



TERTIALRAPPORT I, DEL 2

Denna del av tertialrapporten innehåller sådan återkommande uppföljning som inte efterfrågas i kommunstyrelsens anvisningar, utan som enbart är för nämnden. Följande delar ingår:

- Förslag, klagomål och synpunkter (sid 2)
- Redovisning av betyg höstterminen 2004 (sid 5)
- Kvalitets- och avtalsuppföljning inom äldreomsorg och omsorg för personer med funktionshinder (sid 8)
- Kvalitetsuppföljning och granskning av kommunal hälso- och sjukvård (sid 15)
- Analys av hälso- och sjukvårdsstatistik (sid 27)

Förslag, klagomål och synpunkter

Medborgare och brukare kan lämna förslag, klagomål och synpunkter inom ramen för nämndens förbättringssystem ”Vi vill bli bättre”. Inkomna synpunkter redovisas i de båda tertialrapporterna och i verksamhetsberättelsen.

Verksamhet för barn och ungdom

	Förskola	Skola	Fritid	Funktionshinder
Bemötande/Information	15	5		5
Kvalitet på tjänsten	28	4	2	
Inflytande/Delaktighet		1	2	1
Personalens kompetens	3	2		
Utemiljö	5	2	2	
Tillgänglighet		3		1
Tekniska frågor	1		1	1
Kvalitet på mat/städ	13	2		
Utrustning och säkerhet	1	2		
Mobbning				
Handläggning av ärenden		11		
Övrigt	1			4

Exempel på synpunkter i de mest frekventa kategorierna:

- Kvalitet på tjänsten - 15 synpunkter gäller hög sjukfrånvaro med många olika vikarier på förskola.
- Bemötande och information - 9 synpunkter avser brist på, och för sen information på en förskoleavdelning.
- Kvalitet på mat och städning - ca 10 synpunkter gäller allt för söt kost på en förskoleenhet.
- Handläggning av ärenden - 5 synpunkter gäller klassplacering eller indelning i skolan.

Verksamhet för äldre och vuxna funktionshindrade

Till verksamhetsområdet äldre och funktionshindrade (beställaren) har under januari-mars 2005 totalt inkommit 22 förslag, klagomål eller synpunkter. Av dessa har 18 gällt verksamhet som drivs på entreprenad eller privat vårdgivare och 4 förslag, klagomål eller synpunkter har avsett verksamhet i egen regi. De förslag, klagomål eller synpunkter som inkommit till förvaltningen har vidarebefordrats till respektive utförare och enhet för åtgärd och besvarande. Återkoppling och åtgärder för att förhindra att situationen uppkommer igen har genomförts vid varje tillfälle.

Utförare	Synpunkterna har i huvudsak gällt:	Antal synpunkter
Egen regi Fridhemmet Servicehus	Väntetid vid larm, utförd hjälp, omvårdnaden	2
Attendo Care AB Alströmerhemmet	Bemanning, information, omvårdnad, bemötande	3
Förenade Care AB Serafens äldreboende	Vården	1
Care Partner AB Essinge äldreboende	Avveckling av äldreboende	1
Respecta Omsorg AB Pilträdet servicehus	Beviljad hjälp, planering	2
Hemstödgruppen, egen regi	Synpunkter på förändring av arbetsgruppens organisation	1
Hemtjänsten på Kungsholmen och Essingeöarna, kundval (egen regi)	Beviljad ledsagning	1
Carema Äldreomsorg AB Essinge, hemtjänst kundval	Utförd hjälp, mathantering, tillgänglighet	3
Respecta Hemtjänst AB, Hemtjänst kundval	Städning, utförd hjälp, försvunna föremål, utebliven hjälp	6
Attendo Care AB, kundval hemtjänst	Beviljad hjälp ej utförd	1
Stockholm Omsorg AB, hemtjänst kundval	Tillgänglighet	1
Totalt		22

Redovisningen nedan av egen regiverksamheten omfattar förslag, klagomål eller synpunkter som kommit direkt till respektive enhet. Redovisningen omfattar **inte** förslag, klagomål eller synpunkter som inkommit direkt till entreprenörerna.

Utförare egen regi	Synpunkterna har i huvudsak gällt:	Antal synpunkter
Fridhemmet servicehus *)	Vården och servicens utförande, bemötande, utebliven insats, bevakning och insats i samband med trygghetslarm	18
Hemtjänsten på Kungsholmen och Essingeöarna, kundval	Kvalitet på tjänsten, bemötande	6
Hemstödgruppen på Kungsholmen och Essingeöarna	Ej åtgärdad beställning	1
Totalt		25

*) Alla synpunkter utreds snabbt. De tas sedan upp för diskussion på arbetsplats-träff, dels respektive synpunkt, dels en generell diskussion vad man göra för att förebygga klagomål. Extrapersonal får ordentlig introduktion samt muntlig och skriftlig information om arbetet samt vilka förväntningar som finns.

”Lex Sarah”

Under perioden har en s.k. ”Lex Sarah”- anmälning inkommit. Stadsdelsförvaltningen bedömning var att verksamhetsansvarig Riksbyggen Serviceboende AB vidtagit de åtgärder som krävts. Stadsdelsnämnden beslutade dock att vidarebefordra anmälan till Länsstyrelsen. Länsstyrelsen bedömde att stadsdelsförvaltningen följt de föreskrifter som finns och fann inget skäl till att inleda en egen utredning.

”Lex Maria”

Inga s.k. ”Lex Maria”-anmälningar har skett under perioden.

Individ och familj

Under januari tom 15 april 2005 har två synpunkter inkommit avseende verksamheter inom Individ och familj. Synpunkterna avser missnöje med nåbarhet i det ena fallet och missnöje över ett fattat beslut i det andra fallet. Samtal har förts med handläggare och de klagande.

Gatu- och parkskötsel

För den fysiska verksamheten har förvaltningen de senaste åren valt att redovisa statistiken från gatu- och fastighetskontorets driftcentral. Driftcentralen har öppet dygnet runt alla dagar och tar emot synpunkter på all kommunalteknisk service. För tertial 1 2005 gäller följande siffror, ställda i relation till första och andra halvåret 2004:

	Första halvåret 2004	Andra halvåret 2004	Summa 2004	Tertial 1 2005
Snöröjning/halka/sandsopning	98	199	297	245
Städning av gata/park	60	82	142	52
Träd/parkvård	12	40	52	25
Dammar och fontäner	1	1	2	-
Djurfrågor/döda djur, skadedjur	20	25	45	25
Summa	191	347	538	347

Antalet inkomna synpunkter styrs helt av naturens och klimatets skiftningar. Totalt är antalet inkomna synpunkter på de frågor stadsdelsnämnden ansvarar för lika många för första fyramånadersperioden 2005 som för hela andra halvåret 2004. Tyngdpunkten ligger - som vanligt - på synpunkter på snöröjning och halkbekämpning, i detta fall under perioden februari-mars.

Som ett exempel på hur väder och väglag påverkar frekvensen förslag, klagomål och synpunkter kan nämnas att av de 245 samtal om snöröjning m.m. som inkom under första fyramånadersperioden är 180 samtal registrerade under perioden 15 februari - 20 mars. Synpunkterna på städning av gator och parker bedöms jämförbara med tidigare år. Synpunkterna på träd- och parkvård har ökat, men många samtal handlar här om samma objekt. Antalet djurfrågor tenderar att variera mycket mellan åren, sannolikt beroende på att mängden råttor och kaniner varierar med klimat m.m.

Redovisning av betyg höstterminen 2004

Betyg ges i grundskolan som terminsbetyg varje termin i år 8 och höstterminen år 9 och avser om målen uppnåts för respektive termin. Vårterminen år 9 ges ett slutbetyg som avser hur väl eleven uppnått målen för hela grundskoletiden. Som betyg används tre beteckningar: Godkänd (G), Väl godkänd (VG) och Mycket väl godkänd (MVG). För varje ämne finns nationella mål att uppnå och mål att sträva mot. Målen konkretiseras på varje skola och är grunden för betygsgriterierna. Godkänd innebär att eleven uppnått de grundläggande kunskapsmålen i ett ämne och utgångspunkten är att alla ska uppnå denna. Om en elev inte uppnår dessa mål ska betyg inte sättas - beteckningen Icke godkänd (IG) tillämpas alltså inte i grundskolan.

Betygsfördelning Rålambshovsskolan

Höstterminen 2004 har 128 elever i år 8 och 154 elever i år 9 fått terminsbetyg. Av dessa har 19 elever i år 8 och 28 elever i år 9 inte uppnått G i minst ett ämne. Antal elever som inte uppnått G i fler än två ämnen är 7 i år 8 och 14 i år 9. Det är en minskning i båda årskurserna men framför allt en stor minskning i år 8. Av de 19 eleverna i år 8 som ej uppnått G var det 13 flickor. I år 9 var motsvarande siffra 11 flickor. Av de elever som inte

uppnått G står alltså flickorna i år 8 för 68 % medan det är jämnt fördelat i år 9.

Antal elever som ej uppnått G:

Rålambshovsskolan	År 8	År 9
Ej G i 1-2 ämnen	12	14
Ej G i 3 eller fler ämnen	7	14
Summa	19 elever 15 %	28 elever 18 %

I år 8 är matematik, moderna språk (spanska, franska) och kemi ämnen där flest elever ej uppnått godkänd. Det är i stort samma ämnen som föregående år. I år 9 är det jämfört med föregående år andra ämnen som har flest ej godkända elever. De är geografi, biologi och svenska.

I ämnena matematik, svenska och engelska är betyget G ett krav för att vara behörig till gymnasiet. Den procentuella andelen elever i år 8 och 9 som inte uppnått betyget G under höstterminen fördelar sig enligt följande:

Ht-04

Rålambshov	År 8	År 9
Svenska	2 % 3 elever	7 % 11 elever
Matematik	7 % 9 elever	3 % 5 elever
Engelska	2 % 3 elever	2 % 3 elever

Ht-03

Rålambshov	År 8	År 9
Svenska	7 % 11 elever	6 % 9 elever
Matematik	9 % 14 elever	7 % 10 elever
Engelska	4 % 6 elever	7 % 10 elever

Det är genomgående bättre resultat jämfört med föregående år, undantaget svenska i år 9.

Stadshagsskolan

Under hösten 2004 har 83 elever i år 8 och 77 elever i år 9 fått terminsbetyg. Av dessa har 26 elever i år 8 och 22 elever i år 9 inte uppnått G i minst ett ämne. Det är en ökning i år 8 och en minskning i år 9 jämfört med föregående år. Antal elever som inte uppnått G i fler än två ämnen är 10 i både år 8 respektive år 9. Antalet flickor som inte uppnått G i år 8 var 7 flickor och i år 9 8 flickor. Det är för år 8 en andel på 27 % som kan jämföras med Rålambshovsskolans 68 %.

Antal elever som ej uppnått G

Stadshagsskolan	År 8	År 9
Ej G i 1-2 ämnen	16	12
Ej G i 3 eller fler ämnen	10	10
Summa	26 elever 31 %	22 elever 29 %

De ämnen där flest elever i år 8 inte uppnått G är bild, matematik, NO-ämnen och idrott. Föregående år var motsvarande ämnen moderna språk, musik och matematik. Det är alltså fortfarande många elever som inte uppnått G i matematik, i övrigt är det andra ämnen.

I år 9 är det hösten 2004 i stort sett helt andra ämnen där eleverna inte uppnått G jämfört med föregående hösttermin. Teknik är det ämne flest elever inte uppnått G i, andra ämnen är geografi och fysik. Det sistnämnda fanns även med föregående år. Moderna språk som tidigare år låg högt i både år 8 och år 9 har sänkt antalet ej godkända betyg.

Den procentuella andelen elever i år 8 och 9 i Stadshagsskolan som inte uppnått betyget G i basämnena under höstterminen fördelar sig enligt följande:

Ht-04

Stadshagen	År 8	År 9
Svenska	5 % 4 elever	6 % 5 elever
Matematik	8 % 7 elever	5 % 4 elever
Engelska	4 % 3 elever	5 % 4 elever

Ht-03

Stadshagen	År 8	År 9
Svenska	4 % 3 elever	3 % 2 elever
Matematik	6 % 5 elever	5 % 4 elever
Engelska	5 % 4 elever	4 % 3 elever

Andelen ej godkända i de tre basämnena har genomgående ökat med undantag av matematik i år 9 som ligger kvar på samma nivå.

En jämförelse mellan Rålambshovsskolan och Stadshagsskolan visar att Rålambshovsskolan har färre elever som inte uppnått G i de tre basämnena med undantag av svenska i år 9. Föregående år var resultatet omvänt.

För de elever som ej uppnått G i de tre basämnena svenska, matematik och engelska anordnas extra stöd och möjlighet för dem att läsa dessa ämnen som Elevens val. De elever som saknar betyg i flera ämnen får möjlighet att studera i liten undervisningsgrupp där ämneslärare och speciallärare arbetar tillsammans. För samtliga elever som ej har betyg gäller att läraren efter ett utvecklingssamtal tillsammans med eleven och föräldrarna upprät-

tar ett åtgärdsprogram för eleven. Åtgärdsprogrammet följs kontinuerligt upp och justeras efter behov i samråd med elev och föräldrar.

Sommarskola kommer i början av sommaren att anordnas på Rålambshovsskolan för elever i som avslutat skolår 8 och 9 och inte bedöms uppnå betyget Godkänd i ett eller flera basämnen.

Kvalitets- och avtalsuppföljning

Äldreomsorg

Under januari-april 2005 har uppföljning av åtgärdsplaner skett på Serafens äldreboende, Alströmerhemmet och Respecta Hemtjänst. Vidare har hemtjänstverksamheten vid Carema äldreomsorgs två enheter Arbetargatan och Essinge följts upp. Uppföljning av Stockholms stads ramavtal och tillsynsbesök enligt 13 kap 5 § SoL har genomförts på Stockholms sjukhem. Nattbesök har genomförts på Serafen, Solbacken, Linden, Marieberg, Alströmerhemmet och S:t Eriks äldreboende.

Redovisning av uppföljning av verksamhet och åtgärdsplaner

Utgångspunkten för uppföljningarna har varit tecknat avtal eller överenskommelse, tidigare uppföljningar och åtgärdsplaner. Metod för uppföljningen:

- Besök i verksamheten
- Samtal med verksamhetschef och representanter från personalgruppen
- Stickprovskontroll av dokumentation.

Nattbesök på äldreboenden

Under februari har kvalitetsuppföljaren och medicinskt ansvarig sjuksköterska genomfört nattbesök på samliga äldreboenden utom servicehusen. Syftet har varit att ha dialog med nattpersonalen och se om enheterna har arbetat med rutiner som garanterar en god och säker vård nattetid.

Serafens och Solbackens äldreboende har sedan vårt förra nattbesök strukturerat nattarbetet med tydligare rutiner. På Solbacken, Linden och Marieberg som ej har sjuksköterska på plats nattetid uppgav personalen att samarbetet med mobilt sjukskötersketeam fungerar bra och de känner sig trygga. På Alströmerhemmet var de natrutiner som ledningen har angivit till förvaltningen bara delvis kända hos personalen. I nya avtalet är nattbemanningen på Alströmerhemmet förstärkt och personalen tycker nu att de kan ge en bättre omsorg. S:t Eriks äldreboende har också i och med det nya avtalet en utökad nattbemanning. Personalen där upplever det som en stor förbättring och uppgav att oroliga boende nu är mycket lugnare när det finns personal på varje boendeenhet. Återkoppling av nattbesöket har skett till ledningen för respektive äldreboende.

Uppföljning av kundval hemtjänst Carema Äldreomsorg AB, Arbetargatan

Förra årets uppföljning föranledde ingen åtgärdsplan då verksamheten hade en mycket god kvalitet.

Alla pensionärer har utsedd kontaktperson och arbetsplaner finns för alla hemtjänsttagare. All fast personal och de timanställda som arbetar ofta och regelbundet har legitimation. Den uppvisas dock inte regelmässigt och enheten uppmanas av kvalitetsuppföljarna att visa legitimation utan anmodan vid det första besöket. Enheten vill framhålla att de regelbundna möten de har med biståndshandläggarna var 6:e vecka är mycket värdefulla och ger möjlighet till ömsesidigt informationsutbyte mellan kontaktpersonerna och biståndshandläggarna. Enheten fortsätter som tidigare med flera aktiviteter för pensionärerna i hemtjänstlokalen. Bingocafé och ett skriftligt nyhetsbrev till pensionärerna är nyheter för i år.

Det inkommer mycket få synpunkter på enhetens arbete. En synpunkt har rapporterats till stadsdelsnämnden för 2004. Den årliga brukarundersökningen har genomförts 2004 och resultatet överlämnades vid besöket. Det sammanvägda totalbetyget som hemtjänsttagarna ger Arbetargatan ligger över genomsnittet för Carema äldreomsorgs samtliga hemtjänsttagare. På frågan om vad som är viktigast att förbättra svarar hemtjänsttagarna att det är att personalen har tid och slipper stressa. Medarbetarundersökningen visar att personalen är positiv till ledarskapet och den omtanke och engagemang som ledarskapet ger. Av svaren framkommer också att arbetsklimatet på enheten är något pressat och kan bli bättre genom bättre samarbete och bättre bemötande kollegor emellan.

Stickprovskontroll av dokumentation visar att i ineliggare finns biståndsbeslut, larmregistrering samt nyckelkvittenser. Varje vårdbiträde har en pärm för sina pensionärer och där finns arbetsplan, omvårdnadsrapport och daganteckningar. Kontrollen visar att det finns en del gamla och icke relevanta dokument i pärmarna och de ska rensas bort. Årtal ska framgå på samtliga dokumentationsblad. I några fall innehåller daganteckningarna ovidkommande omdömen om den enskilde, detta får inte förekomma. Enheten uppmanas att ha en genomgång av regler för dokumentation och åtgärda bristerna i dokumentationen. Detta ska vara åtgärdat under våren 2005.

Följande sätts upp på åtgärdsplan

- Enheten uppmanas att ha en genomgång av regler för dokumentation och åtgärda bristerna i dokumentationen och detta ska vara åtgärdat under våren 2005.

- Enheten uppmanas av kvalitetsuppföljarna att visa legitimation utan anmodan vid det första besöket.

Uppföljning av åtgärdsplan kundval Carema Äldreomsorg AB, Essinge

Komplettering av enhetsspecifika rutiner skulle ske vad gäller nyckelhantering, kontaktmannens ansvarsområde samt anmälan av Lex Sarah. Detta är åtgärdat förutom att det saknas fullständiga rutiner för Lex Sarah anmälan. Detta måste omedelbart åtgärdas.

Förteckning över personalens utbildningsnivåer ska sändas in till kvalitetsuppföljarna. Förteckningen har inkommit 26 maj 2004.

SoL-dokumentation ska uppdateras, förbättras och föras enligt gällande lagar. Kontaktpersonen ansvarar för att skriva social journal och daganteckningar. Stickprovskontroll av dokumentationen visar att social journal och daganteckningar skrivs men är olika och sporadiskt förda. Årtal och datum måste framgå på samtliga dokument, kundens personnummer fattas oftast på daganteckningsbladet, dokumentation får ej föras med blyerts. På daganteckningsbladet anges veckonummer istället för datum. Enheten måste gå igenom och säkra att dokumentationen görs på rätt sätt.

Utbildning i regler för dokumentation. Enligt enhetschefen har detta tagits upp på arbetsplatsträff. Kvalitetsuppföljarna uppfattar att det brister i både förståelsen av vikten att dokumentera, vad som ska dokumenteras samt hur denna dokumentation ska ske. Stockholms stad har inbjudit till utbildning i dokumentation och enhetschefen uppmanades att anmäla sig själv och sina medarbetare till denna utbildning.

Genomgång av Lex Sarah har genomförts på arbetsplatsträff under 2004.

Plan för kompetensutveckling skulle sändas in hösten 2004. Ej åtgärdat, men redovisar genomförd utbildning i verksamhetsberättelsen för 2004.

Arbetsplanen ska ha underskrifter och kopia ska skickas till pensionär och biståndshandläggare. Arbetsplanerna är i stort sett undertecknade. Uppger att pensionären och biståndshandläggare får kopia. För varje kund ska det upprättas en hempärm, i dagsläget finns den hemma hos ca en fjärdedel av kunderna.

I övrig fördes en allmän diskussion om verksamheten. En gruppchef finns alltid i tjänst dag, kväll och helg och ansvarar för den dagliga arbetsledningen. Varje morgon och vid arbetsdagens slut träffas hela personalgruppen för arbetsgenomgång med enhetschef och gruppledare.

Carema har genomfört en brukar- och medarbetarenkät. Förbättringsområden som framkommit för Essinge hemtjänst är att personalens lyhördhet och bemötande måste förbättras. De behöver också bli bättre på att passa tider. Inom personalgruppen måste de förbättra samarbetet och bli mer vaksamma om någon i gruppen har en pressad arbetssituation.

Följande sätts upp på åtgärdsplan.

- Genomgång, uppdatering av dokumentation samt genomgång av regler för dokumentation.

Uppföljning av åtgärdsplan Pilträdet's hemtjänst drivs av Respecta Omsorg

Bättre kontinuitet, roterande arbetskort ska ej förkomma

Enheten har arbetat om sina scheman så att pensionärerna har fasta vårdbiträden. Stickprovskontroll av dokumentation visar att arbetsplaner upprättas och daganteckningar skrivs.

Uppföljning av åtgärdsplan Alströmerhemmet drivs av Attendo Care AB

Uppdatering och översyn av samtliga hempärmar och genomgång av regler för dokumentation Stickprovskontroll av dokumentation visar att SoL dokumentation förs och är relativt uppdaterad. Det skiljer dock en del mellan de olika boendeenheterna. En genomgång av regler för dokumentation och vilka dokument som ska finnas i boendepärmarna bör genomföras även i år. Dokumentationen kan förbättras ytterligare genom att arbetsplanerna får en mer individuell prägel. Det ska klart framgå årtal på de olika dokumenten. Om enheten använder systemet med både hempärmar och arbetskort måste det garanteras att uppdatering sker på båda ställena så att risken för felinformation undanröjs. Egenkontroll av dokumentation sker genom att samordnare och sjuksköterskor granskar sina kollegors dokumentation enligt socialtjänstlagen (SoL) respektive hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Egenkontrollen på dokumentation måste förbättras då stickprovskontroll av dokumentationen visar att det inte alltid dokumenteras på rätt sätt.

Genomgång av Lex Sarah har genomförts på arbetsplatsträff under 2004.

Vid mathantering ska personalen bära köksförkläde. Köksförkläden är inköpta och används. Alströmerhemmet ska byta matleverantör under våren, därmed hoppas man få bättre kvalitet på maten och kunna göra mer varierande beställningar. Boendeenheterna vill ha möjlighet att ibland tillaga maten i det egna köket tillsammans med de boende.

All personal ska bära namnskylt. Detta efterlevs inte, vid besöket är det flera som saknar namnskylt. Ledningen måste regelbundet påminna personalen om vikten av att bära namnskylt.

Alströmerhemmet har sedan föregående uppföljning haft en fortsatt positiv utveckling. Det är mer ordning och reda på boendeenheterna. Verksamheten bedrivs mer strukturerat med en tydligare ansvarsfördelning inom arbetsgrupperna. Kontaktpersonen ska vara den som i första hand hjälper den boende, så sker dock inte alltid idag. Under våren kommer det att starta en kvalitetsgrupp i huset. En person ska utbildas till kvalitetsombud och sedan leda gruppen som ska bestå av en personal från varje våningsplan. Gruppen kommer att få riktade frågor att arbeta med såsom trivsel, kvalitet, arbetsmiljö och kost. Samtliga boendeenheter ska under året införa signeringslista för genomförda individuella och gemensamma aktiviteter. Tanken är att de boende ska erbjudas någon aktivitet varje dag.

Följande sätts upp på åtgärdsplan

- Kontaktpersonen ska vara den som i första hand hjälper den boende
- Uppdatering av SoL dokumentation och genomgång av regler för dokumentation.
- Påminnelse om att bära namnskylt

Uppföljning av åtgärdsplan Serafens äldreboende drivs av Förenade Care AB

Handlingsplan för åtgärder vid akuta händelser, tex. larmfel. Enheten har utarbetat rutiner för åtgärder vid akuta händelser.

Plan för hur omvårdnadsarbetet ska organiseras vid larmfel. Enheten har utarbetat rutiner för detta.

Upprättande av lokal rutinhandbok. En rutinhandbok har upprättats men för att öka tillgängligheten bör den flyttas från sjuksköterskexpeditionen till omvårdnadspersonalens expedition.

Brister i SoL- dokumentation. Delvis åtgärdat men vissa brister kvarstår. Stickprovskontroll visar bl.a. på, ofullständig dokumentation, dokumentation skriven med blyerts, överstruken dokumentation ej signerad. Årtal och fullständigt namn och personnummer fattas ofta. Signaturförtydligande saknas i vissa fall. Det framgår ibland inte vem som upprättat dokumentationen. Individuell plan - social del är sällan uppdaterad. Dokumentationen enligt socialtjänstlagen är i vissa fall upprättad av paramedicinare istället för av kontaktpersonen eller omvårdnadspersonalen. Ny kontroll av dokumentationen genomförs under juli 2005.

Förbättrad kosthantering och måltidsmiljö

Köksförkläden är inköpta och personalen använder köksförkläde vid mat-
hantering. Tillredda frukostsmörgåsar förvaras i kylskåp. Det dukas fint
inför måltiderna och på ett par boendeenheter pågick bakning till eftermid-
dagskaffet. Sedan årsskiftet är det "Anders kocken" som levererar maten.
Detta har medfört att både boende och anhöriga är mer nöjda med den mat
som levereras. Utsedda kostombud finns inom varje arbetsgrupp.

Genomgång av Lex Sarah är genomförd för samtlig personal och det tas
regelbundet upp på arbetsplatsmöten. Information om Lex Sarah ingår
också i introduktionen av ny personal.

All personal ska bära namnskylt. Flera i personalgruppen saknar namn-
skylt. Ledningen måste regelbundet påminna personalen om vikten av att
bära namnskylt.

Tvättnedkast och balkonger/fönster måste vara låsta på demsenheterna.
Vi besöket var flera tvättnedkast olåsta och på en balkong var fönstret
öppet. Enheten måste ha en egenkontroll som säkrar att fönster och tvätt-
nedkast är låsta. Ny uppföljning sker i juli 2005.

*Schemaändring, kontaktpersonen ska vara den som i första hand hjälper
den boende med morgonrutinerna.* Plan 4 och 5 har nu ändrat sina rutiner
så att det är kontaktpersonen som hjälper den boende i första hand.

Uppgifter om boende måste förvaras inlåsta. Uppgifter om boende förva-
ras nu rätt utom på boendeenheten Grubbens där en del daganteckningar
finns i rapportpärm. Detta måste omedelbart åtgärdas. Uppföljning sker
juli 2005.

Förenade Care AB är som företag certifierade enligt ISO 9001:200. Under
2004 har representanter för de olika yrkeskategorierna arbetat i kvalitets-
grupper och upprättat enhetsspecifika skriftliga rutiner för Serafen. Arbetet
med att implementera rutinerna i hela personalgruppen pågår. Som i ett led
för att förbättra dokumentationen har en mentorsgrupp i dokumentation
bildats. Sammantaget bedrivs en god vård och omsorg inom Serafen. Vid
besöken på de olika boendeenheterna observerar vi att personalen arbetar
lugnt, metodiskt och har ett bra bemötande mot de boende.

Uppföljning av Stockholms stads ramavtal och tillsynsbesök enligt 13 kap 5 § socialtjänstlagen Stockholms sjukhem

Från januari 2005 har Stockholms sjukhem inte erhållit fortsatt avtal med
landstinget gällande rehabplatser. De har därför under hösten 2004 ändrat

sin organisation med neddragning av paramedicinare och sjuksköterskor. Rehabiliteringsverksamheten är vilande i avvaktan på tillstånd från Länsstyrelsen till att få bedriva somatisk korttidsvård med tio platser.

Sjuksköterskorna har nu större ansvarsområde och hinner inte vara ute i vården i samma omfattning som tidigare. Det har inneburit att man också infört delegering av överlämnade av läkemedel till omvårdnadspersonal. På en boeenhet har man tagit bort en tjänst som köks och trivselansvarig och fördelat det arbetet på övriga i personalgruppen. Dokumentationen sker i Take Cares datadokumentationssystem. Det verkar vara ett enkelt system att arbeta i för både HSL- och SoL- dokumentation. Systemet behöver dock vidareutvecklas så att man lätt kan se vem som har dokumenterat i journalen.

Vår bedömning är att Stockholms sjukhem fortfarande har en god bemanning utifrån antal boende. Samtliga boeenheter har en varm och behaglig atmosfär och intresserad personal. Tid för reflektion och handledning finns. Stockholms sjukhem uppfyller kraven i stadens ramavtal.

Uppföljning av Stockholms stads ramavtal

Rehab Station Stockholm, drivs av Praktikertjänst AB

Inriktningen för verksamheten är korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om särskild service till vissa funktionshindrade (LSS) § 9.6 för barn, ungdomar samt vuxna - oavsett svårighetsgrad och funktionshinder. Verksamheten har en mycket god kvalitet. Målet är att vara en träffpunkt för i första hand funktionshindrade barn och ungdomar med möjlighet att träffas, utbyta erfarenheter samt få en ökad självständighet. Miljöombyte, aktiv fritid i likhet med icke funktionshindrade barn och ungdomar samt möjlighet att träffa vuxna förebilder med liknande problem ingår i verksamhetens mål förutom att även ge en kontinuerlig avlastning för föräldrarna. Aktiviteterna på "korttids" består av kultur, idrott och träning.

I samband med att barnet/ungdomen skrivs in i verksamheten upprättas en vårdplan. Närvarande är då förutom barnet/ungdomen även föräldrar samt personal. Inför varje korttidshelg skickar personalen hem ett personligt brev med information om kommande aktiviteter där möjlighet finns för barnet/ungdomen samt anhöriga att komma med synpunkter. Efter varje helg görs därefter en utvärdering. Hänsyn tas till varje barn/ungdoms önskemål för respekt och integritet via delaktighet och uppsatta mål. En sammanställning av barnens/ungdomarnas utvärdering görs som en årlig uppföljning tillsammans med föräldrar och personal. Föräldramöte erbjuds två gånger per termin. Deltagarna i centrum är en viktig del i personalens sätt att jobba och bemöta.

Ledningen består av en föreståndare samt en korttidsansvarig. Den senare är anställd sedan februari månad 2005. Rutiner finns för kvalitetssäkring samt kvalitetsutveckling. Barnen/ungdomarna vistas på "korttids" fredags-söndag. Som mest är de boende åtta stycken. Personalen består av tre personer från verksamheten, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, undersköterskor samt sjuksköterska. Omsättningen på personal är låg och detta borgar för en kontinuitet för de boende.

Franstorps verkstäder, ekonomisk förening (personalkooperativ). Verksamhetens inriktning är daglig verksamhet enligt LSS § 9,10 för vuxna personer med utvecklingsstörning. Verksamheten har en mycket god kvalitet utifrån begreppen att människan är produktiv, frisk, social samt solidarisk. Självbestämmande och delaktighet uppmuntras på olika sätt. Verksamheten omfattar läderverkstad, snickeri, tygverkstad, tidningsredaktion samt målargrupp. Arbetstagarna, som är i åldern 20-67 år, är indelade i fem grupper med två handledare i varje grupp. Varje arbetstagare har en kontaktperson bland personalen. Valfrihet präglar verksamheten inom ramen för dess inriktning mot hantverk och media samt en medveten strävan efter normalisering och att tillgodose arbetstagarnas behov av ett aktivt liv med arbetsglädje, personlig utveckling samt sociala och kulturella behov.

Egna rutiner för kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning finns. Kontroll av hur målsättningen förverkligas sker genom 2-3 planeringsdagar under året när också riktlinjer för kommande arbete går igenom. Individuella arbetsplaner upprättas för varje arbetstagare tillsammans med denne och eventuellt dennes företrädare och följs upp och revideras vid behov varje år. Anhörigträffar, personalmöten, handledning internkontroll av arbetsmiljön, handlingsplaner för hot- och våldsituationer, övergrepp, klagomål, utrymning och olycksfall ingår i kvalitetssystemet. Internkontrollen dokumenteras i checklistor och i en arbetsmiljöplan.

Personalomsättningen har varit låg vilket medför en stabilitet för arbetstagarna. Under det senaste året har dock tre nya personer anställts pga av att en personal har friår, en har gått i pension och en har slutat.

Kvalitetsuppföljning och granskning

kommunal hälso- och sjukvård

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att kontinuerligt följa upp hälso- och sjukvården inom stadsdelsnämndens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga

sjuksköterskor från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett instrument för uppföljning av dokumentation - CAT-CH-ING - framtaget av Catrin Björvell och Ingrid Thorell-Ekstrand (2000).

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse att:

- vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 1996:24)
- stadsdelsnämndens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård efterlevs
- lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

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/ kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Dels en del med frågor som regleras enligt förordningar och dels en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska säkerställa en minigräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar och som ska vara uppfyllt

1. Läkarkontakt

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Enheterna ska även känna till landstingets avtal och kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas. MAS förmedlar avtalen till samordningssjuksköterska.

2. Läkemedelshantering

Det är mycket viktigt att läkemedelshanteringen sköts korrekt. Riktlinjer och lokala rutiner måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande

m.m. ska dokumenteras. Det är viktigt att alltid kvalitetssäkra läkemedels-
hanteringen och sträva efter nollversion.

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer av personalbrist. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelshantering. När en avvikelse och en risk för avvikelse har inträffat ska en rapport skrivas och en åtgärd ska vidtas. Händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

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

6. Hygien

Många av dem som bor på äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas 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 och matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Frågor som berör vård och behandling och som ska vara uppfyllt

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slutskede är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för palliativ vård/vård i livets slut. Läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha 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. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. 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 - allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer. Det kan vara lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen eller andra faktorer. 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 vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de äldres näringsbehov. Natfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. Body Mass Index - BMI-värdet - bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i en omvårdnadsplan i omvårdnadsjournalen.

11. Fall och fallskador

Det förekommer att de boende faller. Oftast leder det 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 demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras, och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

12. Demens

På gruppboende för personer med demenshandikapp ska det alltid finnas personal både dag och natt. Enheten bör inte lämnas utan tillsyn under natten. En demensenhet bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer ska ha utbildning inom demensområdet och det ska finnas tillgång till handledning och

kontinuerlig fortbildning. Det är viktigt att personalen behärskar det svenska språket. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar och kunskap om vad som ska rapporteras till MAS. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. En demensutredning bör vara gjord när en boende flyttar in på gruppboendet.

13. Rehabilitering

Om behov finns ska en rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör paramedicinsk personal delta. Boende som har behov av behandling av paramedicinsk personal ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av paramedicinsk personal, och användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

14. Dokumentation av omvårdnadsjournal

I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsprogram vid namn CAT-CH-ING framtaget av Catrin Björvell och Inger Thorell-Ekstrand (2000). Vid uppföljning på äldreboende granskas ca 15 % av omvårdnadsjournalerna. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 72 om texten är datorskriven eller 69 om dokumentationen är skriven för hand. Granskningen av dokumentationen redovisas som ett medelvärde. Metoden har inte använts denna gång utan journalerna har granskats utan poängsättning.

Resultat av kvalitetsuppföljningar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under första kvartalet följt upp hälso- och sjukvården tillsammans med kvalitetsuppföljaren som följt upp den sociala omsorgen på:

- Serafens äldreboende, mars (Förenade Care AB).
- Alströmmerhemmet plan 0 – 2 + 6, februari (Attendo Care)
- Alströmmerhemmet plan 3 – 5 och Blåduvan och Näckrosen, februari (Attendo Care)
- Solbacken har följts upp i slutet av mars. Redovisas i tertial 2.

Serafens äldreboende

Sammanfattning

Serafens lokala rutiner gällande hälso- och sjukvård ska följa MAS riktlinjer. Sjuksköterskorna har sedan föregående uppföljning i september 2003 arbetat med att upprätta rutiner. Serafen har denna gång erhållit 206 poäng av de totala 260, en förbättring från 68 % till 79 % (figur 2). Det finns ännu områden där rutiner saknas och som måste ses över eller aktualiseras för att uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet.

Pärmen med lokala rutiner ska också bara innehålla rutiner som berör hälso- och sjukvård och inte t.ex. arbetsmiljö.

Inkontinens är ett av områdena som har kvalitetsförbättrats sedan föregående uppföljning, medan andra områden kvarstår, t.ex. hygien och palliativ vård. Förbättringsåtgärderna anges på en separat åtgärdsplan, tabell 1. Det fortsatta kvalitetsarbetet handlar nu mycket om att arbeta efter och följa de lokala rutiner som verksamheten skapat. När omvårdnadsdokumentationen granskas kommer bl.a. rutinerna att kunna följas upp, t.ex. ska det finnas dokumentation i journalen på BMI, inkontinenshjälpmedel m.m.

Trycksårsområdet har förbättrats sen tidigare uppföljning. Northonskalan har börjat användas vid riskbedömning av trycksår. Sjuksköterskorna på planen, speciellt plan 2 har börjat använda Biolight ljusbehandling för att läka sår och med mycket god effekt vilket är en kvalitetshöjning. Biolight ljusbehandling har godkänts som en medicin tekniskprodukt.

Ett plan för dementa består av tre boendeenheter med totalt 27 boende. På natten är det en personal som ambulerar mellan boendeenheterna, vilket innebär att några boendeenheter på planet inte alltid är bemannade.

Granskningsmallen CAT-CH-ING har inte används och därmed har inte journalerna poängsatts. Men vid den granskning som genomfördes noteras att omvårdnadsdokumentationen förbättrats mycket sedan föregående granskning. Att fortlöpande arbeta med att bättra på dokumentationen ger kvalitet. Omvårdnadsprocessens olika steg har utvecklats sedan tidigare granskning. BMI och inkontinens finns dokumenterat i journalerna. Sammantaget är dokumentationen bra men vid några tillfällen saknas den röda tråden och en struktur mellan status och vårdplan.

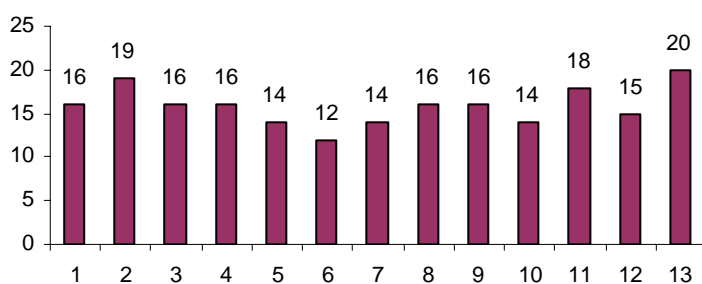
I en komplettering till avtalet är det uppgett att sjuksköterskan ansvarar för hälso- och sjukvårdsuppgifter, delegeringar och övriga frågor av hälso- och sjukvårdskaraktär inom sitt ansvarsområde. Detta innebär att sjuksköterskorna inte ska ha någon arbetsledande funktion, utan ska utföra uppgifter som hör till hälso- och sjukvård samt handleda omvårdnadspersonal i dessa frågor. Det har blivit så att sjuksköterskorna tagit på sig eller fått sig tilldelat uppgifter som inte är hälso- och sjukvårdsuppgifter, som t.ex. arbetsledning främst helger, visa lägenheter m.m. Det är viktigt att sjuksköterskorna utför rätt saker och enbart koncentrerar sig på hälso- och sjukvårdsuppgifterna eftersom sjukskötersketätheten är beräknad efter detta. Arbetsterapeut och sjukgymnaster uppger att de saknar en gemensam ledning.

Tabell 1.

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
1.Läkarkontakt.	Fråga 3 och 4. Enheterna ska känna till landstingets avtal för läkarinsatser.	Följs upp vid nästa uppföljning
2.Läkemedels- hantering	Fråga 10. Alltid signera överlämnat läkemedel på signeringslistan efter intagen dos, räcker inte med oftast. Viktig fråga att informera och arbeta med.	Följs upp vid nästa uppföljning
3. Delegering	Fråga 5. Kunskapskontroll ska alltid utföras även vid förlängning, inte bara ibland. Fråga 6. Delegeringar ska alltid följa upp under den tid de gäller, inte bara ibland Fråga 10. Ssk bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar bl.a. för att kunna uppfylla fråga 5 och 6.	Följs upp i augusti
4.Avvikelse	Fråga 5. Det är alltid den person som upptäcker händelsen som ska börja dokumentera händelseförloppet på avvikelseblanketten. Fråga 7. Återkoppling av vidtagna åtgärder ska alltid ske. Plan 2 arbetar så idag med återkoppling av avvikelserapporter till all berörd personal på apt och vid omvårdnadsplanering.	Följs upp vid nästa uppföljning
5.Medicinteknisk produkt (MTP)	Fråga 2. Serviceavtal för all MTP ska finnas. Fråga 3. Kontroll av MTP ska ske årligen Fråga 4. Årlig service måste utföras av teknisk kunnig personal. Fråga 5. Rutin för hur analys avseende tillbud och olyckor måste finnas. Redovisning av inventarielista och serviceprotokoll på all MTP under 2004.	Följs upp vid nästa uppföljning
6.Hygien	Fråga 3. Skyddskläder vid orent arbete ska alltid användas, inte bara ibland. Fråga 4. Det bör finnas tvål mm avsedd för personalen för att utföra handhygien hemma hos vårdtagaren. Fråga 5. Vårdpersonalen måste alltid i samband med omvårdnad använda handsprit inte bara ibland. Fråga 6. Enheten måste försöka organisera arbetet så att inte omvårdnadsarbete och mathantering sammanfaller. Fråga 8. Rutiner för riskavfall måste upprättas. Plan 1 använder alltid handsprit vid omvårdnadsarbetet.	Följs upp vid nästa uppföljning
7.Vård i livets slut	Fråga 1. Rutiner för vård i livets slut måste upprättas. Fråga 5. Individuell vårdplanering vid vård i livets slut ska alltid genomföras och dokumenteras i en omvårdnadsplan. Inte bara vid behov. Fråga 6. Närstående, patient och berörd personal ska alltid erbjudas tillfälle att delat i vårdplanering vid vård i livet slut. Ej enbart vid behov.	Följs upp vid nästa uppföljning
8.Inkontinens	Fråga 5. Alla som har en inkontinens bör vara utredd. Fråga 7. Vid inkontinens skar omvårdnadsplan finnas.	Följs upp vid nästa uppföljning

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
9.Trycksår	Fråga 6. Riskbedömning av trycksår ska alltid dokumenteras i omvårdningsjournalen, inte bara oftast. Fråga 10. Ssk bör alltid göra ett smärtstatus om vårdtagare uppvisar smärta vid trycksår.	Följs upp vid nästa uppföljning
10.Nutrition	Fråga 3. Rutiner bör upprättas så att nattfastan inte överstiga 11 timmar. Fråga 6. riskbedömning vid ev. nutritionproblem måste alltid göras. Fråga. 9 Näringspreparat ska alltid ordineras av dietist eller läkare vid nutritionproblem.	Följs upp vid nästa uppföljning
11.Fall och fallskador	Fråga 6. Ssk ska alltid rapportera till läkare då fall inträffat när vårdtagare med nedsatt förmåga fallit.	Följs upp vid nästa uppföljning
12.Demens	Fråga 5. Personal som arbetar med dementa boende måste behärska svenska språket. Fråga 7. Rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar ska finnas.	Följs upp vid nästa uppföljning
13.Rehabilitering	Uppfyller kraven	Följs upp vid nästa uppföljning
14.Dokumentation	Den röda tråden mellan status och vårdplan saknas. Det är viktigt att vårdplan och status följer varandra. En ny genomgång bör ske med data-programmets kundstöd för att få klarhet i hur man i programmet använder sig av vårdplanerna, så att det dokumenteras på ett enkelt och sökbart sätt.	Följs upp vid nästa uppföljning

Figur 2 Serafen plan 0-5



Alströmerhemmet plan 0-2 och 6

Sammanfattning

Alströmerhemmets lokala rutiner gällande hälso- och sjukvård ska följa MAS riktlinjer. Sjuksköterskorna har sedan föregående uppföljning i januari 2004 arbetat med att se över rutiner och en ordentlig översyn har gjorts. Enheten har förbättrat poängen från 196 till 215 av 260 möjliga, en ökning från 75 % till 83 %. Det finns fortfarande några områden kvar där

rutiner måste ses över eller aktualiseras för att uppnå standard för de rikt-
märken som utgör godkänd kvalitet. Förbättringsåtgärderna anges på en
separat åtgärdsplan, tabell 1. Det fortsatta kvalitetsarbete handlar om att
arbeta efter och följa de lokala rutiner som verksamheten skapat. Detta
kommer bl.a. att kunna belysas vid granskningen av omvårdnadsdokumen-
tationen. I journalerna finns nu till viss del dokumentation på BMI,
inkontinens, nutritionsproblem mm.

Det finns personal placerade på demensenheter under natten, men den
personalen ska även hjälpa till på somatisk enhet, vilket betyder att någon
gång under natten är demensenheten obemannad.

Granskningsmallen CAT-CH-ING har inte används och därmed har inte
journalerna poängsatts. Men vid den enkla granskning som genomfördes
noteras att omvårdnadsdokumentationen förbättrats mycket sedan
föregående granskning. Omvårdnadsprocessens olika steg har utvecklats.
Helhetsintrycket av dokumentationen är av god kvalitet men ibland saknas
den röda tråden och en struktur mellan status och vårdplan.

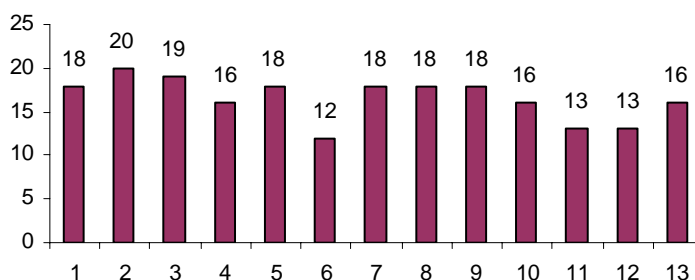
Tabell 1.

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
1.Läkarkontakt.	Fråga 9. Det ska finnas en avsedd person som ansvarar för att telefonlistor till läkare är aktuella.	Följs upp vid nästa uppföljning
2.Läkemedels- hantering	Uppfyller kraven	Följs upp vid nästa uppföljning
3.Delegering	Fråga 5. Kunskapskontroll ska alltid utföras även vid förlängning, inte bara ibland.	Följs upp i augusti
4.Avvikelse	Det går inte att gardera sig med att kryssa i samtliga svar. Det är viktigt att känna till grunden. Fråga 4. Det är chefen som har det yttersta ansvaret för att informera berörd personal om deras skyldigheter. Fråga 5. Det är den person som upptäcker händelsen som ska börja dokumentera händelseförloppet på avvikelseblanketten. Fråga 10. Det är chefen som ansvar för att berörd personal känner till vad Lex Maria innebär.	Följs upp vid nästa uppföljning
5.Medicinteknisk produkt (MTP)	Fråga 11. Det måste finnas en rutin på uppföljning av utlämnande av MTP och hur de används. Redovisning av inventarielista och serviceprotokoll under 2004.	Följs upp vid nästa uppföljning

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
6.Hygien	Fråga 3. Skyddskläder vid orent arbete måste alltid användas inte bara ibland. Fråga 4. Det bör finnas tvål mm avsedd för personalen för att utföra handhygien hemma hos vårdtagaren. Fråga 5. Vårdpersonalen måste alltid i samband med omvårdnad använda handsprit inte bara ibland Fråga 6. Enheten måste försöka organisera arbetet så att inte omvårdnadsarbete och mathantering sammanfaller. Fråga 7. Köksförkläden måste användas vid iordningställande av mat/matlagning.	Följs upp vid nästa uppföljning
7.Vård i livets slut	Fråga 6. Närstående, patient och berörd personal ska alltid erbjudas tillfälle att delat i vårdplanering vid vård i livet slut.	Följs upp vid nästa uppföljning
8.Inkontinens	Fråga 4. Rutin gällande kvarliggande kateter måste upprättas.	Följs upp vid nästa uppföljning
9.Trycksår	Fråga 10. Ssk bör göra ett smärtstatus om vårdtagare uppvisar smärta vid trycksår.	Följs upp vid nästa uppföljning
10.Nutrition	Fråga 3. Rutiner bör upprättas så att nattfastan inte överstiga 11 timmar. Fråga 9. Näringspreparat ska alltid ordineras av dietist eller läkare vid nutritionsproblem.	Följs upp vid nästa uppföljning
11.Fall och fallskador	Fråga 2. det bör finnas skriftliga rutiner för individuell riskbedömning i anslutning till inflyttning. Fråga 3. personalen bör regelbundet utbildas och handledas i fallförebyggande arbete. Fråga 6. Ssk ska alltid rapportera till läkare då fall inträffat när vårdtagare med nedsatt förmåga fallit. Fråga 7. Skriftliga rutiner ska finnas för hur man hanterar vårdtagare som faller ofta.	Följs upp vid nästa uppföljning
12.Demens	Fråga 1. Det bör finnas omvårdnadspersonal på plats på gruppboendet under hela natten. Fråga 3. Den personal som arbetar med dementa bör årligen få kompetensutveckling inom området. Fråga 6. Personalen bör få handledning inom demensvård.	Följs upp vid nästa uppföljning
13.Rehabilitering	Fråga 7. Individuell rehablan måste alltid upprättas när behov föreligger. Fråga 10. Uppföljning av utlämnande av hjälpmedel måste alltid ske.	Följs upp vid nästa uppföljning

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
14.Dokumentation	Ett fortlöpande arbete för att förbättra dokumentationen ger kvalitet. Den röda tråden mellan status och vårdplan saknas. Det är viktigt att vårdplan och status följer varandra.	Följs upp vid nästa uppföljning

Figur 2 Alströmerhemmet plan 0-2+6



Alströmerhemmet plan 3- 5 och 6

Sammanfattning

Alströmerhemmets lokala rutiner gällande hälso- och sjukvårdsarbetet ska följa MAS riktlinjer. Sjuksköterskorna har sedan föregående uppföljning i januari 2004 gjort en ordentlig översyn och förbättrat mycket. Enheten har förbättrat poängen från 197 till 242 av 260 möjliga en ökning från 75 % till 93 % (figur 2). Det finns fortfarande områden där rutiner måste ses över eller aktualiseras för att uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet. Förbättringsåtgärderna anges på en separat åtgärdsplan, tabell 1. Det är mycket viktigt att samtliga sjuksköterskor är med vid ifyllandet av QUSTA materialet, så att alla känner igen sig i frågorna. Det fortsatta kvalitetsarbete handlar mycket om att arbeta efter och följa de lokala rutiner som verksamheten utformat. Detta kommer bl.a. att kunna belysas vid granskningen av omvårdnadsdokumentationen där man kommer att kunna utläsa om det finns dokumentation på t.ex. BMI, inkontinens, nutritionsproblem mm.

Några av sjuksköterskorna uttrycker att de blivit färre p.g.a. att en sjuksköterska till 50 % är biträdande chef och därmed bortkopplad från sjuksköterskearbete. Den tiden ersätts inte alltid vilket betyder mindre timmar för sjuksköterskan att utföra hälso- och sjukvård.

Det finns personal placerade på demensenheterna under natten, men den personalen ska även hjälpa till på somatisk enhet, vilket betyder att någon gång under natten är demensenheten obemannad.

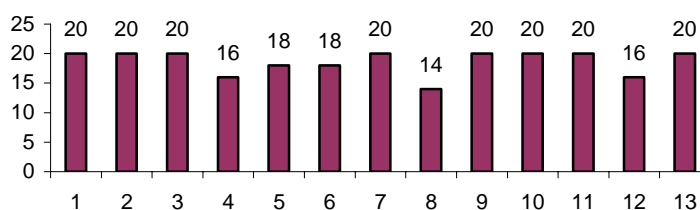
Granskningsmallen CAT-CH-ING har inte används och därmed har inte journalerna poängsatts. Men vid den enkla granskning som genomfördes noteras att omvårdnadsdokumentationen stegvis förbättras. Omvårdnadsprocessens olika steg har utvecklats, i högre grad på plan 4 och 6 än på plan 3 och 5. Helhetsintrycket av dokumentationen är av god kvalitet på plan 4 och 6 men något sämre på plan 3 och 5. Dokumentationen är inte systematiskt förd på plan 3. Det saknas en röd tråd och en struktur mellan status och vårdplan. På plan 5 saknas i stort sett vårdplaner i samtliga journaler.

Tabell 1.

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
1.Läkarkontakt.	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
2.Läkemedels- hantering	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
3.Delegering	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp i augusti
4.Avvikelse	Det går inte att gardera sig med att kryssa i samtliga svar. Det är viktigt att känna till grunden. Fråga 5. Det är den person som upptäcker händelsen som ska börja dokumentera händelseförloppet på avvikelseblanketten. Fråga 8. Det är både ssk/paramed. och chef som ansvar för att återkoppling sker till berörd personal när en avvikelse inträffat.	Följs upp vid nästa uppföljning
5.Medicinteknisk produkt (MTP)	Fråga 7. En inventarielista på MTP måste omedelbart upprättas. Redovisning av inventarielista och serviceprotokoll under 2004.	Följs upp vid nästa uppföljning
6.Hygien	Fråga 4. Det bör finnas tvålv mm avsedd för personalen för att utföra handhygien hemma hos vårdtagaren.	Följs upp vid nästa uppföljning
7.Vård i livets slut	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
8.Inkontinens	Fråga 5. Alla boende med symtom på inkontinens bör få en utredning. Fråga 7. Det ska finnas en omvårdnadsplan på de boende som har inkontinensproblem. Fråga 9. Inkontinenshjälpmedel ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.	Följs upp vid nästa uppföljning
9.Trycksår	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
10.Nutrition	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning

Frågor som regleras enligt lagar och förordningar	Förbättringsåtgärd	Uppföljning
11.Fall och fallskador	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
12.Demens	Fråga 2. Det bör inte bo fler än nio vårdtagare på en demensenhet. Fråga 6. Personalen bör få handledning inom demensvård.	Följs upp vid nästa uppföljning
13.Rehabilitering	Finns upprättade rutiner som uppfyller kraven.	Följs upp vid nästa uppföljning
14.Dokumentation	Samtliga ssk måste fortlöpande arbeta med att förbättra dokumentationen men särskilt plan 3 och 5. Plan 5 måste innan sista maj ha upprättat en godtagbar kvalitet.	Ny kontroll görs i juni Följs upp vid nästa uppföljning

Figur 2 Alströmerhemmet plan 3-5+6



Analys av hälso- och sjukvårdsstatistik perioden januari – mars 2005

Inledning

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) följer och analyserar kontinuerligt alla inkomna avvikelser rörande fall, läkemedel, övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Indikatorer som även registreras varje månad och följs är tex. hur många vårdtagare som; behöver byta vårdform, har avlidit, har trycksår, är i behov av inkontinenshjälpmedel, har apodos eller dosett, har många ordinerade läkemedel samt behöver specifik omvårdnad (tabell 1 och 2). En viss osäkerhet kan finnas i siffrorna genom att det inte alltid är samma sjuksköterskor som lämnat uppgifter.

En jämförelse har även gjorts mellan åren 2003, 2004 och 2005, som redovisas i tabellform efter varje område. Vid jämförelse mellan åren måste man beakta att det skett en del förändringar t.ex. flytten från Långbro och Vårberg till Serafen och nedläggning av plan på Stadshagsgården mm.

Till MAS har under perioden januari- mars 2005 totalt inkommit 235 avvi-

kelser, varav 53 är fall med skada (blåmärke/sår/fraktur), 162 läkemedel (utebliven/förväxlat/dubbel dos) och 20 övriga (medicinteknisk produkt/-brister i vårdkedjan/kommunikation/dokumentation, omvårdnad mm). Inkomna avvikelser har ökat från år 2003 till 2005. Detta kan vara *en följd av att enheterna blivit bättre på att redovisa avvikelser*. Vilket är positivt. Kombinationen med bättre redovisning men likafullt en ökning måste uppmärksammas. En diskussion med berörda enheter om hur läkemedels-hantering ska förbättras kommer att ske. Det har dock arbetats mycket ute på enheterna med vikten av att anmäla avvikelser för att kunna kvalitetssäkra sina rutiner och sitt arbete. De flesta av avvikelserna åtgärdas lokalt av utföraren, som redovisar till MAS. Ingen avvikelse har föranlett anmälan enligt "Lex Maria".

Avvikelser	2003*	2004*	2005
Fall med skada	55	54	53
Läkemedel	74	111	162
Övriga	11	16	20
Summa	140	181	235

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Fall

Skyddsåtgärder som finns är t.ex. att spänna fast någon med bälte, använda sänggrindar, bord framför stol, sänglarm mm. Innan någon skyddsåtgärd används, ska andra utvägar ha analyserats och bedömts. För att någon av dessa skyddsåtgärder ska få användas måste det finnas en ordentlig orsak och en ordination från läkare, sjuksköterska eller paramedicinare. Det är dock inte alltid så att skyddsåtgärden förhindrar vårdtagaren från att ramla. Vårdtagaren kan t.ex. lirka upp bältet, resa sig upp och skada sig vid fallet.

Under perioden januari – mars 2005 har totalt 312 fall registrerats. Merparten av fallen 259 har ej medfört att vårdtagaren skadats. Fall utan skada började registreras först 2004, således saknas uppgift för 2003. Differensen av fall med skada under åren är inte stor.

Avvikelser	2003*	2004*	2005
Fall med skada	55	54	53
Fall utan skada	Saknas uppgift	223	259
Summa		258	312

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Läkemedelshantering

Många vårdtagare ska varje dag få sina läkemedel vid olika tidpunkter. Överlämnandet är oftast delegerat till vårdpersonal, som inte är hälso- och sjukvårdspersonal, förrän de erhållit en delegation av en sjuksköterska.

Personalen får en uppgift att ta ansvar för och utföra, utan att ha formell utbildning i ämnet.

Under januari - mars 2005 har 162 läkemedelsavvikelser registrerats. Läkemedelsavvikelsena är de avvikelser som ökat mest. De flesta avvikelserna som rapporteras handlar oftast om att någon personal glömt att ge vårdtagaren sina läkemedel eller glömt signera att läkemedlet har givits. Läkemedelshantering är ett kontinuerligt kvalitetsarbete. Det gäller att ständigt diskutera; hur minskas incidenterna, hur skapar vi bra rutiner, hur utbildar och hur följer vi upp. Här måste enheterna mera ingående analysera varför, för att kunna rätta till rutinerna.

Avvikelser	2003*	2004*	2005
Läkemedel	74	111	162

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmet servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Övriga avvikelser

Övriga avvikelser handlar om brister i dokumentationen, brister i omvårdnaden, fel på medicinteknisk produkt, glömt att koppla in t.ex. sänglarm och om bristen i vårdkedjan mellan landsting och kommun. Sjukhusen sänder hem vårdtagarna innan de hunnit bli så kallat utskrivningsklara. Avvikelsena sänds till den fallerande avdelningen på sjukhuset, för att händelserna ska diskuteras där och för att förbättra samverkan.

Under perioden januari - mars 2005 har 20 övriga avvikelser registrerats. Det är en liten ökning från föregående år.

Avvikelser	2003*	2004*	2005
Övrigt	11	16	20

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmet servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Byte av vårdform

Det är fler som byter vårdform på dagtid än på jourtid. En hypotes är att eftersom byte av vårdform sker på dagtid när läkare ska finnas tillgänglig, är att vårdtagaren faktiskt pga. svår sjukdomsorsak behöver byta vårdform. Det framgår inte av statistiken om vårdtagaren innan bytet, träffat läkare, eller om läkaren bedömt ärendet per telefon.

Under perioden januari – mars 2005 har 76 vårdtagare bytt vårdform. När det gäller byte av vårdform (till sjukhus) har det skett en stegrande ökning.

Byte av vårdform	2003*	2004*	2005
dagtid	39	30	51
jourtid	11	29	25
Summa	50	59	76

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Vård i livets slutskede/ avlidna

Statistiken rörande vård i livets slutskede, visar att 53 vårdtagare har fått möjligheten till att stanna i sitt hem på äldreboendet, och där stilla avlida, medan 11 vårdtagare avled på annan plats (t.ex. sjukhus) år 2005. En liten ökning har skett med åren.

Avlidna	2003*	2004*	2005
På boendet	44	46	53
På annan plats	10	14	11
Summa	54	60	64

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Trycksår

Trots att det framkommit i uppföljningarna att det saknas vissa rutiner gällande riskbedömning av trycksår, är förekomsten av trycksår inte stor. Sjuksköterskorna arbetar hårt med att förebygga trycksår. Sjuksköterskorna uppger att vårdtagaren ofta fått trycksår redan under sjukhusvistelsen före hemkomsten till boendet, som de sedan läker. När det gäller förekomst av trycksår har inte antalet sår stigit utan är kvar på samma nivå. Skadorna har fördelat sig enligt följande.

Trycksår	2003*	2004*	2005
Stadium 1; kvarstående missfärgning	14	17	11
Stadium 2; epitelskada	13	8	13
Stadium 3; fullhudsdefekt utan sårkavitet	3	4	2
Stadium 4; fullhuds-skada med sårkavitet, som är svårast	1	2	5
Summa	31	31	31

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Förskrivna inkontinenshjälpmedel

Inkontinensområdet är ett område som är eftersatt när det gäller kvalitets-säkring och många av vårdtagarna saknar någon form av utredning eller bedömning av sin inkontinens. Inkommen statistik för perioden jan – mars 2005 visar på att det är ca 525 av vårdtagarna som är användare av inkontinenshjälpmedel.

Förskrivning	2003*	2004*	2005
Inkontinenshjälp.	Ca 400	Ca 515	Ca 525
Urinkateter	24	36	32

* Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Läkemedel delat i apodos och dosett

Under perioden jan - mars 2005 är det 395 vårdtagare som får sina läkemedel delade från apotek, så kallad Apodos. Apodoscentrum tar nu emot nya kunder vilket resulterat i att antalet apodoser ökat. 168 vårdtagare får sina läkemedel delade i dosett av sjuksköterska, och 69 vårdtagare har läkemedel både från apotek i apodos och i dosett delad av sjuksköterska. Det finns även vårdtagare som inte har någon hjälp med läkemedelshanteringen.

Läkemedel delat i	2003*	2004*	2005
Apodos	284	325	395
Dosett	146	174	169
Apodos och dosett	94	64	70
Summa	524	563	634

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Ordinerade läkemedel

Läkemedelsgenomgångar resultera i att man gör en översyn av vårdtagarnas läkemedel. Men det ska även vara ett utbildningstillfälle, som i förlängningen ska leda till att läkare och sjuksköterska alltid ska vara uppmärksamma vid in- och utsättning av den enskildes läkemedel. Kungsholmens enheter arbetar fortlöpande med att genomföra läkemedelsgenomgångar. Inkomna uppgifter gäller här 560 vårdtagare varav 16 inga läkemedel har, 363 har mindre än åtta och 181 har fler än åtta läkemedel. Ett gott tecken är att det är fler vårdtagare som har mindre än åtta läkemedel än fler än åtta. Det går inte att jämföra statistiken för 2003 pga. att vi inte använde samma indikatorer, beräkningen gjordes då på mindre än fem och fem eller fler läkemedel.

Ordinerade läkemedel	2004*	2005*
Inga	19	16
Mindre än åtta	366	363
Fler än åtta	166	181
Summa	551	560

* Fridhemmets servicehus är inte medräknad i analysen 2003, 2004 och 2005 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Specifik omvårdnad

Mellan åren 2003 till 2004 skedde det en ökning av den specifika omvårdnaden samtidigt som det 2005 har minskat något gällande vårdtagare som är i behov av mycket specifik omvårdnad som tex. syrgas, intravenöst dropp, stora omläggningar eller att den enskilde inte kan tillgodogöra sig vanlig kost utan får nutrition via någon form av sond.

Specifik omvårdnad	2003*	2004*	2005
syrgas, dropp mm.	14	43	35

* Ett plan på Långbro äldreboende är inte medräknad i analysen 2003 och Fridhemmets servicehus 2003/2004 pga. att de inte lämnat in fullständig statistik.

Tabell 1.

* Antal vårdtagare	Egen regi Fridhemmet **135	Attendo Care AB Alströmer hemmet 0-2+6 **51	Attendo Care AB Alströmer hemmet 3- 5 +B/N **62	Egen regi Stads-hags-gården Plan 4, +7 **26	ISS Care Partner AB Essinge **32	Svensk Äldre-vård AB Solbacken Marie-berg Linden **90	Före-nade Care Serafen **176	Respecta Omsorg AB Pilträdet **137	Medi-hem St Erik **30
Fall med skada allt fr. blåmärke, sårskada till frakt.	12	12	1	4	0	8	15	1	0
Fall utan skada	25	12	32	31	0	28	62	65	4
Läkemedel Utebliven, förväx-lat, dubbel dos	8	13	5	6	17	60	52	1	0
Övriga MTP, omvårdnad, brister i vård-kedjan, kommunikation, dokumentation mm	0	9	0	0	0	4	7	0	0
Byte av vård-form till sjukhus - dagtid - jouttid	19 2	5 2	2 2	2 1	1 3	5 4	12 9	5 2	0 0

	Egen regi Frid-hemmet **135	Attendo Care AB Alströmer-hemmet 0-2+6 **51	Attendo Care AB Alströmer-hemmet 3- 5 +B/N **62	Egen regi Stads-hags-gården Plan 4, +7 **26	ISS Care Partner AB Essinge **32	Svensk Äldre-vård AB Solbacken Marieberg Linden **90	Före-nade Care Serafen **176	Respecta Omsorg AB Pilträdet **137	Medi-hem St Erik **30
* Antal vårdtagare									
Avlidna på - boendet - annan plats	3 4	3 0	3 1	2 1	1 3	6 0	27 1	6 1	2 0

Statistiken grundas på * antal vårdtagare som varit involverad i en avvikelse, bytt vårdnivå och avlidit. ** antal platser/äldreboende

Tabell 2.

*Medelvärde/ vårdtagare	Attendo Care AB Frid-hemmet **135	Attendo Care AB Alströmer-hemmet 0-2+6 **51	Attendo Care AB Alströmer-hemmet 3- 5 +B/N **62	Egen regi Stads-hags-gården Plan 4, 6+7 **26	ISS Care Partner AB Essinge **32	Svensk Äldre-vård AB Solbacken Marieberg Linden **90	Före-nade Care Serafen **176	Respecta Omsorg AB Pilträdet **137	Medi-hem St Erik **30
Trycksår Stadium 1/2/3/4	2/1/0/2	1/1/0/0	2/1/1/0	1/1/0/1	0/0/0/0	1/4/0/0	3/3/1/1	1/2/0/1	0/0/0/0
Inkontinens/ KAD	33 2	46 1	52 1	24 2	21 2	74 3	160 14	92 6	23 1
Specifik omvårdnad Syrgas/pegsond /lv-dropp/sug / stor sår-omläggning mm	2	1	3	2	1	4	15	6	1
Apodos	53	44	43	0	20	75	125	8	27
Dosett	15	4	4	29	7	4	26	79	1
Apodos+dosett	10	4	12	0	5	10	25	1	3
Inga ordinerade läkemedel	***	0	2	0	1	1	3	9	0
Mindre än åtta ordinerade läkemedel	***	33	44	15	14	63	118	61	15
Åtta eller fler ordinerade läkemedel	***	18	16	14	18	22	47	32	14

För varje enhet har statistiken grundats på medelvärdet dvs. inkomna uppgifter gällande antal vårdtagare summeras och delas med antal månader(11). Indikatorerna går inte att beräkna enbart på antal registreringar pga. att det kan vara samma vårdtagare som har insatser från sjuksköterska samtliga månader.

** antal platser/äldreboende

*** ej lämnat statistik