

# Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan1, den 10 och 12 september 2008

## Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

## Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

## Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	16	20	
3	Delegering	17	20	
4	Avvikelsehantering	17	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	16	20	
6	Hygien	16	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	16	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	14	20	
10	Nutrition	18	20	
11	Fall och fallskador	15	20	
12	Demens	16	20	
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	20	20	
	Summa:	227	280	Uppfyllelse 81 %

### **1. Läkarkontakt.**

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur personalen ska komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Räcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Avvikelse rapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. Masens rutiner måste 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 narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*I journalen dokumenteras inte att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering på grund av att de ansvarar för alla boendes läkemedelshantering. Informerade om att de alltid ska dokumentera detta.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader och att läkemedel förvaras enligt tillverkarens anvisningar. Detta visar sig inte stämma och verksamheten får inte poäng för de frågorna.*

*Vid observationer och granskning på enheten står dörren till expeditionen öppen och ingen sjuksköterska finns tillgänglig. Vem som helst kunde gå in och ta läkemedel som fanns dispenserade på läkemedelsvagnen. Under tiden vi var på expeditionen kom en vårdtagare in på expeditionen vid två tillfällen. Läkemedelsvagnen innehåller plastkoppar med läkemedel som inte var märkta enligt gällande rutiner dvs. personuppgifter, läkemedelspreparat styrka och dos. Det fanns även dosetter som saknade uppgift om preparat, styrka och dos s.k*

*dosettkort. På stickvagn låg en oren handske på sterilt material. Läkemedelskrossen var full av rester efter läkemedel.*

#### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Dosetter ska förses med aktuella uppgifter på dosettkort och ändras då läkare sätter in alternativt ut läkemedel.
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- Läkemedelskross ska rengöras mellan varje patient.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshantering.

### **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 personalbristsituationer.

Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### **Uppföljning**

*Skriftlig delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker ibland. Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel görs inte. Verksamheten har överlåtit till personal att ge t ex Klyx utan delegering på grund av att de inte uppfattat det som läkemedel.*

#### Förbättringsåtgärd

- *Skriftlig delegering ska göras i delegeringsmodulen i VODOK.*

### **4. Avvikelse**

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

#### **Uppföljning**

*Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten. Såväl chef som legitimerad personal har ett ansvar för återkoppling av avvikelser.*

#### Förbättringsåtgärd

- *Utveckla avvikelshantering och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd*

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

### ***Uppföljning***

*Alla ordinerade medicintekniska produkter dokumenteras inte alltid i omvårdnadsjournalen av sjuksköterska, respektive paramedicinsk personal. Vid förskrivning av hjälpmedel framkommer det vid granskning av journaler att bedömningen ibland är otydlig.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Inventarieregister behöver ses över och kompletteras.
- Alla ordinerade hjälpmedel ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen av sjuksköterska, respektive paramedicinsk personal. Ordinationen ska vara tydlig med en bedömning om orsak till hjälpmedlet/insatsen.

## **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård- och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

### ***Uppföljning***

*Verksamheten har ingen person som ansvarar för mat/matlagning utan utser en person vid varje tillfälle. MAS anser att det är viktigt att ha en person med rätt kompetens som ansvarar för mat och matlagning. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att verksamheten blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt, men följer inte hygienrutiner till fullo. Verksamheten har inte vidtagit åtgärder efter hygienrond som utfördes hösten 2007. Diskdesinfektor är nu inköpt.*

***Sköljrum-*** saknar en ren respektive orensida. Svårstädat och trångt arbetsmässigt då droppdtällningar, duschvagn och omlägningsvagn står i vägen. Saknas förkläden och handskar enligt rekommendationer.

***Tvättstugor-*** Saknas handskar och förkläden enligt rekommendationer.

***Förråd-*** Sterilt material hanteras inte enligt steriltrutiner. Sänglinne, tvättmedel och annat material bör struktureras. Golvytor ska vara åtkomliga för städning.

*Litet rum på avdelningen ca 1x1 m används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde använda arbetskläder tillsammans med privata, Arbetskläder i påsar oklart om de var rena eller smutsiga. Saknas tvättsäck och möjlighet till att tvätta sig. Utrymmet lämpar sig för t ex en spolo eller städförråd.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Översyn av förrådsutrymmen för att uppnå bättre ordning
- Resurs som ansvarar för köket och tillagning av mat
- Se till att det finns en upphängningsanordning för plast och vinyl handskar, förkläden och att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum.

## **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård och vård i livets slutskede, 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.

### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående och berörd personal erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slut och att individuella planer upprättas samt att sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen att läkaren beslutat om vård i livets slut. Vid stickprovskontroller av journaler saknas dokumentation om vårdplaneringar och individuella vårdplaner saknas. Verksamheten uppger att det finns möjlighet att få in extra personal vid vård i livets slut. Detta framgår inte heller vid stickprovskontroller av journalerna.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Vårdplanering inför vård i livets slut
- Omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut. I denna ska insatserna klart framgå.

## **8. Inkontinens**

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

### **Uppföljning**

*Alla sjuksköterskor har förskrivningsrätt på inkontinenshjälpmedel, men de boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska och inkontinenshjälpmedel förskrivs inte individuellt av sjuksköterska. Omvårdnadsplan saknas. Sjuksköterskan dokumenterar uppgifter om produkt, storlek och sort när det gäller KAD men dessa uppgifter saknas när det gäller inkontinensskydd.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Utveckla vården inom inkontinensområdet
- Utveckla teamarbete när det gäller utprovning av hjälpmedel.

## **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 vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har angivit att de använder Modifierad Nortonskala för riskbedömningar av trycksår. Detta görs sporadiskt och inte i samband med inflyttning. Sårvård dokumenteras enligt uppgift i sårvårdsjournal. Sjuksköterskan använder inte något instrument för att bedöma smärta utan gör en klinisk bedömning. I augusti hade verksamheten inga trycksår.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Kontinuerlig kompetensutveckling.
- Riskbedömning ska göras vid inflyttning.
- Upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.
- Smärtstatus med hjälp av VAS skala.

## **10. Nutrition**

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

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan gör inte en riskbedömning avseende nutritionen med hjälp av metoden MNA vid inflyttning. BMI kontrolleras vid nutritionsproblem.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Riskbedömning avseende nutritionsproblem ska göras vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid nutritionsproblem

## **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare skall 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 riskbedömning analys, och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att läkare alltid kontaktas när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Vid kontroll i journal framkommer att detta inte alltid sker. Sjuksköterskan har även framfört att riskbedömningar resultat dokumenteras i journalen. Vid kontroll i journaler så utförs inte riskbedömningar.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning ska göras på alla vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid fallrisk.

## **12. Demens**

På våningsplanet finns två enheter avsedda för personer med demenshandikapp. Dessa enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer ska ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. 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.

### **Uppföljning**

*Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har inte utbildning inom något av områdena demens, geriatrik eller öppen hälso- och sjukvård. Personalen får inte handledning inom området demensvård.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Fortbildning till dem som saknar utbildning inom området demens eller geriatrik.
- Handledning till personal inom området demens.
- Koder ska sättas upp på dörrarna in till demsenheterna.

## **13. Rehabilitering**

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

### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal medverkar vid vårdplanering vid behov. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i vårdplaneringar och dokumentation av planer. Individuella rehabiliteringsplaner saknas. Individuella hjälpmedel provas ut av paramedicinare. Brister finns i att dokumentera bedömningar i journalen.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.

## **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

### **Förbättringsåtgärd**

- Dokumentation av mun och munhälsobedömning under sökord nutrition

## **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 1 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner.

För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes. Utbildningen i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen på samma sätt.

Brister finns i att dokumentera allmänna uppgifter, vårdplaner, riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelserapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

-----



# Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan 2, den 22 september 2008

## Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

## Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

## Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	15	20	
3	Delegering	18	20	
4	Avvikelsehantering	17	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	16	20	
6	Hygien	16	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	18	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	14	20	
10	Nutrition	15	20	
11	Fall och fallskador	13	20	
12	Demens	14	20	
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	
	Summa:	220	280	Uppfyllelse 79 %

### **1. Läkarkontakt.**

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur personalen ska komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Avvikelse rapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. Mas rutiner måste 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 narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*I journalen dokumenteras inte att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering på grund av att de ansvarar för alla boendes läkemedelshantering. Informerade om att de alltid ska dokumentera detta.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader. Detta visar sig att vissa brister kvarstår trots att det är mer än tre månader sedan inspektionen genomfördes. Verksamheten får inte poäng för den frågan.*

*Vid kontroll av läkemedelsrum finns det t ex dispenserade dosetter som saknar dosettkort med patientuppgifter och information om dosettens innehåll dvs läkemedelspreparat, styrka och dos. I rummet fanns det även iordningsställda sprutor som var omärkta. På signeringslistor framkom inte vilka läkemedel som efter överlämnandet var signerade. Överlämnade av Klyx, resulax och movicol signeras inte på signeringslista.*

### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Dosetter ska förses med aktuella uppgifter på dosettkort och ändras då läkare sätter in alternativt ut läkemedel.
- Iordningsställda sprutor ska märkas enligt gällande rutiner
- På signeringslistor för överlämnande av läkemedel ska det framgå vilka läkemedel som signaturen avser enligt gällande instruktioner.
- Signera alltid överlämnad läkemedelsdos. Om signatur saknas ska det undersökas om patienten fått sina läkemedel och ansvarig sjuksköterska signera de doser som överlämnats.
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen.

### **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 personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### **Uppföljning**

*Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel görs inte. Sjuksköterskan delegerar endast Klyx, resulax och movicol.*

### Förbättringsåtgärd

- *Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering.*

### **4. Avvikelse**

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

#### **Uppföljning**

*Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten. Såväl chef som legitimerad personal har ett ansvar för återkoppling av avvikelser.*

### Förbättringsåtgärd

- *Utveckla avvikelshanteringen och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd*

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

#### **Uppföljning**

*Alla ordinerade medicintekniska produkter dokumenteras inte alltid i omvårdnadsjournalen. Sjuksköterska dokumenterar i omvårdnadsjournalen och paramedicinare på hjälpmedelskort. Vid förskrivning av hjälpmedel framkommer det vid granskning av journaler att bedömningen ibland är otydlig och inte skrivs under rätt sökord.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Alla ordinerade hjälpmedel ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen av sjuksköterska, respektive paramedicinsk personal. Ordinationen ska vara tydlig med en bedömning om orsak till hjälpmedlet/insatsen.

### **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det skall 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har ingen person som ansvarar för mat/matlagning utan utser en person vid varje tillfälle. MAS anser att det är viktigt att ha en person med rätt kompetens som ansvarar för mat och matlagning. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att verksamheten blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt, men följer inte hygienrutiner till fullo. Verksamheten har inte vidtagit åtgärder efter hygienrund som utfördes hösten 2007. Diskdesinfektor är nu beställd.*

**Sköljrum-** saknar en ren respektive orensida. Saknas handskar enligt rekommendation från vårdhygien. Finns endast vinylhandskar i stl S som låg på en orensida.

**Tvättstugor-** I en tvättstuga stod en burk Alvedon. Förkläden låg i skåp och i en trådback under diskbänken. I den andra tvättstugan fanns det handskar i trådback under diskbänken. Tre flaskor ytdesinfektionsmedel och rengöringsmedel stod på diskbänken. En hink med smutsigt vatten och mopp samt en smutsig duschsäng stod i tvättstugan bland den rena tvätten. I den tredje tvättstugan saknades handsprit. På diskbänken stod det tvättmedel, ytdesinfektionsmedel och rengöringsmedel. Handskar låg i trådback.

**Förråd-** Sterilt material hanteras inte enligt sterilrutiner. I ett förråd stod en omläggingsvagn, brutna kompresser och lådor på golvet. Golv ytor ska vara åtkomliga för städning. I ett annat förråd var det sprutor som inte låg i originalförpackningar och öppna förpackningar. I blöjförrådet fanns det urinflaskor som bör förvaras i sköljen samt blöjor utanför originalförpackningarna. I förrådet vid sjuksköterskeexpeditionen fanns det kläder som var i oordning. Det låg även kläder på golvet. I städförrådet fanns det en vagn med sänglinne, golvlampor, träningsboll, madrass, centraldammsugare och städutrustning. Ett litet rum på avdelningen ca 1x1 m används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde använda arbetskläder. Dessa ska bytas dagligen och slängas i tvättsäck. Tvättsäck saknades liksom möjlighet att tvätta sig med tvål och vatten. I rummet fanns det en flaska handsprit, tvättmedel, burkar och skräp. Ytterligare ett liknande rum fanns på planet. I detta rum fanns privata och använda kläder. Tvättsäck saknades liksom möjlighet att tvätta sig. Utrymmet lämpar sig för t ex en spolo eller städförråd.

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att få bättre ordning
- Resurs som ansvarar för köket och tillagning av mat
- Se till att det finns en upphängningsanordning för plast och vinyl handskar, förkläden och att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum

#### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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 det framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

#### **Uppföljning**

Verksamheten har lämnat uppgift om att individuella vårdplaner upprättas vid vård i livets slut samt att det finns möjlighet att få extra personal. Vid stickprovskontroller av journaler saknas vårdplaner och uppgift om att extra personal tagits in för att finnas hos den som vårdas i livets slut.

#### Förbättringsåtgärd

- Omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut. I denna ska insatserna klart framgå.

#### **8. Inkontinens**

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

,

### **Uppföljning**

*Alla sjuksköterskor utom en har förskrivningsrätt på inkontinenshjälpmedel, men de boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska. Inkontinenshjälpmedel förskrivs inte individuellt av sjuksköterska och omvårdnadsplan saknas. Sjuksköterskan har framfört att de i status dokumenterar uppgifter om produkt, storlek och sort när det gäller inkontinensskydd. Vid kontroll av journaler sker detta ibland.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Inkontinens ska utredas och förskrivas individuellt
- Utveckla vården inom inkontinensområdet

### **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 omvårdningsjournalen, och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har angivit att de gör riskbedömningar och använder Modifierad Nortonskala. Vid kontroll i journaler framkommer att riskbedömningar inte utförs. Vårdplaner saknas och det framgår inte alltid om paramedicinsk personal konsulteras vid risk för trycksår eller om sår uppkommit. Sjuksköterskan dokumenterar sårets utseende, storlek och hur det ska behandlas i status. Verksamheten använder inte något instrument för bedömning av smärta utan gör en klinisk bedömning. Av dokumentationen framgår att det fortfarande finns okunskap om hur de ska dokumentera i VODOK. I augusti hade verksamheten inga trycksår.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Utbildning i dokumentationsmodulen VODOK
- Riskbedömning med hjälp av modifierad Nortonskala ska göras vid inflyttning.
- Vårdplanering och upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.
- Smärtstatus med hjälp av VAS skala.

### **10. Nutrition**

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än max 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka ska följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. MNA inkl. BMI-värdet ska mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i en plan i omvårdningsjournalen.

### **Uppföljning**

*Nattfastan är för lång. Dagens sista mål kan erbjudas klockan 19.00.*

*Sjuksköterskan gör inte en riskbedömning avseende nutritionen med hjälp av metoden MNA vid inflyttning. BMI kontrolleras vid nutritionsproblem. Sjuksköterskan har uppgivit att BMI följs upp regelbundet vilket enligt dokumentationen görs ibland.*

#### Förbättringsåtgärd

- Ta fram rutiner för att förhindra att nattfastan överstiger max 11 timmar.
- Riskbedömning avseende nutritionsproblem ska göras på alla vid inflyttning och kontinuerligt följas upp.
- Omvårdnadsplan med problembeskrivning, åtgärder och uppföljning ska upprättas vid nutritionsproblem.

### **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare skall 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 riskbedömning, analys, och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att läkare alltid kontaktas när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Vid kontroll i journal framkommer att detta inte alltid sker. Vid uppföljningen har verksamheten framfört att de gör riskbedömningar och vidtar åtgärder samt att det dokumenteras i journalen. Vid stickprovskontroller saknas dessa uppgifter i journalen. Verksamheten får därför inte poäng för dessa frågor.*

#### Förbättringsåtgärd

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning enligt Downton fallrisk index vid inflyttning.
- Skapa arbetsrutiner för vårdplanering när en vårdtagare faller ofta.

### **12. Demens**

På våningsplanet finns tre enheter avsedda för personer med demenshandikapp. Dessa enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer ska ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. 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.

#### **Uppföljning**

*Två av enheterna har tio vårdtagare. All personal får kompetensutveckling inom området demens, men utbildningen behöver utökas. Alla sjuksköterskor utom en har utbildning inom området demens/geriatrik/ öppen hälso- och sjukvård. All personal behärskar inte svenska språket i tal och skrift bra. Personalen får inte handledning inom området demensvård.*

#### Förbättringsåtgärd

- Kontinuerlig utbildning inom området demens.
- Handledning till personal inom området demens.

### **13. Rehabilitering**

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

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal vid behov medverkar vid vårdplanering. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i genomförande av vårdplanering och dokumentation av vårdplaner.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att vårdtagaren erbjuds munhälsobedömning vid inflyttning. Vid stickprovskontroll i journaler framgår inte att vårdtagaren fått detta erbjudande. Verksamheten får därför inte poäng för detta.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning ska dokumenteras under sökord nutrition i status.

### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 2 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes. Utbildningen i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen och dokumenterar på samma sätt.



Brister finns i att dokumentera allmänna uppgifter, vårdplaner, riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelseberapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

-----

# Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan 3, den 18 september och 6 oktober 2008

## Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

## Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

## Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	17	20	
3	Delegering	16	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	16	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	18	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	16	20	
10	Nutrition	14	20	
11	Fall och fallskador	17	20	
12	Demens	16	20	
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	
	Summa:	230	280	Uppfyllelse 82 %

### **1. Läkarkontakt.**

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur personalen ska komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Avvikelsesrapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. Mas rutiner måste 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 narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*I journalen dokumenteras inte att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering på grund av att de ansvarar för alla boendes läkemedelshantering. Informerade om att de alltid ska dokumentera detta.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader. Det visar sig att vissa brister kvarstår tre månader efter extern kvalitetsgranskning. Verksamheten får inte poäng för den frågan.*

*Vid kontroll av läkemedelsrum fanns det både märkta och omärkta dosetter. Några dispenserade dosetter saknade uppgift om innehåll på dosettkort (läkemedelspreparat, styrka, dos och antal doser per dag). Sjuksköterskan hade iordningsställt injektioner som endast var märkta med innehåll. I kylskåpet som endast får innehålla läkemedel fanns det sylt. Handskar i storlek (L) fanns tillgängliga.*

### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Dosetter ska förses med aktuella uppgifter på dosettkort och ändras då läkare sätter in alternativt ut läkemedel.
- Iordningsställda sprutor ska märkas enligt gällande rutiner
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshantering.

### **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 personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### **Uppföljning**

*Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel görs inte. De gör en kunskapskontroll och bedömer personalens kunskaper. Sjuksköterskan delegerar endast Klyx, resulax och movicol. Vid delegering av andra arbetsuppgifter sker inte heller någon utbildning med genomgång av MAS rutiner samt skriftlig instruktion om hur arbetsuppgiften ska utföras.*

### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av MAS rutiner.
- *Skriftlig delegering ska göras i delegeringsmodulen i VODOK.*
- *Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest.*
- *Tydliga instruktioner som är skriftliga ska ges vid delegering av andra arbetsuppgifter.*

### **4. Avvikelse**

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

#### **Uppföljning**

*Avvikelse rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten. Såväl chef som legitimerad personal har ett ansvar för återkoppling av avvikelser.*

### Förbättringsåtgärd

- *Utveckla avvikelshantering och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd*

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

#### **Uppföljning**

*Inventarieregister upprättas, men behöver uppdateras då det finns produkter på enheten som inte registrerats i ett inventarieregister.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Översyn av inventarieregister för MTP

### **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har ingen person som ansvarar för mat/matlagning utan utser en person vid varje tillfälle. MAS anser att det är en viktig resurs att ha en person med rätt kompetens som ansvarar för mat och matlagning. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att verksamheten blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt, men följer inte hygienrutiner till fullo. Förkläden används men dessa byts inte dagligen enligt gällande instruktioner. I ett kök hängde ett smutsigt förkläde tillsammans med ett rent. Örent material rengörs inte i diskdesinfektor på grund av att verksamheten inte inhandlat någon. Diskdesinfektor är nu beställd ett år efter genomförd hygienrond. Städerna sprutar inte levande efter varje lägenhet. Hon hade inte förkläde när hon städade. I korridor stod det en rullstol, duschsäng och gåbarr. Vid kontroll i lägenhet fanns det en storlek vinylhandskar (L) och en storlek plasthandskar (M). Verksamheten har således inte vidtagit åtgärder efter hygienrond som utfördes hösten 2007.*

**Sköljrum-** saknar en ren respektive ören sida. I sköljrummet stod det sug, droppställningar, toastol, och omläggingsvagn. Förkläden på rulle låg på hylla utan förpackning liksom en rulle handdukstork.

**Tvättstugor** - I en tvättstuga stod det tvätt och sköljmedel på diskbänk. Det fanns inte handskar enligt vårdhygiens rekommendationer. Det fanns endast plasthandskar i en storlek. Förkläden saknades. I den andra tvättstugan fanns det plasthandskar i en storlek(M) på väggen och en förpackning i ett skåp. Förkläden låg på diskbänken tillsammans med en

golvmopp och två flaskor rengöringsmedel samt krukor. På golvet stod en sopskyffel med skräp.

**Förråd-** Sterilt material hanteras inte enligt sterilrutiner. I ett förråd stod lådor med kateter påsar på golvet, kompresser och sprutor låg i plastlådor utanför originalförpackningar. I förrådet stod en rullstol, dammsugare med dammig munstycke, en madrass, stege, Rubens blåsa, samt tvättmedel och sköljmedel. Golv ytor ska vara åtkomliga för städning. I ett annat förråd var det lådor och fårskinn på golvet. Sondaggregat och stomiskydd låg upppackade utanför originalförpackning. På hyllor låg det ren tvätt och madrass och dammsugare var lutad mot den. Förråden behöver struktureras.

Ett litet rum på avdelningen ca 1x1 m används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde personliga kläder tillsammans med rena och använda kläder. Arbetskläderna ska bytas dagligen och slängas i tvättsäck. Tvättsäck saknades liksom handsprit och möjlighet att tvätta sig med tvål och vatten. Ytterligare ett liknande rum fanns på planet. Även i detta rum fanns privata och använda arbetskläder. Tvättsäck saknades liksom möjlighet att tvätta sig. I rummet fanns det handsprit. Utrymmet lämpar sig för t ex en spolo eller städförråd.

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att få bättre ordning
- Resurs som ansvarar för köket och tillagning av mat
- Se till att upphängningsanordning innehållande alla storlekar på handskar av plast och vinyl, förkläden finns i tvättstugor och sköljrum samt att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum

#### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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.

#### **Uppföljning**

Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående erbjuds att tillsammans med personal delta i vårdplanering och att individuella vårdplaner upprättas vid vård i livets slut samt att det finns möjlighet att få extra personal. Vid stickprovskontroller av journaler saknas vårdplaner och uppgift om att extra personal tagits in för att finnas hos den som vårdas i livets slut. Därför har poäng inte givits för individuella vårdplaner.

#### Förbättringsåtgärd

- Omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut. I denna ska insatserna klart framgå.

## **8. Inkontinens**

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

### **Uppföljning**

*Sjuksköterska och vårdpersonal arbetar inte i team när det gäller utprovning av inkontinenshjälpmedel. Alla sjuksköterskor utom en har förskrivningsrätt på inkontinenshjälpmedel, men de boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska och inkontinensskydd förskrivs inte individuellt av sjuksköterska. Journalen saknar omvårdningsplan. I omvårdningsjournalen dokumenteras inte uppgifter om produkt, storlek och sort när det gäller inkontinensskydd.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Inkontinens ska utredas och förskrivas individuellt.
- Omvårdningsplan ska upprättas.
- Utveckla vården inom inkontinensområdet.

## **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 omvårdningsjournalen, och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har angivit att de gör riskbedömningar och använder Modifierad Nortonskala. Vid kontroll i journaler framkommer att riskbedömningar inte utförs vid inflyttning. Vårdplaner saknas och det framgår inte alltid om paramedicinsk personal konsulteras vid risk för trycksår eller om sår uppkommit. Sjuksköterskan dokumenterar sårets utseende, storlek och hur det ska behandlas i status. Verksamheten använder inte något instrument för bedömning av smärta utan gör en klinisk bedömning. Av dokumentationen framgår att det fortfarande finns okunskap om hur de ska dokumentera i VODOK. I augusti hade verksamheten två trycksår varav inget hade uppstått på enheten.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Utbildning i dokumentationsmodulen VODOK
- Riskbedömning med hjälp av modifierad Nortonskala ska göras vid inflyttning.
- Vårdplanering och upprätta omvårdningsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.
- Smärtstatus med hjälp av VAS skala.

## **10. Nutrition**

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än max 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka ska följas. Sjuksköterskan ska göra en

riskbedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. MNA inkl. BMI-värdet ska mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i en plan i omvårdnadsjournalen.

### **Uppföljning**

*Dagens sista mål serveras klockan 19.00, därefter kan extra mål erbjudas vid behov. Risker finns för att nattfastan blir för lång om vårdtagare sover vid detta mål. Sjuksköterskan gör inte en riskbedömning avseende nutritionen med hjälp av metoden MNA vid inflyttning och BMI beräknas inte vid nutritionsproblem.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Ta fram rutiner för att förhindra att nattfastan överstiger max 11 timmar.
- Riskbedömning avseende nutritionsproblem ska göras på alla vid inflyttning och kontinuerligt följas upp.
- Omvårdnadsplan med problembeskrivning, åtgärder och uppföljning ska upprättas vid nutritionsproblem.

## **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare skall 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 riskbedömning, analys, och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att läkare ibland kontaktas när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Vid uppföljningen framförs att de gör riskbedömningar vid fall och vidtar åtgärder samt att fallolyckan dokumenteras i journalen. Vid stickprovskontroller i journalen framkommer att riskbedömning enligt Downton fallrisk index inte utförs vid inflyttning för att förebygga fallolyckor. Journalen innehåller inte någon omvårdnadsplan. Verksamheten får därför inte poäng för dessa frågor.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning enligt Downton fallrisk index vid inflyttning.
- Skapa arbetsrutiner för vårdplanering när en vårdtagare faller ofta.

## **12. Demens**

På våningsplanet finns tre enheter avsedda för personer med demenshandikapp. Dessa enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer ska ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. 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.



### **Uppföljning**

*En av enheterna har tolv vårdtagare. All personal får kompetensutveckling inom området demens minst en gång om året. Alla sjuksköterskor har utbildning inom något av områdena demens/geriatrik/ öppen hälso- och sjukvård. All personal behärskar svenska språket bra, några har viss svårighet i skrift. Personalen får inte handledning inom området demensvård.*

#### Förbättringsåtgärd

- Handledning till personal inom området demens.
- Enhetens storlek.

### **13. Rehabilitering**

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

### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal vid behov medverkar vid vårdplanering. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i genomförande av vårdplanering och dokumentation av vårdplaner.*

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att vårdtagaren erbjuds munhälsobedömning vid inflyttning. Vid stickprovskontroller i journaler framgår inte att vårdtagaren fått detta erbjudande. Verksamheten får därför inte poäng för detta.*

#### Förbättringsåtgärd

- Erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning ska dokumenteras under sökord nutrition i status.

### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 3 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska

verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes.

Utbildningen i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen och dokumenterar på samma sätt.

Brister finns i att dokumentera allmänna uppgifter, vårdplaner, riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelserapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

-----

## **Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan 4, den 5 september och 6 oktober 2008**

### **Bakgrund**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

### **Syfte**

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

### **Resultat av kvalitetsuppföljningen.**

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningar.</b>	<b>Antal Poäng</b>	<b>Max poäng</b>	<b>Förbättringsåtgärd</b>
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	17	20	
3	Delegering	18	20	
4	Avvikelsehantering	16	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	14	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	14	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	14	20	
10	Nutrition	16	20	
11	Fall och fallskador	19	20	
12	Demens		-	Ej aktuellt
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	
	Summa:	210	260	Uppfyllelse 81 %

### **1. Läkarkontakt.**

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur personalen ska komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### Förbättringsåtgärd

- Avvikelse rapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. Masens rutiner måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*Vid uppföljningen framför sjuksköterskan att de dokumenterar i journalen att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering. Vid stickprovskontroll framgår det inte vilket kan bero på att de ansvarar för alla boendes läkemedelshantering. Vilket innebär att verksamheten inte får poäng för detta.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader. Det visar sig att vissa brister kvarstår tre månader efter extern kvalitetsgranskning. Vid besök på läkemedelsrum finns det iordningsställda injektioner och läkemedelskoppar som är omärkta. Vissa läkemedelskoppar är endast märkta med namn och rums nummer men saknar uppgift om innehåll. Några dosetter saknar dosettkort med personuppgifter, läkemedelspreparat, styrka och dos. I rummet finns inga handskar. I kylskåpet där endast läkemedel får förvaras finns det sylt.*

### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshantering.

### **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 personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### ***Uppföljning***

*Skriftlig delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker alltid när vårdpersonal ska utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Verksamheten delegerar endast tex klyx och movicol. Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel behöver utvecklas. Sjuksköterskan gör en muntlig kunskapsbedömning.*

### Förbättringsåtgärd

- Skriftlig delegering ska göras i delegeringsmodulen i VODOK.
- Genomgång av rutiner.
- Vid delegering ska rutiner och skriftliga instruktioner lämnas till mottagare av delegeringsbeslut

### **4. Avvikelse**

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

#### ***Uppföljning***

*Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten.*

### Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelshantering och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

## **Uppföljning**

*Alla medicintekniska produkter är inte märkta och registrerade i inventarieregister.*

### Förbättringsåtgärd

- Inventarieregister behöver ses över och kompletteras.

## **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen skall använda.

## **Uppföljning**

*Verksamheten har ingen person som inte deltar i omvårdnadsarbetet som ansvarar för mat/matlagning utan de försöker begränsa det så att inte flera iordningsställer mat. MAS anser att det är viktigt att ha en person med rätt kompetens som ansvarar för mat och matlagning. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och alla resistent bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen. Vid uppföljningen framkommer att det förekommer att personal inte följer gällande instruktioner. Vederbörande blir då enligt uppgift tillsagd.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att personalen blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt samt är fria från smycken, men de följer inte övriga hygienrutiner till fullo. Vid besöket gjordes sallad, men vårdbiträdet använde inte förkläde enligt gällande instruktioner.*

*Orent material rengörs inte i diskdesinfektor på grund av att verksamheten inte inhandlat någon. Diskdesinfektor är nu beställd. Verksamheten har således inte vidtagit åtgärder efter hygienrond som utfördes hösten 2007. I korridor stod det en lift som var omärkt.*

**Sköljrum-** saknar en ren respektive ören sida. I sköljen fanns det planteringsjord. Hanskar saknades och förkläden låg på en hylla utanför originalförpackning. Rekommendationer är upphängningsanordning för handskar och förkläden.

**Tvättstugor-** I en tvättstuga fanns det vinylhandskar i storlek (M) och plasthandskar i trådbak under diskbänk. Förkläden var svåråtkomliga och fanns bakom tvättmedel, hink m.m. I den andra tvättstugan stod det en rullstol och en rullator. I trådbacken under diskbänk låg plasthandskar i storlek (L) och förkläden utanför originalförpackning. En påse med plasthandskar storlek (L) hängde på en kran bakom tvättmaskinen. Tvättmedel och sanitetsrengöringsmedel samt en sprayflaska med okänt innehåll märkt luktbottagare stod på diskbänken.

**Förråd-** ett förråd innehöll säng, tavla, stol, bord blöjor (några utanför förpackning) och arbetskläder för timanställda. Ett annat förråd innehöll två duschvagnar, sittvåg, två toastolar och toaförhöjare. På väggen hängde en lista med personuppgifter och medicinsk information. I ett mindre förråd fanns det sug, sugkatetrar utanför originalförpackning, kaffemuggar och läkemedelskoppar. I ett annat mindre förråd med vatten och avlopp stod en TV, gamla lådor och hyllor. Ett förråd innehöll matvaror, toalettpapper, plastsäckar, blöjor,

*förkläden, plasthandskar, blommor, TV, kateterpåsar och tavlor. Golvytor ska vara fria och åtkomliga för städning.*

*Ett litet rum på avdelningen ca 1x1 m- används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde rena och använda arbetskläder samt påsar med kläder. Vissa kläder var märkta med Carema. Rummet saknade tvättsäck, handsprit, tvål och vatten. Utrymmet lämpar sig för t. ex en spolo eller städförråd.*

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att få en bättre ordning och fria golvytor.
- Se till att upphängningsanordning innehållande alla storlekar på handskar av plast och vinyl och förkläden finns i tvättstugor och sköljrum samt att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum

### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående och berörd personal inte erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slut och att individuell vårdplan inte upprättas. Istället tar sjuksköterskan telefonkontakt med närstående eller informerar när närstående är på besök. Detta dokumenterar sjuksköterskan i journalen under läkarkontakt respektive anhörigkontakt. Sjuksköterskan dokumenterar inte i omvårdnadsjournalen att läkaren beslutat om vård i livets slut.*

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering ska alltid göras vid inflyttning och inför vård i livets slut, därefter vid behov.
- Individuell omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut.
- I omvårdnadsplanen ska insatserna klart framgå och att läkaren beslutat om palliativ vård och vård i livets slut.

### **8. Inkontinens**

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

#### **Uppföljning**

*Alla sjuksköterskor på enheten har inte förskrivningsrätt på inkontinens hjälpmedel. Sjuksköterskan arbetar i team med vårdpersonal när det gäller utprovning av*

*inkontinensskydd. Alla boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska. Sjuksköterskan uppger att inkontinenshjälpmedel förskrivs individuellt av sjuksköterska trots att de inte är utredda. Sjuksköterskan pratar med personalen om hur det fungerar. Omvårdnadsplaner saknas. Uppgifter om produkt, storlek och sort dokumenteras inte i journalen.*

#### Förbättringsåtgärd

- Utveckla vården inom inkontinensområdet
- Upprätta omvårdnadsplaner.
- Utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel till de sjuksköterskor som saknar utbildning.

### **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 vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har angivit att det finns rutiner och de använder Modifierad Nortonskala för riskbedömningar av trycksår. Trycksår dokumenteras inte alltid i en omvårdnadsplan eller sårvårdsjournal. Sjuksköterskan har uppgivit att det framgår av dokumentationen hur såret uppkommit, var det är lokaliserat, storlek och utseende. Vid stickprovskontroll i journaler saknas storleken. Verksamheten har inga trycksår vid besöket.*

#### Förbättringsåtgärd

- Upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.

### **10. Nutrition**

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

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att riskbedömning med hjälp av vedertaget instrument MNA för malnutrition inte alltid görs. De gör en bedömning och använder modifierad Nortonskala. BMI kontrolleras inte vid nutritionsproblem. Nutritionsproblem dokumenteras i status.*

#### Förbättringsåtgärd

- Riskbedömning med hjälp av instrumentet MNA avseende nutritionsproblem ska göras på alla vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid nutritionsproblem och risk för undernäring.



### **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska 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 riskbedömning analys, och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att de ibland kontaktar läkare när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Sjuksköterskan använder Downton fallrisk index för riskbedömning i samband med inflyttning. Sjuksköterskan upprättar inte en omvårdnadsplan vid fallrisk utan dokumenterar i status.*

#### Förbättringsåtgärd

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid fallrisk.

### **12. Demens**

*Ej aktuellt*

### **13. Rehabilitering**

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

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal medverkar vid vårdplanering och gör ADL status vid behov. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i vårdplaneringar och dokumentation av planer. ADL status görs vid behov. Individuella rehabiliteringsplaner saknas. Individuella hjälpmedel provas ut och följs upp av paramedicinare.*

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.
- ADL status ska alltid göras vid inflyttning.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

#### **Uppföljning**

*Uppgift om att vårdragaren erbjudits kostnadsfri munhälsobedömning dokumenteras inte i journalen. Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att munbedömning utförs av sjuksköterska.*

#### Förbättringsåtgärd

- *Erbjudande och utförd munhälsobedömning samt nödvändig tandvård ska dokumenteras i status under sökord nutrition.*

#### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 4 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes.

Utbildning i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen på samma sätt.

Brister finns i vårdplanering och att upprätta vårdplaner samt riskbedömningar för malnutrition. Riskbedömningar för trycksår och fall görs med hjälp av vedertagna instrument.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelseberapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

-----

## Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Råcksta vård och omsorgsboende plan 5, den 18 september och 10 oktober 2008

### Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

### Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

### Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	15	20	
3	Delegering	17	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	18	20	

Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	16	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	16	20	
10	Nutrition	16	20	
11	Fall och fallskador	19	20	
12	Demens	-	-	Ej aktuellt
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	
	Summa:	217	260	Uppfyllelse 83 %

### **1. Läkarkontakt.**

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

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer. Aktuell kravspecifikation finns inte på planet utan endast på huset.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Kravspecifikation avseende läkarinsatserna ska finnas på planet.
- Avvikelsesrapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. MAS rutiner 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 narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*Vid uppföljningen framför sjuksköterskan att det inte framgår av journalen att vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel samt att sjuksköterskan övertagit ansvaret. Istället dokumenterar sjuksköterskan om den enskilde själv ansvarar för sina läkemedel. Det beror på att det naturliga på enheten är att sjuksköterskan övertagit ansvaret.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader. Vid besök på enheten framkommer att vissa brister inte åtgärdats utan kvarstår. Sjuksköterskan som är ansvarig för kontrollräkning av narkotika följer inte gällande instruktioner. När vi var på enheten hade en sjuksköterska inte originalhandling som underlag vid dispensering av läkemedel. Signeringslista saknades för Movicol. Vissa läkemedel kräver egen signeringslista beroende på preparat och läkemedelsform för att överlämnade läkemedel ska kunna spåras.*

*Några dosetter saknar dosettkort med personuppgifter, läkemedelspreparat, styrka och dos.*

*På expeditionen hade verksamheten patientlistor med medicinska diagnoser och insatser på en skrivbordssnurra. Hanteringen av journaler på expeditionen var bristfällig då dessa inte förvarades inlåsta.*

#### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen.
- Läkemedel ska dispensereras från originalhandling
- Narkotika grupp II ska kontrollräknas en gång per vecka av utsedd sjuksköterska som inte ansvarar för förråd och rekvisition.
- Sekretessbelagda uppgifter ska förvaras oåtkomligt för obehöriga och inlåsta i brandsäkert skåp.
- Översyn av signeringslista för överlämnande av läkemedel.

#### **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 personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### **Uppföljning**

*Skriftlig delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker alltid när vårdpersonal ska utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Delegeringarna utförs i VODOK. Sjuksköterskan går igenom MAS rutiner i samband med delegering, men skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel behöver utvecklas. Sjuksköterskan gör en muntlig kunskapsbedömning. Brister finns när det gäller uppföljning av hur arbetsuppgiften utförs under perioden en delegering gäller. Det sker endast ibland.*

#### Förbättringsåtgärd

- Skriftlig kunskapstest
- Uppföljning av hur arbetsuppgifter som delegerats fungerar.

#### **4. Avvikelse**

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelshantering. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse ska alltid åtgärder vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten framför att avvikelserapporteringen behöver utvecklas med rapportering i VODOK. Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten.*

### Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelshanteringen och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

### **Uppföljning**

*Alla medicintekniska produkter är inte märkta och registrerade i inventarieregister.*

### Förbättringsåtgärd

- Inventarieregister behöver ses över och kompletteras.

### **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård- och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

### **Uppföljning**

*Enligt uppgift utser de en person som ansvarar för mat/matlagning och som inte deltar i omvårdnadsarbetet. Denna person använder köksförkläde i köket men dessa byts inte dagligen enligt gällande rutiner. Vid kontroll av kök saknades förkläden. MAS anser att det är en viktig resurs att ha en person med rätt kompetens som har ansvar för mat/ matlagning. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att personalen blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt samt är fria från smycken, men de följer inte övriga hygienrutiner till fullo.*

*Orent material rengörs inte i diskdesinfektor på grund av att verksamheten inte inhandlat någon. Diskdesinfektor är nu beställd. Verksamheten har inte vidtagit åtgärder efter hygienrond som utfördes hösten 2007.*

**Sköljrum-** saknar en ren respektive oren sida. I sköljrummet fanns 5 droppställningar, en våg, en droppräknare, två sugar och en rullator. Dessa var omärkta. Det saknades handskar och förkläden. Behållaren för handdukstork var tom.

**Tvättstugor** - Handsprit, handskar och förkläden saknades. Smutsig tvätt låg på golvet. I en byrålåda låg en använd plasthandske. I en annan tvättstuga fanns det handskar i storlek (L) . I denna tvättstuga stod en vagn med tvättfat som ska till sköljrummet. På diskbänken stod det en rulle med handdukstork. I den tredje tvättstugan luktade det urin. Plasthandskar fanns i en storlek. I trådbacken under tvättställ fanns det förkläden. För övrigt fanns det en vagn med

tvättfat och rondsålar som ska vara i sköljrummet. Vårdhygien rekommenderar upphängningsanordning för handskar och förkläden.

**Förråd** - I ett förråd stod en TV, en dammsugare och ett använt täcke som låg på en hylla. För övrigt var det bra. Ett annat förråd var rörigt med toalettpapper och lådor på golvet samt TV, bord, vagnar och madrasser. I ett annat förråd fanns det lådor på golvet, blöjor utanför förpackningar. I detta förråd stod en vagn med kateterpåsar, blöjor, handskar, förklädesförpackning och nattskjortor.

I ett mindre förråd för sterilt material fanns det öppna förpackningar och en provtagningsvagn som behövde rengöras.

Ett litet rum på avdelningen **ca 1x1 m**- används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde privata kläder och använda arbetskläder. På diskutkastet hängde en påse med arbetskläder. På golvet låg det strumpor och skor. Rummet saknade tvättsäck, handsprit, tvål och vatten. Utrymmet lämpar sig för t. ex en spolo eller städförråd. I ett annat liknande rum hängde privata och använda arbetskläder på varandra. En påse med smutsiga arbetskläder ovanpå låg på golvet. Tvättsäck fanns. På golvet stod en överfull hink med använda handskar m.m. I ett tredje liknande rum fanns det privata kläder, rena och smutsiga arbetskläder. För övrigt var det smutsigt, papper, flaskor, handskar och en galge på golvet. Tvättsäck saknades dock fanns det en hållare för tvättsäck. På väggen hängde en rapportlista från 23 juni 2005.

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att uppnå en bättre ordning och fria golvytor.
- Se till att upphängningsanordning innehållande alla storlekar på handskar av plast och vinyl samt förkläden finns i tvättstugor och sköljrum samt att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum
- Förkläden ska finnas i köket och bytas dagligen

#### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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 det framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

#### **Uppföljning**

Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående och berörd personal erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slut och att individuell vårdplan upprättas. Vid kontroll av journaler saknas individuell vårdplan och uppgift om extra personal ordinerats inför vård i livets slut. Det saknas även uppgifter i journalen om att läkare beslutat om vård i livets slut. Verksamheten får poängavdrag på grund av detta.

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering ska alltid göras vid inflyttning och inför vård i livets slut, därefter vid behov.
- Individuell omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut.

- I omvårdnadsplanen ska insatserna klart framgå och att läkaren beslutat om palliativ vård och vård i livets slut.

## **8. Inkontinens**

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

### **Uppföljning**

*En sjuksköterska på enheten saknar förskrivningsrätt på inkontinens hjälpmedel. Sjuksköterskan arbetar i team med vårdpersonal när det gäller utprovning av inkontinensskydd. Alla boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska. Sjuksköterskan uppger att inkontinenshjälpmedel förskrivs individuellt av sjuksköterska vilket inte framgår vid stickprovskontroller i journaler. Omvårdnadsplaner saknas. Rutiner för vårdtagare med kvarliggande urinkateter finns, men följs inte. Brister finns i att dokumentera uppgifter om produkt, storlek och sort i journalen.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Utveckla vården inom inkontinensområdet
- Upprätta omvårdnadsplaner.
- Utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel till den sjuksköterska som saknar utbildning.

## **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 vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har framfört att det finns rutiner och de använder Modifierad Nortonskala för riskbedömningar av trycksår. Detta sker endast vid behov efter kliniska bedömningar. Riskbedömningen dokumenteras i journalen, dock inte i en omvårdnadsplan. Dokumentation av omläggningar sker i sårvårdsjournal. Sjuksköterskan har uppgivit att det framgår av dokumentationen hur såret uppkommit, var det är lokaliserat, storlek och utseende. Vid stickprovskontroll i journaler framgår lokalisering, och delvis hur det ser ut dock inte alltid storlek. Verksamheten har tre vårdtagare med trycksår vid besöket, varav ett uppkommit på enheten. Sjuksköterska använder inte VAS skala för bedömning av smärta utan gör kliniska bedömningar.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Riskbedömningar på alla vid inflyttning.
- Upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.



- Använda VAS skala för bedömning av smärta

### **10. Nutrition**

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

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att riskbedömning med hjälp av vedertaget instrument MNA för malnutrition inte alltid görs vid inflyttning. Sjuksköterskan gör en klinisk bedömning och använder MNA ibland. Längd och vikt kontrolleras vid inflyttning, Vikt kontrolleras därefter inte regelbundet. BMI kontrolleras inte vid nutritionsproblem. Nutritionsproblem dokumenteras i status. Enstaka omvårdnadsplaner finns.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Riskbedömning med hjälp av instrumentet MNA avseende nutritionsproblem ska göras på alla vid inflyttning.
- Vikt ska kontrolleras regelbundet.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid nutritionsproblem och risk för undernäring.

### **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska 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 riskbedömning och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att de kontaktar läkare när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Vid stickprovskontroll i journaler saknas dokumentation om att läkare kontaktats. Sjuksköterskan har uppgivit att rutiner finns för riskbedömning i samband med inflyttning. Riskbedömning görs inte regelmässigt på alla vid inflyttning utan endast vid behov. Sjuksköterskan upprättar inte en omvårdnadsplan vid fallrisk.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning ska göras på alla vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid fallrisk.

### **12. Demens**

*Ej aktuellt*

### **13. Rehabilitering**

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

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal medverkar vid vårdplanering och att individuella rehabiliteringsplaner utförs. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i vårdplaneringar och dokumentation av planer. Paramedicinare gör ADL status. Individuella hjälpmedel provas ut och följs upp av paramedicinare.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvård-status som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

#### **Uppföljning**

*Oral Care har haft utbildning för vårdpersonalen enligt överenskommelse. All personal har dock inte kunnat närvara.*

*Uppgift om att vårdtagaren erbjudits kostnadsfri munhälsobedömning dokumenteras inte i journalen. Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att munbedömning utförs av sjuksköterska.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- *Erbjudande och utförd munhälsobedömning samt nödvändig tandvård ska dokumenteras i status under sökord nutrition.*

### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 5 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes.

Utbildning i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen på samma sätt.

Brister finns i vårdplanering, och att upprätta vårdplaner samt dokumentation av allmänna uppgifter. Riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall görs med hjälp av vedertagna instrument. Riskbedömningar görs inte på alla och i samband med inflyttning.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelse rapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område.

Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

## Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan 6, den 3 september och 10 oktober 2008

### Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

### Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

### Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	16	20	
3	Delegering	19	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	16	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	16	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	18	20	
10	Nutrition	16	20	
11	Fall och fallskador	14	20	
12	Demens	-	-	Ej aktuellt
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	12	20	
	Summa:	209	260	Uppfyllelse 80 %

### **1. Läkarkontakt.**

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

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Avvikelsesrapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. MAS rutiner 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 narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*Vid uppföljningen framför sjuksköterskan att det inte framgår av journalen att vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel samt att sjuksköterskan övertagit ansvaret. Detta dokumenteras ibland.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader.*

*Sjuksköterskan som är ansvarig för kontrollräkning av narkotika följer inte gällande instruktioner dvs kontrollräkning av narkotika grupp II sker inte en gång per vecka enligt gällande instruktioner.*

*Dosetterna har dosettkort med personuppgifter, läkemedelspreparat, styrka och dos. Sylt förvarades i kylskåpet som är till för läkemedel.*

### Förbättringsåtgärd

- Genomgång av gällande instruktioner för läkemedelshantering.
- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshantering.
- Narkotika grupp II ska kontrollräknas en gång per vecka av utsedd sjuksköterska som inte ansvarar för förråd och rekvisition.

### **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 personalbristsituationer.

Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

### **Uppföljning**

*Skriftlig delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker alltid när vårdpersonal ska utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Delegeringarna utförs i VODOK. Sjuksköterskan går igenom MAS rutiner i samband med delegering av överlämnande av läkemedel och andra arbetsuppgifter. Brister finns när det gäller uppföljning av hur arbetsuppgiften utförs under perioden en delegering gäller. Det sker endast ibland.*

### Förbättringsåtgärd

- Uppföljning av hur arbetsuppgifter som delegerats fungerar.

### **4. Avvikelse**

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelshantering. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse ska alltid åtgärder vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

### **Uppföljning**

*Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten.*

### Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelshantering och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd.

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

## **Uppföljning**

*Alla medicintekniska produkter är inte märkta och registrerade i inventarieregister.*

### Förbättringsåtgärd

- Inventarieregister behöver ses över och kompletteras.

## **6. Hygien**

Många av dem som bor på vård- och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

## **Uppföljning**

*Verksamheten har ingen personal som inte deltar i omvårdnadsarbetet som ansvarar för mat/matlagning utan de försöker begränsa det så att inte flera iordningsställer mat. En ansvarig för mat och matlagning är en viktig resurs med tanke på alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och mat situationen.*

*Verksamheten har uppgivit att personalen använder köksförkläde. Vid kontroll av kök saknades förkläde i ett kök. I ett annat kök låg köksförkläden i en låda varav det ena var smutsigt. Vid förfrågan om bytesfrekvens framförde vårdpersonal att de byttes då de var smutsiga.*

*Orent material rengörs inte i diskdesinfektor på grund av att verksamheten inte inhandlat någon. Diskdesinfektor är nu beställd ett år efter genomförd hygienrond. Verksamheten har således inte vidtagit åtgärder efter hygienrond som utfördes hösten 2007.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att personalen blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt samt är fria från smycken, men de följer inte övriga hygienrutiner tillfredsställande.*

**Sköljrum** - saknar en ren respektive oren sida. I sköljrummet fanns en lampa, två käppar och tre sugar som var omärkta. Handskar låg på handfat och tvål saknades.

**Tvättstugor** – I skåpet låg personalkläder, väska, deodorant och schampo. Personalkläder fanns även liggande i en bokhylla. Handskar i plast låg i trådback under diskbänk och handsprit stod på diskbänk. Förkläden saknades. Handdukar hängde på väggen. Papperskorg var överfull. I den andra tvättstugan var det dålig lukt, handskar låg i trådback. För övrigt var det bra. I den tredje tvättstugan var det god ordning. Det fanns en storlek plasthandskar (stl M) och förkläden saknades.

*Vårdhygien rekommenderar upphängningsanordning för handskar i alla storlekar och förkläden.*

**Förråd** – ett förråd innehöll en provtagningsvagn, lådor på golvet och förpackningar som inte var stängda. I ett annat förråd var det rörigt. I detta förråd fanns det lampor, TV handskar, toalettpapper, servetter, blöjor m.m. I det tredje förrådet var det också rörigt och förpackningar som inte var stängda. En dator stod på golvet.

*Ett litet rum på avdelningarna ca 1x1 m- alla rummen används som omklädningsrum för timanställd personal. Ett rum luktade illa. I utspillningsdiskhon låg en CocaCola burk. I alla tre rummen hängde privata kläder, rena och använda arbetskläder. I ett av rummen stod en dammsugare. Alla rummen saknade tvättmöjligheter. Utrymmet lämpar sig för t. ex en spolo eller städförråd.*

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att få en bättre ordning och fria golvytor.
- Se till att upphängningsanordning innehållande alla storlekar på handskar av plast och vinyl samt förkläden finns i tvättstugor och sköljrum samt att visir finns att tillgå.
- Översyn av omklädningsrum
- Förkläden ska finnas i köket och bytas dagligen

### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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 det framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående och berörd personal erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slut och att individuell vårdplan upprättas. Vid stickprovskontroll av journaler saknas individuell vårdplan och uppgift om extra personal ordinerats inför vård i livets slut. Det saknas även uppgifter i journalen om att läkare beslutat om palliativ vård. Verksamheten får poängavdrag på grund av detta.*

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering ska alltid göras vid inflyttning och inför vård i livets slut, därefter vid behov.
- Individuell omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut.
- I omvårdnadsplanen ska insatserna klart framgå och att läkaren beslutat om palliativ vård och vård i livets slut.

### **8. Inkontinens**

Många av dem som bor på äldreboende har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska sjuksköterskan ha 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.

#### **Uppföljning**

*Alla sjuksköterskor på enheten har inte fått utbildning som ger förskrivningsrätt på inkontinens hjälpmedel. Sjuksköterskan arbetar i team med vårdpersonal när det gäller utprovning av inkontinensskydd. Alla boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska. Sjuksköterskan uppger att inkontinenshjälpmedel förskrivs individuellt av*



*sjuusköterska vilket inte framgår vid stickprovskontroller i journaler. Detta ger poäng avdrag. Omvårdnadsplaner för inkontinens saknas. Rutiner för vårdtagare med kvarliggande urinkateter finns. I journalen dokumenterar sjuusköterskan om vårdtagaren har KAD och storlek samt att vårdtagare har inkontinenshjälpmedel men uppgifter om produkt, storlek och sort på inkontinensskydd dokumenteras inte i journalen.*

#### Förbättringsåtgärd

- Gå igenom gällande rutiner
- Utveckla vården inom inkontinensområdet
- Upprätta omvårdnadsplaner.
- Utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel till den sjuusköterska som saknar utbildning.

### **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 sjuusköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

#### **Uppföljning**

*Sjuusköterskan har framfört att det finns rutiner och de använder Modifierad Nortonskala för riskbedömningar av trycksår. Detta sker endast vid behov efter kliniska bedömningar.*

*Riskbedömningen dokumenteras i journalen. Omvårdnadsplaner där planerade insatser ska framgå behöver utvecklas. Sjuusköterskan konsulterar paramedicinsk personal vid risk för trycksår eller om trycksår uppkommit. Vårdinsatserna dokumenteras i en sårvårdsjournal. Sjuusköterskan har uppgivit att det framgår av dokumentationen hur såret uppkommit, var det är lokaliserat, storlek och utseende. Verksamheten har en vårdtagare med trycksår som inte uppkommit på enheten.*

*Sjuusköterska använder inte VAS skala för bedömning av smärta utan gör kliniska bedömningar.*

#### Förbättringsåtgärd

- Riskbedömningar på alla vid inflyttning.
- Upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.
- Använda VAS skala för bedömning av smärta

### **10. Nutrition**

Kosten som serveras på äldreboenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan skall inte vara mer än max 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka ska följas. Sjuusköterskan ska göra en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. MNA inkl. BMI-värdet ska mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att riskbedömning med hjälp av vedertaget instrument MNA för malnutrition alltid görs vid inflyttning. Vid stickprovskontroll framgår att MNA används för riskbedömning, men inte på alla. Längd och vikt kontrolleras vid inflyttning, det saknas dock på några och sker inte regelbundet. BMI kontrolleras ibland. Nutritionsproblem dokumenteras i status. Omvårdnadsplaner saknas.*

#### Förbättringsåtgärd

- Riskbedömning med hjälp av instrumentet MNA avseende nutritionsproblem ska göras på alla vid inflyttning.
- Vikt ska kontrolleras regelbundet.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid nutritionsproblem och risk för undernäring.

### **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska 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 riskbedömning och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att de kontaktar läkare när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Vid stickprovskontroll av journaler saknas det ibland dokumentation om att läkare kontaktats. Sjuksköterskan har uppgivit att rutiner finns för riskbedömning i samband med inflyttning. Riskbedömning görs inte regelmässigt på alla vid inflyttning utan vid behov. Verksamheten har framfört att identifierade riskfaktorer utifrån riskbedömningen åtgärdas och dokumenteras i journalen. Vid kontroll i journaler saknas omvårdnadsplan vid fallrisk.*

#### Förbättringsåtgärd

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning ska göras på alla vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid fallrisk.
- Sjuksköterska och paramedicinare bör utveckla det förebyggande arbetet med fall och fallolyckor.

### **12. Demens**

*Ej aktuellt*

### **13. Rehabilitering**

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

### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal medverkar vid vårdplanering. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i vårdplaneringar. Rehabiliteringspersonalen deltar ibland. Individuella rehabiliteringsplaner dokumenteras inte. Paramedicinare gör ADL status. Individuella hjälpmedel provas ut och följs upp av paramedicinare.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabiliteringsplan.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

### **Uppföljning**

*Oral Care har haft utbildning för vårdpersonalen enligt överenskommelse. All personal har dock inte kunnat närvara.*

*Uppgift om att vårdtagaren erbjudits kostnadsfri munhälsobedömning dokumenteras inte i journalen. Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att munbedömning utförs av sjuksköterska vid inflyttning. Vid stickprovskontroll av journaler finns det brister i dokumentation.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Erbjudande och utförd munhälsobedömning samt nödvändig tandvård ska dokumenteras i status under sökord nutrition.
- Munbedömning ska dokumenteras i status under nutrition

### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 6 Räcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska alla i verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes.

Utbildning i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen på samma sätt.

Brister finns i vårdplanering, och att upprätta vårdplaner samt dokumentation av allmänna uppgifter. Riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall görs med hjälp av vedertagna instrument. Riskbedömningar görs inte på alla och i samband med inflyttning.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelse rapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrond tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.

## **Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Räcksta vård och omsorgsboende plan 7 och 8, den 17 och 22 september 2008**

### **Bakgrund**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

### **Syfte**

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner för hälso- och sjukvård efterlevs
- att 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 rutiner 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

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.

### **Resultat av kvalitetsuppföljningen.**

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningar.</b>	<b>Antal Poäng</b>	<b>Max poäng</b>	<b>Förbättringsåtgärd</b>
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	17	20	
3	Delegering	18	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	16	20	
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>			

7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	16	20	
8	Inkontinens	8	20	
9	Trycksår	18	20	
10	Nutrition	16	20	
11	Fall och fallskador	17	20	
12	Demens	-	-	Ej aktuellt
13	Rehabilitering	16	20	
14	Mun- och tandhälsovård	14	20	
	Summa:	212	260	Uppfyllelse 82 %

### **1. Läkarkontakt.**

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

### **Uppföljning**

*Från och med den 1 maj har verksamheten fått en ny läkare som fungerar bra. Läkaren är på Råcksta vård och omsorgsboende dagtid måndag till fredag. Jourtid anlitas Curera. Vid telefonordinationer under jourtid får verksamheten inga skriftliga ordinationer.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Avvikelsesrapport ska skrivas när jourläkare inte skickar skriftlig ordination vid telefonordinationer.

### **2. Läkemedelshantering**

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. MAS rutiner ska vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

### **Uppföljning**

*I journalen dokumenteras inte att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering på grund av att de ansvarar för alla boendes läkemedelshantering. Informerade om att de alltid ska dokumentera detta.*

*Verksamheten har vid uppföljningstillfället framfört att brister som framkommer vid extern kvalitetsgranskning åtgärdas inom tre månader. Det visar sig att brister i att märka läkemedelsbägare kvarstår.*

### **Förbättringsåtgärd**

- Efter genomförda kvalitetsgranskningar ska ansvarig chef gå igenom protokollet och se till att brister åtgärdas.
- I omvårdnadsjournalen ska det dokumenteras att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshantering.

### **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 personalbristsituationer.

Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

#### **Uppföljning**

*Skriftlig delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker alltid när vårdpersonal ska utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig kunskapstest vid delegering av överlämnande av läkemedel görs inte. Istället gör sjuksköterskan en egen kunskapsbedömning. Utbildning med genomgång av MAS rutiner och skriftlig instruktion vid delegering av andra hälso- och sjukvårdsuppgifter görs inte.*

#### Förbättringsåtgärd

- Skriftlig delegering ska göras i delegeringsmodulen i VODOK.
- Genomgång av rutiner.
- Vid delegering ska rutiner och skriftliga instruktioner lämnas till mottagare av delegeringsbeslut

### **4. Avvikelse**

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

#### **Uppföljning**

*Avvikelser rapporteras inte enligt MAS rutiner. Viktigt att verksamheten arbetar med avvikelshantering som ett underlag för att utveckla verksamheten.*

#### Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelshanteringen och arbeta med händelse och riskanalyser i kvalitetsråd

### **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 tillgängliga för användaren och 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.

#### **Uppföljning**

*Alla ordinerade medicintekniska produkter dokumenteras inte alltid i omvårdnadsjournalen av sjuksköterska, respektive paramedicinsk personal. Vid förskrivning av hjälpmedel framkommer det vid granskning av journaler att bedömningen ibland är otydlig.*

#### Förbättringsåtgärd

- Inventarieregister behöver ses över och kompletteras.

- Alla ordinerade hjälpmedel ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen av sjuksköterska, respektive paramedicinsk personal. Ordinationen ska vara tydlig med en bedömning om orsak till hjälpmedlet/insatsen.

## 6. Hygien

Många av dem som bor på vård- och omsorgsboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de 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/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

### Uppföljning

*Verksamheten har tidigare haft en person avdelad med ansvar för mat/matlagning, men denna funktion upphörde i början av 2008. MAS anser att det är en viktig resurs att ha en person med rätt kompetens som ansvarar för köket. Speciellt med tanke på följsamhet till rutiner och med tanke på alla resistenta bakterier som finns i samhället och som kan spridas via mat och matsituationen. Köksförkläden används i köket. De byts inte dagligen enligt hygienrutinerna.*

*Vid observation på våningsplanet framkommer att verksamheten blivit bättre på handhygien och använder kortärmad arbetsdräkt, men följer inte hygienrutiner till fullo. Verksamheten har inte vidtagit åtgärder efter hygienrund som utfördes hösten 2007.*

**Sköljrum-** saknar en ren respektive orensida. Svårstädat och trångt arbetsmässigt då två toastolar står i vägen. Saknas handskar såväl plast som vinyl i de storlekar som rekommenderats. Dessa ligger på en hylla. Rekommendationer är upphängningsanordning för handskar och förkläden.

**Tvättstugor-Plan 7** En tvättstuga saknar handskar och förkläden, en saknar handskar handsprit och förkläden samt en har plasthandskar stl L men inga förkläden. **Plan 8** – en tvättstuga har handskar och förkläden i en trådback, i en tvättstuga ligger handsprit och tvål på tvättho tillsammans med ytdesinfektionsmedel och sköljmedel. Förkläden saknas. Tvättstugorna är röriga med smutsig tvätt på golvet.

**Förråd-** Sterilt material hanteras inte enligt sterilrutiner. I ett förråd stod en rullstol som ej var rengjord, blöjor på golvet, kateterpåsar som inte låg i förpackningar. I ett tvättförråd låg rena tvättsäckar och kläder på golvet samt en centraldamsugare. I ett materialförråd låg sterila pincetter och kompresser uppackade ur originalförpackning. I ett förråd fanns det sänglinne, rullstol, lift, TV, lampa, blommor m.m. I ett annat förråd fanns det bäddutrustning, städmaterial, rullator, cykel, madrass, droppställning och fläkt. Dörren till detta förråd var markerad med syrgas men det fanns inget i detta rum. Förråden bör struktureras upp. Golvytor ska vara fria och åtkomliga för städning.

Ett Litet rum på avdelningen ca 1x1 m- används som omklädningsrum för timanställd personal. I detta rum hängde använda arbetskläder tillsammans med privata och kläder låg på golvet. Rummet saknade tvättsäck, handsprit, tvål och vatten. I ett annat rum hängde privata och rena samt orena arbetskläder. Använda kläder låg även på hyllor. Saknas tvättsäck och möjlighet till att tvätta sig. Utrymmet lämpar sig för t. ex en spolo eller städförråd.



*Vid besöket kom en vårdpersonal ut ur en lägenhet bärande på tvätt till tvättstugan. Hon saknade förkläde och hade handskar på sig ut i korridoren.*

#### Förbättringsåtgärd

- Översyn av förrådsutrymmen för att få bättre ordning
- Se till att upphängningsanordning innehållande alla storlekar på handskar av plast och vinyl och förkläden samt visir finns i tvättstugor och sköljrum samt att visir finns att tillgå vid t ex diarréutbrott.
- Översyn av omklädningsrum

#### **7. Vård i livets slutskede**

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift. Det ska finnas skriftliga rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, 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.

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har lämnat uppgift om att patient/närstående och berörd personal erbjuds att delta i vårdplanering inför vård i livets slut samt att sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen att läkaren beslutat om vård i livets slut. Vid stickprovskontroller framgår det inte av omvårdnadsjournalerna. Individuella vårdplaner inför vård i livets slut upprättas inte.*

#### Förbättringsåtgärd

- Omvårdnadsplan ska upprättas för palliativ vård och inför vård i livets slut. I denna ska insatserna klart framgå.

#### **8. Inkontinens**

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

#### **Uppföljning**

*Alla sjuksköterskor har inte förskrivningsrätt på inkontinens hjälpmedel. Sjuksköterskan arbetar inte i team med vårdpersonal. De boende med symtom på inkontinens är inte utredda av sjuksköterska och inkontinenshjälpmedel förskrivs inte individuellt av sjuksköterska. Omvårdnadsplaner saknas. Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att de dokumenterar uppgifter om produkt, storlek och sort när det gäller KAD, när det gäller inkontinensskydd saknas dessa uppgifter i journalen.*

#### Förbättringsåtgärd

- Utveckla vården inom inkontinensområdet
- Utveckla teamarbete när det gäller utprovning av hjälpmedel.
- Upprätta vårdplaner.

- Utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel till de sjuksköterskor som saknar utbildning.

### **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 vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Eventuella trycksår ska beskrivas med utseende, storlek och var det är beläget.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har angivit att det finns rutiner och att de använder Modifierad Nortonskala för riskbedömningar av trycksår. Riskinventering görs inte i samband med inflyttning utan först när sjuksköterskan uppmärksammar behoven. Sårvård dokumenteras enligt uppgift i sårvårdsjournal och inte i den IT baserade datajournalen. Sjuksköterskan använder inte något instrument för att bedöma smärta utan gör en klinisk bedömning. I augusti hade verksamheten fyra trycksår varav två uppkommit på enheten.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Riskbedömning ska göras vid inflyttning.
- Upprätta omvårdnadsplan vid risk för trycksår eller vid trycksår.
- Smärtstatus med hjälp av VAS skala.

### **10. Nutrition**

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

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att riskbedömning för malnutrition alltid görs vid inflyttning. Sjuksköterskan gör inte en riskbedömning avseende nutritionsproblem med hjälp av vedertaget instrument MNA och BMI kontrolleras inte.*

#### **Förbättringsåtgärd**

- Riskbedömning enligt MNA ska göras vid inflyttning.
- Omvårdnadsplan ska upprättas vid nutritionsproblem och risk för undernäring.

### **11. Fall och fallskador**

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska 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 riskbedömning analys, och åtgärd ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Uppföljning**

*Sjuksköterska har uppgivit att de ibland kontaktar läkare när en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit. Sjuksköterskan har uppgivit att riskbedömning görs i samband med inflyttning. Vid kontroll framkommer att det görs ibland.*

#### Förbättringsåtgärd

- Läkare ska alltid kontaktas då en vårdtagare med nedsatt mental förmåga har fallit.
- Riskbedömning avseende fallrisk ska göras i samband med inflyttning

### **12. Demens**

*Ej aktuellt*

### **13. Rehabilitering**

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

#### **Uppföljning**

*Verksamheten har uppgivit att paramedicinsk personal medverkar vid vårdplanering vid behov. Vid stickprovs kontroll i journalerna framgår brister i vårdplaneringar och dokumentation av planer. Individuella rehabiliteringsplaner saknas. Individuella hjälpmedel provas ut av paramedicinare.*

#### Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering med vårdtagare/närstående och berörda personalgrupper ska göras inom två veckor efter inflyttning och vårdplan upprättas.
- Paramedicinare ska delta vid vårdplanering och upprätta rehabplan.

### **14 Mun- och tandhälsovård**

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning är ett munvårdstatus som 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. Vid inflyttning ska de boende även erbjudas årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

#### **Uppföljning**

*Uppgift om att vårdtagaren erbjudits kostnadsfri munhälsobedömning saknas i journalen. Sjuksköterskan har lämnat uppgift om att munbedömning utförs. Vid kontroll i journalen framkommer att riskbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper som t ex. munhygien, kostvanor och muntorrhet samt demens, parkinson, stroke etc görs ibland. I vissa journaler finns det dokumenterat om munhälsobedömning och att frivillig tandvård bedömts av tandvården.*

#### Förbättringsåtgärd

- Munbedömning utförd av sjuksköterska ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- Erbjudande och utförd munhälsobedömning samt nödvändig tandvård ska dokumenteras i journalen.

### **Sammanfattning**

Vid uppföljning på plan 7-8 Råcksta vård- och omsorgsboende framkommer flera förbättringsområden. Verksamheten följer gällande rutiner till viss del men fortfarande kvarstår vissa brister i följsamheten till rutiner. För att få poäng vid uppföljningen så ska verksamheten följa rutiner och dokumentera planerade och utförda insatser. Dokumentationen ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Dokumentationssystemet VODOK är ett relativt nytt system som kontinuerligt uppdateras och förbättras. Det har varit många behörighets- och åtkomstproblem sedan det infördes.

Utbildningen i dokumentationsmodellen har varit bristfällig. Endast några har fått utbildning. Dessa har förväntats utbilda övriga användare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver fortlöpande utbildning i dokumentationsmodellen så att alla använder modellen på samma sätt.

Brister finns i att dokumentera allmänna uppgifter, vårdplaner, riskbedömningar för malnutrition, trycksår och fall. Riskbedömningar sker endast sporadiskt.

Brister finns i avvikelserapporteringen. Avvikelserapportering är en skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal. Avvikelsehanteringen är en viktig del i den fortsatta utvecklingen av verksamheten och för att säkerställa vården.

Hösten 2007 genomfördes en hygienrund tillsammans med vårdhygien Stockholms läns landsting. Vid denna uppföljning framkom att det kvarstod vårdhygieniska brister. Protokoll från vårdhygien (bilaga 16).

De åtgärder verksamheten behöver vidta redovisas under respektive område. Kvalitetsuppföljningen lämnas till utföraren som upprättar en åtgärdsplan inkl. tidplan. Denna redovisas till stadsdelsförvaltningens MAS.