

# Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Koppargården vård- och omsorgsboende, den 20 oktober – 17 november 2010

## 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 riktlinjer/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 riktlinjer och 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.

MAS går vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng.

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	se kvalitetsområde
2	Läkemedelshantering	14	20	se kvalitetsområde
3	Delegering	20	20	se kvalitetsområde
4	Avvikelsehantering	18	20	se kvalitetsområde
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	se kvalitetsområde
6	Hygien	20	20	se kvalitetsområde
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	17	20	se kvalitetsområde
8	Inkontinens	6	20	se kvalitetsområde

9	Trycksår	14	20	se kvalitetsområde
10	Nutrition	16	20	se kvalitetsområde
11	Fall och fallskador	17	20	se kvalitetsområde
12	Demens	17	20	se kvalitetsområde
13	Rehabilitering	19	20	se kvalitetsområde
14	Mun- och tandhälsovård	11	20	se kvalitetsområde
	Summa:	229	280	Uppfyllelse 82 %

### ***1. Kontakt med Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.***

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

#### ***Kommentar***

Trygg hälsa AB ansvarar sedan maj 2008 för läkarinsatserna. Verksamheten är aktiv och engagerad i patientsäkerhetsfrågor. Exempel på detta är att verksamheten sedan uppkomsten av ESBL bildande bakterier påbörjat ett projekt avseende ESBL resistent bakterier, genom att ge kosttillskott med probiotika dagligen under 4 veckor. Målsättningen var att få ESBL positiva odlingar från patienter att konvertera till negativa.

Läkarinsatserna har haft god kontinuitet sedan påbörjat uppdrag maj 2008. I samband med behov av akut rekrytering av läkare i oktober 2010 har det varit några byten av läkare. I avvaktan på tillsättning har läkare hyrt in. En ny läkare som är geriatiker är nu anställd med ansvar för Koppargården.

Vid uppföljning framkom att det finns rutiner för hur samarbetet med läkare, sjuksköterska och paramedicinsk personal ska ske. Paramedicinsk personal har inte direkt kontakt med läkare utan rapporterar till sjuksköterskan eller blir kontaktade av sjuksköterska då behov uppstår.

#### **Förbättringsåtgärd**

-

### ***2. Läkemedelshantering***

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt. MAS instruktioner och de lokala rutinerna 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 m m ska dokumenteras i journalen.

#### ***Kommentar***

På Koppargården finns avtal för läkemedelsförråd. På plan 1 finns det ett centralt läkemedelsförråd och på plan 4 och 7 ett akut- och buffertförråd. Vid uppföljningen framkom även utökad förrådshållning på övriga våningsplan samt att det fanns ett förråd i källaren som obehöriga hade tillgång till. Det förekom även brister på vissa enheter avseende kontroll av narkotika och journalföringen av narkotika var bristfällig i samband med att sjuksköterska

från andra våningsplan hämtade narkotika från förrådet till sina patienter. Den årliga externa läkemedelsgranskningen som ska göras tillsammans med farmaceut var efter överenskommelse inte genomförd under 2010 på grund av chefsbyten. Granskningen planerades istället att genomföras efter årsskiftet. Läkemedelsgranskningen utfördes 28 mars 2011.

Vid kontroll i journaler saknas uppgift om att den enskilde inte klarar av att hantera sina läkemedel och att sjuksköterskan tagit över ansvaret. Giltig ordinationshandling (original) saknades på några patienter som hade läkemedel dispenserade i dosett på plan 1,6,7 och 8. Kopia på läkemedelslista från Stockholms sjukhem alt. Bromma sjukhus fanns istället. Dessa var ottydliga, saknade uppgift på ordinator och eller underskrifter.

### **Förbättringsåtgärd**

- Regelbunden kontroll av narkotika minst varje månad enligt gällande rutin
- I narkotikajournal ska alltid patientens namn anges vid uttag. Uttag av narkotika ska kunna spåras.
- Ta bort läkemedel, sprutor och kanyler från förråd i källaren
- Extern kvalitetsgranskning varje år
- Under sökord läkemedelsansvar i journalen ska det framgå om sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen
- Ta fram en gemensam rutin för att säkerställa att patienten har en samlad ordinationshandling i original som signeras av såväl sjuksköterska som läkare.

### ***3. Delegering***

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till personal med reell kompetens. 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.

### ***Kommentar***

Enligt avtal ska delegeringsbeslut utföras i delegeringsmodulen i VODOK. Verksamheten brister dock i utförandet. Istället sker delegeringsbeslut manuellt på papper. Kontroll i delegeringsmodulen VODOK visar att det på plan 4 var delegering utfärdat till två personal, och på plan 6 och 7 var delegering utfärdat till en personal. De övriga planen hade många fler delegeringsbeslut i VODOK. Det uppmärksammades att några delegeringsbeslut gällde hela huset. Detta bör ses över av respektive sjuksköterska. Ett delegeringsbeslut bör endast omfatta den enhet där personalen arbetar och har kännedom om patienterna. Vid MAS besök framkom viss osäkerhet hos sjuksköterska om hur en delegering ska utföras och var gällande rutiner förvarades.

### **Förbättringsåtgärd**

- Delegering ska göras i delegeringsmodul VODOK enligt avtal

### ***4. Avvikelse***

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelshantering. Vid en händelse eller en risk

för händelse ska alltid åtgärder vidtas för att förebygga att händelsen återupprepas. Händelsen och åtgärder ska återkopplas till personalen.

### ***Kommentar***

Verksamheten har utvecklats avseende rapportering av avvikelser. Alla avvikelser har dock inte rapporterats i avvikelsemodul i VODOK enligt avtal. Det som rapporterats i VODOK är framförallt fallolyckor (66), händelser i vårdkedjan (15), läkemedelshantering (7), hygien (1), omvårdnad/rehabilitering (4), medicintekniska produkter (1). Det faktiska antalet avvikelser från 1 januari– 28 augusti 2010 var totalt 275 varav fall (215) läkemedel (54), medicinsktekniska produkter (6).

### **Förbättringsåtgärd**

- Alla avvikelser avseende hälso- och sjukvård ska rapporteras, åtgärdas och avslutas i avvikelsemodul VODOK enligt avtal

### ***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.

### ***Kommentar***

Registrering av MTP i ett inventarieregister pågår med hjälp av externt företag Human Care.

### **Förbättringsåtgärd**

-

### ***6. Hygien***

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

### ***Kommentar***

Enligt uppgifter är basala hygienrutiner ett område som diskuteras vid arbetsplatsträffar. All nyanställd personal ges skriftlig information om basala hygienrutiner. Verksamheterna arbetar också kontinuerligt med självskattning och observationer utifrån de mallar som Vårdhygien tagit fram för egenkontroll i verksamheten. Verksamheten har inte en särskilt avdelad personal som ansvarar för iordningsställande av mat/matlagning. På morgonen löser verksamheten det genom att en person direkt iordningsställer frukost. För övrigt löser verksamheten hygienfrågan genom att använda köksförkläden och genom att följa basala hygienrutiner. Det finns sedan 2008 diskdesinfektor på plan 2 och 6 för rengöring av flergångsmaterial.

## **Förbättringsåtgärd**

-

### ***7. Vård i livets slutskede***

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede. Läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska även finnas möjlighet för närstående att delta i vården. 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.

### ***Kommentar***

Verksamheten behöver i ett tidigt skede planera för den palliativa vården och inför vård i livets slut. I några journaler framkom under sökord ”läkarkontakt” att det var vård i livets slut. Vårdplaner med information om vilka åtgärder som planerats saknades. Det ska dokumenteras i sökord ”åtgärder” undersökord ”skötsel avancerad” – ”vård i livets slut”. När dokumentation sker på olika sätt under olika sökord är det svårt för en annan sjuksköterska att följa vården och få kunskap om vilka åtgärder som planerats. Verksamheten har i samarbete med läkarorganisationen haft utbildning i palliativ vård och vård i livets slutskede samt tydliggjort hur den palliativa vården ska planeras och utföras. Utveckling inom området pågår.

## **Förbättringsåtgärd**

- Verksamheten behöver fortsätta utveckla den palliativa vården och planera inför vård i livets slut tillsammans med läkaren.
- Införa palliativa vårdregistret
- Skattningsskala för bedömning av smärta när det är möjligt

### ***8. Inkontinens***

Alla personer som bor i ett särskilt boende och har urinläckage och som inte redan är utredd för detta, ska utredas enligt vårdprogram och/eller NIKOLA kvalitetssäkringsprogram. Ingen ska erhålla inkontinenshjälpmedel före utredning. Innan beslut fattas om eventuella inkontinenshjälpmedel ska alltid alternativa metoder prövas, exempelvis toalettassistans. Uppföljning ska ske minst en gång om året eller vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Inkontinenshjälpmedel ska alltid vara individuellt utprovade för att säkerställa att produkten är anpassad efter patientens behov. Patienten ska erbjudas de förbrukningsartiklar som behövs vid inkontinens. Inkontinenshjälpmedel är kostnadsfria för personer som har urinretention, urininkontinens och/eller tarminkontinens.

### ***Kommentar***

Alla sjuksköterskor har inte genomgått utbildning som ger rätt att förskriva inkontinenshjälpmedel. På vissa enheter arbetar sjuksköterska och omsorgspersonal i team vid utprovning av inkontinensskydd, dock inte alla. Genomgående var personer med symptom på inkontinens inte utredda av förskrivande sjuksköterska. Vårdplaner saknades. Om inkontinensskydd användes framgick inte storlek och sort i alla journaler. Vid kvarliggande urinkateter (KAD) ska uppgift om ordinator, orsak till KAD och storlek etc. anges samt när byte ska genomföras.

## **Förbättringsåtgärd**

- Inkontinensutredning/uppföljning ska utföras på alla patienter som har urinläckage. Vid utredningen kan lämpliga mallar i NIKOLA:s kvalitetssäkringsprogram användas

- eller Vårdprogram ”Urininkontinens hos äldre kvinnor inom kommunal hälso- och sjukvård”.
- Vårdplan med uppgift om problem/behov som framkommit vid utredning, hjälpmedel (produkt storlek etc) och uppföljning.

### **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. Utifrån det som framkommit i riskbedömningen ska förebyggande åtgärder vidtas. Riskbedömningen ska dokumenteras i en vårdplan i omvårdnadsjournalen.

#### **Kommentar**

Verksamheten har rutiner för att förebygga och behandla trycksår. De gör riskbedömningar på alla enheter. Vid kontroll saknas riskbedömningar i vissa journaler. Vårdplanerna behöver utvecklas. Dessa innehåller oftast endast problem och mål men inte vilka åtgärder som ska vidtas eller någon utvärdering. Resultatet av riskbedömningen ska även framgå i status under sökord hud.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Fortsatt utveckling med riskbedömningar
- Vårdplan med uppgift om planerade åtgärder och utvärdering
- Resultatet av riskbedömningen ska anges i status.

### **10. Nutrition**

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan skall inte vara mer än 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. BMI-värdet ska mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### **Kommentar**

Vid granskning av journaler framkom att riskbedömningar görs på alla enheter. Vid kontroll saknas riskbedömning i vissa journaler. Vårdplanerna är dock inte alltid fullständiga. I flera journaler har problem och mål dokumenterats, men inte vilka åtgärder som planerats eller uppföljning av resultat. Resultatet av riskbedömningen framgår inte heller i status under sökord nutrition. Vid ordination av näringsdrycker ska det anges vad som ordinerats och antal per dygn. Ofta anges att de näringsberikar maten men inte med vad eller vid vilka tillfällen. Detta är dokumenterat som tillfällig åtgärd istället för i en vårdplan.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Fortsatt utveckling av riskbedömningar.
- Utveckla vårdplanerna med uppgift om problem, planerade åtgärder, mål och utvärdering.
- Näringsberikar mat- förtydliga med uppgift om med vad och när ska framgå i vårdplan.
- E-kost (energirik kost) för att undvika viktnedgång och förebygga/behandla sår.

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

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska göras i samband med inflyttning. Sjuksköterskor och paramedicinare ska samverka i det förebyggande arbetet och övrig personal ska ha utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning samt åtgärder ska dokumenteras i omvårdningsjournalen.

#### ***Kommentar***

Verksamheten har rutiner och kontakter läkare vid fallolyckor. Riskbedömningar utförs på alla enheter. Det saknas riskbedömningar i vissa journaler. Vårdplanerna behöver dock utvecklas. Oftast anges endast identifierade risker och mål. I planen saknas ofta vilka åtgärder som planerats eller uppföljning av resultat. Åtgärder kan återfinnas i dokumentation under enstaka åtgärder eller ordinerade hjälpmedel.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Fortsatt utveckling med riskbedömningar
- Utveckla vårdplanerna med uppgift om problem, planerade åtgärder, mål och utvärdering.
- Resultatet av riskbedömningen ska framgå i status under sökord förflyttning

### **12. Demens**

På Koppargården finns det 8 demensenheter på plan 1-3. Demensenheter bör inte ha fler än nio boende per enhet. 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. Inlåsningsfår inte ske. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren. Kodlås är tillåtet under förutsättning att det finns personal som omgående kan öppna dörren och följa med ut eller avleda den boende.

#### ***Kommentar***

Varje demensenhet uppfyller kraven när det gäller antal boende på varje enhet. Verksamheten har en Silviasyster som handleder personalen. Verksamheten utbildar även fler personal till Silviasystrar för att höja kompetens och kvalitet på omsorgen. All personal behärskar inte svenska språket fullt tillfredsställande. Vid uppföljningen framför verksamheten att det finns lokala rutiner för hur individuella larm ska ordinerar. Vid granskning i journaler saknas dock vårdplaner och på vilka grunder individuella larm ordinerats. Verksamheten framför även att det finns möjlighet för vårdtagaren att passera ut genom dörren som är försedd med kodlås. MAS bedömning är att det krävs fler än två vårdpersonal för att detta ska vara möjligt. Verksamheten var inte alltid bemannad för att möjliggöra denna uppsikt.

#### **Förbättringsåtgärd**

- Rutiner- Individuella larm ska efter vårdplanering ordinerar och dokumenteras i en vårdplan.

### **13. Rehabilitering**

Om behov finns ska en rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör paramedicinsk personal delta. Boende som har behov av behandling av paramedicinsk

personal skall erbjudas detta. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av paramedicinsk personal, användningen av hjälpmedel skall följas upp. Vid behov skall ADL-status utföras.

### ***Kommentar***

Rehabiliteringspersonal deltar vid behov vid vårdplanering. Rehabpersonalen dokumenterar ADL status tillfredsställande, dock görs inte ADL status på alla, framförallt inte på korttidsboendet. Rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor dokumenterar i en gemensam journal.

### **Förbättringsåtgärd**

- ADL status ska göras på alla i samband med inflyttning eller ankomst till enheten.

### ***14 Mun- och tandhälsovård***

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning rubriceras som ett munvårdstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen har betydelse för individens välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Individen ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

### ***Kommentar***

Uppföljningen visar att sjuksköterskor till viss del bedömt munhälsan på vissa patienter vid inflyttningen. När det gäller munhälsobedömning och nödvändig tandvård framför verksamheten att de känner till samverkansöverenskommelsen om uppsökande tandvård och att de erbjuder vårdtagaren uppsökande munhälsobedömning. Vid granskning i journal framkommer det i ett fåtal journaler att de frågat om den enskilde vill ha en munhälsobedömning utförd av tandhygienist.

### **Förbättringsåtgärd**

- Sjuksköterska ska använda riskbedömningsinstrument för bedömning av munhälsa.
- Dokumentera i status och vid risk upprätta en vårdplan.
- Dokumentera om vårdtagare tackat ja eller nej till munhälsobedömning och av tandhygienist utförda bedömningar.

### ***Dokumentation***

MAS har den 27 oktober tillsammans med entreprenörens MAS granskat 15 journaler på Koppargården. MAS har även under januari- februari utfört kontroller i journalerna för att kontrollera att verksamheten följer gällande rutiner och patientdatalagen.

Granskningen visar att journalerna håller olika kvalitet på dokumentationen. Dokumentationen har dock förbättrats avseende riskbedömningar sedan föregående uppföljning.

När det gäller hanteringen fanns det ca 100 journaler som var oavslutade trots att patienten avlidit alt. flyttat till annat boende/ ordinärt boende. MAS har även funnit dubbla journaler på 8 patienter på ett plan. Det ska inte gå att öppna en ny journal om det redan finns en journal öppnad. MAS har därför anmält detta tekniska problem till ansvarig för VODOK. Av de dubbla journalerna fanns det två patienter med två journaler som var pågående. På en patient fanns anamnes och status dokumenterat i en av journalerna och i den andra hade



paramedicinarnas dokumenterat, vilket är en mycket allvarlig risk. En annan journal var upprättad med uppgift om åtgärder som vidtagits trots att patienten inte flyttat in. Två dagar senare var det dokumenterat att patienten inte skulle flytta till Koppargården utan till annat boende. MAS har informerat MAS inom Carema omsorg om detta och att alla journaler som inte är aktuella omgående måste avslutas. Om en patient flyttar till annat boende så kan de heller inte öppna upp en ny journal om journalen inte avslutas.

Vid korttidsvård ska journalerna alltid stängas för att öppnas vid nästkommande vårdtillfälle. I journalerna används ofta förkortningar som inte är vedertagna eller inte kan tolkas av andra än den som dokumenterat. Detta strider mot patientdatalagen. I VODOK data system finns det en hjälptextruta som hälso- och sjukvårdspersonalen kan använda för att underlätta dokumentationen och tydliggöra vad som ska framgå under respektive sökord. Det finns också en sökordsmanual till journalträdet som bör användas. Det är viktigt att verksamhetens handledare deltar i stadsdelens nätverksgrupp för information om nyheter i VODOK.

### **Förbättringsåtgärd**

- *Allmänna obligatoriska uppgifter* - Det förekommer att det saknas helt. Det mest förekommande är att identitetskontrollen inte utförts enligt gällande föreskrifter eller saknas. Uppgift om samtycke till vem upplysningar får lämnas brister. Fullständigt namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska är inte fullständig (endast förnamn), saknas eller så har sjuksköterskan slutat.
- *Anamnes (hälsohistoria)*- Är inte alltid fullständig, diagnos sökorden används sällan, att sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen saknas, istället dokumenterar man att läkarorganisationen eller vårdcentralen är ansvarig. Kontakter med andra vårdgivare ska dokumenteras under sökord pågående vård. Överkänslighet saknas ofta. I en journal observerades att patienten var överkänslig mot acetylsalicylsyra trots detta saknades uppgift om överkänslighet i journalen. Det ska alltid anges om patienten är överkänslig mot något eller inte.
- *Status*- Är inte alltid fullständigt dokumenterade. Oftast finns det ett grundstatus vid inflyttningstillfället men uppdateringar är inte fullständiga. Under status sökord nutrition ska munhälsobedömning, längd, vikt och BMI anges och under sökord elimination inkontinensutredning ska det som framkommer i utredningen anges.
- *Plan* – Riskbedömning för nutrition, fall, trycksår, ADL-förmåga utförs på alla enheter. Vid kontroll saknas det i vissa journaler. Fullständiga planer saknas. Risker och målet dokumenteras, men inte vilka åtgärder (utifrån det som framkommer vid riskbedömningen) som vidtas för att uppnå målet. Resultatet av riskbedömningen ska även framgå i status under respektive sökord. Paramedicinarna dokumenterar ofta åtgärder tillsammans med målbeskrivning. Uppföljning av vidtagna åtgärder för att nå målet ska även dokumenteras i planen, vilket är bristfälligt.  
Vid granskningen av journaler har sjuksköterskan ibland dokumenterat åtgärder i den löpande dokumentationen, vilket gör att dokumentationen inte kan ses som helhet i sitt sammanhang. Journalen ska vara tydlig och strukturerad samt kunna läsas och förstås av t.ex övriga hälso- och sjukvårdspersonal, utredningar etc.
- *Åtgärder* – De olika sökorden används inte i tillräcklig utsträckning tex vård i livets slutskede. Åtgärderna ska kopplas till vårdplanen.
- *Epikris*- Epikriser skrivs inte efter avslutad vård. Här ska en sammanfattning av vården dokumenteras innan journalen avslutas.
- Journal ska avslutas samma datum som patienten avlider
- Delta i stadsdelens nätverksgrupp för journalföring etc. i VODOK.

### **Kvalitetsindikatorer 2010**

Vård- och omsorgsboende	Antal journaler	ADL	Riskbedömn. fall	Riskbed. nutrition	Riskbed. trycksår	Munbedömn.
Koppargården	*613	136	308	231	281	114

\*Under året hade verksamheten (kontroll i VODOK) 613 pågående journaler (247 var avslutade och 249 påbörjade). På grund av att journalerna inte avslutas vid avslutad vårdtid är antalet journaler inte exakt. Antalet patienter med utförd riskbedömning är riktig.

Under året har verksamheten utvecklats när det gäller att utföra riskbedömningar. Vid risk ska en vårdplan upprättas med uppgift om problem, mål, planerad åtgärd/er, utförda åtgärder och uppföljning.

### **Sammanfattning och MAS bedömning**

I samband med uppföljning har MAS inledningsvis haft intervjuer i grupp vid två tillfällen. Vid båda dessa tillfällen har samma personer deltagit, bestående av ansvariga chefer, gruppchefer, en sjuksköterska och paramedicinare. Resultatet redovisas i en gemensam rapport.

För att jämföra 2010 års resultat med föregående QUSTA uppföljning har ett medelvärde från år 2008 räknats fram, eftersom varje enhet då följdes upp separat med den personal som arbetade på respektive plan. Förutom detta har MAS kontrollerat de svar som framkom vid uppföljningen 2010 med dokumentationen i journalerna precis som vid 2008 års uppföljning.

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

Vid journalgranskning framkom olika kvalitet på dokumentationen i journalerna. Dokumentationen har dock förbättrats avseende riskbedömningar sedan föregående uppföljning. Det brister dock i upprättande av vårdplaner. Flera journaler var bra men behövde viss utveckling och struktur, medan andra var mindre bra. Flera brister i dokumentationen kan förmodligen härledas till kunskaps- och/ eller informationsbrist men också till kontinuitet och förutsättningar i form av tid.

Personalen behöver mer kunskap i hur de ska dokumentera i VODOK och använda sig av den sökordsmanual som finns samt använda hjälptexten samt ”hammaren” i systemet.

Andra områden som verksamheterna behöver utveckla eller vidta åtgärder inom är palliativ vård, utredning vid symtom på inkontinens, vårdplanering och vårdplaner vid risk för trycksår, malnutrition, fall, vård i livets slut, inkontinens etc. Riskbedömningar utförs i hög utsträckning och i planen anges problembeskrivning och mål, det brister dock när det gäller planerade insatser, utförda insatser och uppföljning.

Vid besöket uppmärksammades även ogiltiga ordinationskort på de som inte har apo-dos dispenserade läkemedel på plan 1, 6, 7, och 8. Ordinationskortet var kopior från Bromma sjukhus och Stockholms sjukhem och inte originalhandling. De saknade ordinator eller var inte underskrivna av ordinerande läkare.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ett stort ansvarsområde. I den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans roll och ansvar ingår ett samlat ansvar för och samordningen av den enskilda patienten.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar även för att upprätthålla en hög kompetens inom vårdlaget genom handledning och utbildning i de arbetsuppgifter som kan förekomma t ex vid delegering av arbetsuppgift eller ordinationer från sjuksköterskan.

Från årsskiftet gäller den nya patientsäkerhetslagen som syftar till att göra vården säkrare, minska antalet vårdskador och göra det enklare för patienter och närstående att anmäla felbehandling. Lagen kräver att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete d v s utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på en god vård. I och med den nya lagen ska vårdgivare också upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Bifogar Carema Care patientsäkerhetsberättelse.

För att den nya lagen inte ska bli tandlös krävs hög kompetens i vården. Bland annat måste bemanningen av sjuksköterskor vara tillräckligt hög. När sjuksköterskor deltar i den patientnära omvårdnaden innebär det färre komplikationer. Risken för fel och vårdskador ökar om kompetens och bemanning är för låg samt saknar kontinuitet.

-----