de tillsammans svara på frågorna. MAS besöker sedan verksamheten och går igenom materialet med berörd personal. Vid det besöket diskuteras även eventuella förslag till förbättringsåtgärder inom berörda områden.

Varje granskat område, förutom dokumentationen, poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Vid tidigare års granskningar har maxpoängen uppgått till 260 poäng. Med anledning av att området mun- och tandhälsovård tillkommit uppgår maxpoängen nu till 280.

Alla frågor inom varje område är dock inte helt relevanta för de tre granskade enheterna och maxpoängen 280 kan därför inte uppnås mer än på Sättra VoO. Vårbergs VoO kan uppnå max 260 poäng och Skärholmens servicehus max 248 poäng.

MAS granskar minst 15 % av omvårdnadsjournalerna och resultatet redovisas för sig. En granskad omvårdnadsjournal får max 29 poäng om texten är dataskrivnen. De granskade enheternas hälso- och sjukvårdsdokumentation görs i Stockholm stads datadokumentationsprogram Vodok.

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

Vid den senaste granskningen 2007 ingick även Solholmen, ett socialpsykiatriskt boende, och resultatet från Solholmen redovisades då tillsammans med servicehuset. Vid 2009 års uppföljning ingår inte Solholmens gruppboende utan endast äldreomsorgens särskilda boenden. Med anledning av förändringarna i poängsättningen och att Solholmens gruppboende inte ingår i granskningen försvåras jämförelse med tidigare års granskningar.

I rapporten redovisas först en tabell över enheterna och de granskade hälso- och sjukvårdsområdena. De områden där frågorna delvis utgår är markerade i tabellen

med en asterisk. De områden som helt utgår är markerade i tabellen med två asterisker. Därefter redovisas varje granskat område för sig med resultat av granskningen och eventuella förbättringsförslag.

Vid uppföljningen av Vårbergs VoO våren 2009 fanns det cirka 64 permanent boende och 20 korttidsplatser på enheten. Vid uppföljningen av Skärholmens servicehus fanns cirka 117 boende och på Sätra VoO fanns 128 boende hösten 2009.

Tabell över granskade hälso- och sjukvårdsområden

	Vårbergs VoO	Sätra VoO	Skärholmens servicehus
Maxpoäng 20p/fråga			
<b>Första delen:</b>			
<b>Frågor som regleras enligt förordningar</b>			
1. Kontakt med läkare m.fl.	20	18	20
2. Läkemedelshantering	15	9	15
3. Delegering	20	16	20
4. Avvikelsehantering	16	12	19
5. Medicintekniska produkter	18	16	17 av 18*
6. Hygien	20	18	14 av 16*
<b>Andra delen:</b>			
<b>Frågor som berör vård och behandling</b>			
7. Vård i livets slutskede	16	14	16
8. Inkontinens	10	4	10
9. Trycksår	10	8	14
10. Nutrition	13	10	10 av 14*
11. Fall och fallskador	15	9	16
12. Demens	**	13	**
13. Rehabilitering	18	17	18
14. Mun- och tandhälsovård	12	12	14
Antal poäng:	203	176	203
Möjliga poäng:	<b>260</b>	<b>280</b>	<b>248</b>
<b>Uppfyllelse i procent:</b>	<b>78 %</b>	<b>63 %</b>	<b>82 %</b>
Dokumentation max 29 poäng	<10	<6	<10

\*vissa frågor inom området utgår delvis

\*\* området utgår helt

## Granskade områden

### 1. Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal

Det ska finnas riktlinjer på äldreboenden för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna i lokala rutiner för enheten 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*

Genomsnitt för granskade enheter 19,3 poäng

På alla enheter finns lokala rutiner för läkarkontakt 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 lokal 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 iordningställande, överlämnande m.m. 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*

Genomsnitt för granskade enheter 13 poäng

Två enheter har en lokal instruktion för läkemedelshantering men dessa är inte reviderade utifrån MAS lokala instruktion för läkemedelshantering.

En enhet saknar en lokal instruktion för läkemedelshantering.

Det har genomförts en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga enheter under 2009. Dokumentation i omvårdnadsjournalerna på enheterna om att läkemedelsansvaret övertagits av sjuksköterska är bristfällig. Vid två av enheterna finns det brister angående delegerad personals signering av överlämnat läkemedel.

### *Förbättringsåtgärd*

En lokal instruktion för läkemedelshanteringen ska upprättas på en enhet och revideras på två enheter. Det ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen att ansvaret för läkemedelshanteringen övertagits av sjuksköterska. Personal med delegering ska alltid signera överlämnandet av läkemedel på signeringslista.

### 3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera medicinska arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en 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*

Genomsnitt för granskade enheter 18,7 poäng

Två enheter har en lokal rutin för delegering men dessa är inte reviderade. En enhet saknar en lokal rutin. Kunskapskontroller utförs i samband med omprövning/förlängning av delegering. Delegeringarna följs inte alltid upp under den tid som de gäller på grund av tidsbrist. Det finns sjuksköterskor som ansvarar för fler än tjugo delegeringar vilket anses som en gräns för att kunna följa upp dem.

### *Förbättringsåtgärd*

En lokal rutiner för delegering ska upprättas på en enhet och den lokala rutinen ska revideras på två enheter. Av de lokala rutinerna ska det framgå hur uppföljning av delegeringarna går till och hur många delegeringar varje sjuksköterska bör ansvara för.

### 4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelshantering. Vid en avvikelse eller risk för avvikelse ska alltid en avvikelserapport i skrivas i Vodok, Stockholms stads datadokumentationssystem. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter 15,7 poäng

En av tre enheter har en lokal skriftlig rutin för avvikelshantering. Vid två av tre enheter återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till personalen när en avvikelse eller risk för avvikelse inträffat. Avvikelseberapporterna registreras i vissa fall allt för långt efter inträffad händelse vilket fördröjer och möjligtvis, försvårar utredningsarbetet.

### *Förbättringsåtgärd*

En lokal instruktion för avvikelshantering ska upprättas på en enhet och revideras på två enheter. Det ska framgå av rutinerna hur återkoppling av händelsen och vidtagna åtgärder görs till personal när en avvikelse eller risk för avvikelse inträffar. Avvikelseberapporteringen i Vodok ska göras snarast möjligt efter inträffad händelse.

### 5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på 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*

Genomsnitt för två granskade vård- och omsorgsboenden, 17 poäng av 20.

Resultat av granskningen på servicehuset, 17 poäng av 18 (utgår delvis)

De två vård- och omsorgsboendena saknar en lokal skriftlig rutin för MTP.

Det finns en lokal rutin på servicehuset som inte är reviderad.

Personal utbildas och instrueras i användandet av MTP. Arbetsterapeut och sjukgymnast provar individuellt ut och förskriver hjälpmedel och dokumenterar dem i omvårdnadsjournalen.

### *Förbättringsåtgärd*

Det ska upprättas lokala rutiner för MTP på vård- och omsorgsboendena och den lokala rutinen på servicehuset ska revideras.



## 6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är därför mycket viktigt att det finns möjlighet för personalen att tvätta händerna och att de har tillgång till handsprit. Personalen ska också ha tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för två granskade vård- och omsorgsboenden, 19 poäng av 20.  
Resultat av granskningen på servicehuset, 14 poäng av 16 (utgår delvis).

Följsamheten till dokumenterade hygienrutiner är bra. Det finns alltid tillgång till tvål och pappershanddukar avsedda endast för omvårdnadspersonal i de boendes lägenheter i de två vård- och omsorgsboendena. En enhet saknar rutiner för hantering av riskavfall.

På servicehuset har inte all personal tillgång till tvål och pappershanddukar i de boendes lägenheter. All personal har dock fickflaskor med handsprit som används i samband med patientnära omvårdnad.

### *Förbättringsåtgärd*

En enhet ska upprätta rutiner för hantering av riskavfall.

## 7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att sätta in extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med.

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

### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter 15,3 poäng

På alla enheter finns det möjlighet för närstående att medverka/närvara vid vård i livets slutskede. Patient, närstående och berörd personal erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slutskede.

Vid behovsordinerade läkemedel kan överlämnas inom en viss tid och det finns möjlighet att ha extra personal närvarande om så behövs.

#### *Förbättringsåtgärd*

En enhet saknar en skriftlig lokal rutin för vård i livets slutskede. Det ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen att läkare fattat beslut om vård i livets slutskede. Likaså ska vårdplan upprättas vid vård i livets slutskede.

### 8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende 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*

Genomsnitt för granskade enheter 8 poäng

Inkontinens är det område som uppnått lägst poäng i genomsnitt. Alla boende med inkontinens är inte utredda. Trots att inkontinenshjälpmedel ska förskrivas individuellt till varje person görs detta inte. Det saknas upprättade vårdplaner för de personer som är inkontinenta.

#### *Förbättringsåtgärd*

Alla boende med symtom på inkontinens ska utredas och resultatet ska dokumenteras. Inkontinenshjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt.

### 9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer t ex lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån resultatet vidtas förebyggande åtgärder.

#### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter 10,7 poäng

Trycksår är också ett område som uppnått låga genomsnittspoäng. Två av tre enheter har en lokal rutin för att förebygga/behandla trycksår.

Årlig riskbedömning för trycksår med hjälp av bedömningsinstrument görs inte på alla boende. Resultatet av riskbedömningen dokumenteras inte alltid i omvårdnadsjournalen. Det finns även brister i dokumentationen av planerade och vidtagna åtgärder när trycksår uppkommit.

#### *Förbättringsåtgärd*

En enhet ska upprätta en lokal rutin för trycksår. Resultatet av utförda riskbedömningar ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. När risker identifierats eller trycksår uppstått ska åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras.

### 10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som den äldre har. Nattnattfastan ska inte vara längre än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning av den äldres eventuella nutritionsproblem som kan vara orsakade av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna m.m. BMI-värdet bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för två granskade vård- och omsorgsboenden, 11,5 poäng av 20.  
Resultat av granskningen på servicehuset, 10 poäng av 14 (utgår delvis)

Vid de två vård- och omsorgsboendena uppvisar området nutrition låga poäng. Två av tre enheter har en lokal rutin för nutritionsproblem. Det görs inte alltid riskbedömningar för att se om det föreligger risk för undernäring. Resultatet av riskbedömningarna dokumenteras inte alltid. Det finns risk för att nattnattfastan kan överstiga rekommenderade 11 timmar.

#### *Förbättringsåtgärd*

Riskbedömningar för nutrition/malnutrition ska göras på alla boende och resultatet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Samtliga enheter ska revidera/upprätta en lokal rutin för nutritionsproblem. Av rutinen ska det framgå hur enheten säkerställer att inte nattnattfastan överstiger 11 timmar.

### 11. Fall och fallskador

Det förekommer att de boende faller och oftast leder detta inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador.

En riskbedömning bör också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare 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. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter, 13,3 poäng av 20.

Det saknas reviderade och/eller upprättade skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador på enheterna. Riskbedömningar görs inte på alla boende och resultatet av genomförda riskbedömningar dokumenteras inte alltid. Läkare informeras vanligtvis när en boende har fallit.

### *Förbättringsåtgärd*

Enheterna ska revidera och/eller upprätta en lokal rutin för att förebygga fall. Av rutinen ska det framgå att läkare ska informeras när en boende har fallit. Riskbedömningar för fall ska genomföras för alla boende och resultatet dokumenteras.

## 12. Demens

På gruppboende 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. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut.

### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för den granskade enheten 13 poäng

På enheten finns omvårdnadspersonal både dag och natt. Ingen av enheterna på boendet har fler än nio boende. Omvårdnadspersonalen får kompetensutveckling inom området minst en gång per år, t ex genom handledning och föreläsningar. Personalens språkkunskaper är inte alltid helt tillräckliga. Enheten saknar lokala skriftliga rutiner för hur individuella larm ordinerar.

### *Förbättringsåtgärd*

Enheten ska upprätta en skriftlig rutin för hur individuella larm ordinerar.

### 13. Rehabilitering

Om behov finns ska en rehabiliteringsjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör rehabiliteringspersonal 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 ADL-status utföras.

#### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter 17,6 poäng

De boende som har behov av behandling kan erbjudas detta individuellt eller i grupp i samtliga enheter. Hjälpmedel utprovas individuellt och användningen följs upp av sjukgymnast/arbetsterapeut. Rehabiliteringsplaner upprättas inte alltid vid behov.

#### *Förbättringsåtgärd*

Rehabiliteringsplan ska upprättas av arbetsterapeut och sjukgymnast när behov föreligger.

### 14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska bedöma den äldres munhälsa vid inflyttning till boendet. Denna bedömning är ett munvårdstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för individens välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. De äldre som har ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

#### *Resultat av granskningen*

Genomsnitt för granskade enheter 12,7 poäng

På alla enheter erbjuds alla äldre som är berättigade munhälsobedömningar. Det finns dock brister i sjuksköterskans bedömning av den äldres munstatus och dokumentationen av detta.

### *Förbättringsåtgärd*

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

### Dokumentation

I QUSTA ingår även en metod för dokumentationsgranskning vid namn CAT-CH-ING. Vid uppföljningen har 20 % av omvårdnadsjournalerna granskats. Enheterna dokumenterar i det databaserade dokumentationsprogrammet Vodok.

### *Resultat av granskningen*

Poängen för granskade enheterna varierade i genomsnitt mellan 6 poäng eller lägre till 10 poäng eller lägre.

Dokumentationen på enheterna uppvisar mer eller mindre allvarliga brister. En av bristerna är avsaknad av upprättade vårdplaner i majoriteten av de granskade journalerna. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska följa omvårdnadsprocessen. Detta innebär att när risker eller problem identifieras ska dessa dokumenteras och en vårdplan upprättas. Av vårdplanen ska det framgå vilka åtgärder som ska vidtas för att komma till rätta med risken eller problemet och när åtgärderna ska följas upp. Resultatet av utförda åtgärder ska dokumenteras.

Det lokala dokumentationsstödet har till viss del varit otillräckligt på enheterna. Det finns för få utbildades dokumentationshandledare på varje enhet, vilket gör att stödet till den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen inte varit optimalt.

### *Förbättringsåtgärd*

Det behövs fler utbildade handledare på enheterna. 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.

## **Förvaltningens synpunkter och förslag**

Förvaltningen anser att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs kan utvecklas och förbättras. Kvaliteten varierar också något mellan de olika enheterna. Granskningen visar att vård- och omsorgsboendena i genomsnitt

uppnår 71 % och att servicehuset uppnår 82 % av de uppställda kraven på god kvalitet.

De områden som genomgående uppvisar högst poäng är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, delegering, hygien och rehabilitering. De områden som genomgående uppvisar lägst poäng är inkontinens och trycksår. På en enhet uppvisas även låga poäng inom områdena läkemedelshantering och fall och fallskador.

Granskningen visar också att det finns mer eller mindre allvarliga brister avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen på samtliga enheter. Dokumentationen måste bland annat utvecklas till att bättre följa omvårdnadsprocessen.

Förvaltningen anser att de förbättringsåtgärder som krävs på enheterna är främst att upprätta eller revidera lokala rutiner för det hälso- och sjukvårdsarbete som redan bedrivs. De lokala rutinerna ska också ha en bättre följsamhet till gällande riktlinjer och instruktioner.

Enheterna har redan under 2009 påbörjat arbetet med att revidera och upprätta lokala rutiner inom de områden där brister framkommit. Under hösten 2009 gjordes en översyn av ledningen på Sättra vård- och omsorgsboende och en ny verksamhetschef tillsattes i januari 2010. Verksamhetschefen har tillsammans med MAS upprättad en handlingsplan för att komma till rätta med de brister avseende hälso- och sjukvården som framkommit.

För att förbättra dokumentationen så att omvårdnadsprocessen lättare kan följas bör förslagsvis nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal ges möjlighet att lära sig dokumentationssystemet i samband med introduktion. Den lokala dokumentationsgruppen, som består av legitimerad personal från alla enheter, kommer även fortsättningsvis att träffas regelbundet två gånger per termin för att vidareutveckla dokumentationen.

Under 2010 kommer åter en kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården att genomföras för att se att enheterna kommit till rätta med bristerna.