

**10.**

**Fördjupad granskning av Malvavägen stöd  
och service**

2012-06-04 Dnr

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Fördjupad granskning av Malvavägen stöd och service  
LSS****Beslutsförslag****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**  
Godkänna föreliggande rapporter**Bakgrund**

Under april och maj 2012 genomförde sakkunnig inom området funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska en fördjupad granskning av Malvavägen stöd och service. Malvavägen drivs av Produktionsstyrelsen i Österåkers kommun och är en bostad med särskild service enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS.

Resultatet av granskningen finns redovisade i bilagor

**Bilagor**

Bilaga 1 Granskning av Malvavägen stöd och service (LSS)

Bilaga 2 Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Malvavägen stöd och service

**Beslut ska delges**

Produktionsstyrelsen



Birgitta Almén

Medicinsk ansvarig sjuksköterska



Sara Eriksson

Sakkunnig funktionshinder

## Granskning av Malvavägen stöd och service (LSS)

*Verksamhet:* Malvavägen stöd och service, Malvavägen 44, Åkersberga

*Huvudman:* Österåkers kommun

### Sammanfattning

Verksamheten som bedrivs vid Malvavägen uppfyller till stor del de krav som ställs på en verksamhet enligt LSS. Det finns ett par punkter som verksamheten ska åtgärda och återrapportera senast den 15 november 2012. Det finns också några rekommendationer nedan där verksamheten bör genomföra förbättringar.

Områden där återrapportering av åtgärder eller plan för åtgärder ska ske:

- Systematiskt dokumentation och analyser av avvikande händelser, både sådana som rör den boendes situation och sådana som kan innebära arbetsmiljörisker ska göras i större utsträckning.
- De boendes mål och utvärdering av dessa ska kunna följas över tid.
- Det pågående arbetet för att inte orsaka inskränkningar i den enskildes självbestämmande och livskvalitet ska fortsätta.

### Bakgrund, syfte och metod

Produktionsstyrelsen i Österåkers kommun driver på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden LSS-boendet Malvavägens stöd och service. Genom innehållet i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och tillhörande föreskrifter ges ramar för vad ett boende enligt 9.9 § LSS ska innehålla.

Vård- och omsorgsnämnden följer upp verksamheten genom granskning som genomförs av sakkunnig inom funktionshinder på socialförvaltningen. Samtidigt granskar medicinskt ansvarig sjuksköterska de delar av verksamheten som rör Hälso- och sjukvårdslagen.

Denna granskning har genomförts genom

- frågeformulär som fylldes i av enhetschef (2012-04-13)
- intervju med enhetschefen (2012-04-16)
- intervju med personal (2012-04-25, 2012-05-14)
- granskning av rutiner och dokumentation på enheten
- genomgång av enhetens lokal.

Granskningen och denna rapport är strukturerad efter upplägget i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS" (SOSFS 2006:11).

En ny föreskrift om ledningssystem (SOSFS 2011:9) gäller från den 1 januari 2012. Produktionsstyrelsen arbetar f n med att upprätta rutiner enligt det nya ledningssystemet och verksamheten följs därför upp enligt det äldre systemet.

## **Beskrivning av verksamheten**

Malvavägen är en servicebostad som drivs enligt LSS. I en servicebostad bor personer som tillhör LSS personkrets och som har behov av stöd i sitt boende. En servicebostad är till för personer som till viss del klarar sig själv men som behöver närhet till personal och tillgång till gemensamma ytor och aktiviteter till viss del. Målgruppen för Malvavägen är personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Verksamheten är centralt belägen i Åkersberga nära sporthallen. Det finns åtta lägenheter fördelade på fyra parhus. Husen är enplanshus och lägenheterna har egen ytterdörr. Bredvid husen finns en större byggnad, som har gemensamhetsytor och personallokaler. I byggnaden finns också personalutrymmen för boendestöd och enhetschefens kontor.

De mål som Malvavägen har är att stödja de boende i att upprätthålla en god psykisk och fysisk hälsa för att undvika behov av sluten psykiatrisk vård eller annan placering. Ett ytterligare mål är att de boende ska trivas i sitt boende och uppmuntras till att ha ett så självständigt liv som möjligt.

## **Resultat av granskningen**

### **1. Lokaler**

De boendes lägenheter består av två rum med kök och badrum. Via ytterdörren kommer man direkt ut. De boende har andrahandshyreskontrakt med Österåkers kommun.

I en byggnad finns ett gemensamt kök, en matsal och ett vardagsrum. Det finns flera uteplatser. Hela området är omgärdat av ett staket. Staketet fanns där när verksamheten flyttade in, och man valde i samråd med de boende att behålla det för att undvika att utomstående går över fastigheten.

Verksamheten har funnits i dess nuvarande lokaler i cirka fem år. Dessförinnan drevs samma verksamhet på Täljöviken. Det centrala läget har fördelen att man har nära till service och utbud. Flera boende och personal tycker dock att det också fanns stora fördelar med Täljövikens mer avskilda läge.

### **2. Boende**

Det bor 8 personer på Malvavägen, i åldrarna 36-65 år. De boende har varsin kontaktman i personalgruppen. Det finns rutiner för vad som ingår i kontaktmannaskapet. Personalen känner till rutinerna men framhåller också att



de boende ska kunna få hjälp av vem som helst i personalgruppen. De boende som anses behöva det har god man eller förvaltare. Några boende har anhöriga som ibland hälsar på eller tar kontakt.

De boende sköter sina egna pengar, eventuellt med hjälp av god man eller förvaltare. Ett ständigt problem för flera av de boende är att man har lite pengar. Det är vanligt att man har skulder. Detta gör att det finns begränsningar t ex när det gäller att göra utflykter och aktiviteter.

Man lagar mat i det gemensamma köket. De boende som vill kan äta alla måltider gemensamt och betala via en faktura. De flesta väljer att göra så. Det finns ekonomiska skäl för detta, det blir billigare för de boende att få maten lagad ihop jämfört med om man hade skött det i ensamhushåll. Personalen äter tillsammans med de boende och betalar via avdrag på lönen. Situationen vid måltiderna har upplevts som stökig av boende och personal. Om någon enskild mår dåligt så påverkar det de andra mycket. Personalen behöver vara observant på vad man kan göra för att undvika sådana situationer.

Det är ett par personer som har en sysselsättning på deltid eller som besöker den öppna verksamheten Ruffen. Personalen framhåller bristen på sysselsättning som ett problem, många mår dåligt av att inte ha något att göra på dagarna. Det är svårt att planera aktiviteter med för lång framförhållning, då deltagande avgörs av de boendes dagsform. Samtidigt är det svårt att göra spontana saker utan planering på grund av att verksamheten är liten och bemanningen därmed begränsad. Malvavägen ska genomföra ett projekt som innebär att bygga en uteplats där de boende och personal samverkar. Målet är att erbjuda en form av meningsfull sysselsättning i boendet.

Personalen framhåller att meningsfullhet skapas i det egna mötet. Flera av de boende har behov av att prata mycket och att låta vardagssysslor ta sin tid. Det anser personalen att de kan uppfylla. Likaså kan små saker, som att följa med i bilen när personalen ska handla, göra att en dag blir roligare för en boende.

Enheten har tidigare fått kritik (via klagomål, brukarrevisoner och granskningar) för att ha för många regler och rutiner som begränsar de boende och inskränker deras möjligheter till ett självständigt liv. Exempel har varit begränsningar i mattider och tillträde till de gemensamma ytorna. Detta har personalgruppen och ledningen fokuserat mycket på under de senaste två åren, och begränsningarna upplevs inte lika stora nu. Det är dock ett pågående arbete och det krävs att man i gruppen ständigt påminner varandra via ord och handling om att det är ett frivilligt boende där den enskilde har stora rättigheter.

#### **Förbättringsmöjligheter, boende:**

- *Utveckla innehållet i vardagen.* Det ska finnas möjlighet för de boende att få göra saker på dagen och att få sina intressen utvecklade.

- *Matsituationen.* Det kan vara rörigt i vid måltiderna när flera personer äter tillsammans. Personalen bör aktivt arbeta med att få situationen rofylld och hitta alternativa planeringar för måltiderna.

### 3. Personal

På Malvavägen arbetar 9 personer med att ge stöd till de boende, personerna är fördelade på 7,74 tjänster. Alla tjänster har tillsvidareanställd personal.

Vikarier används vid ledighet och sjukdom. Man tar in vikarie vid första frånvarotillfället, under förutsättning att någon kan arbeta. Tidvis har det varit problem med att alla vikarier har varit upptagna på annat håll varmed personalen inte har varit fulltalig på Malvavägen. Viss oro finns hos delar av personalgruppen för hur bemanningen ska fungera i sommar. Enligt enhetschefen har man gjort det som är möjligt för att rekrytera nya sommarvikarier. Det finns en introduktionsrutin för vikarier som upplevs fungera mycket bra av personalen.

Det finns en uppdragsbeskrivning för personalens arbete. Vid intervjuer med personal framgår att de som grupp känner sig trygga i sitt ansvar. Ett utvecklingsarbete har pågått senaste åren där man pratat mycket om ansvar, bemötande, de boendes rättigheter med mera. En bemötandepolicy har tagits fram. Personalen har regelbunden handledning.

Det finns beskrivningar av vad personalen ska göra vid akuta eller oväntade händelser. Det finns telefonnummer till beredskapen (en ansvarig chef i tjänst) tydligt anslaget. Rutiner finns i pärmar på kontoret. Personalen vet vart rutinerna finns men använder sig inte av alla. T ex fyller personalen i få anmälningar om arbetsmiljörisker/incidenter, trots att man säger att det händer många saker i vardagen.

Enhetschefen har sitt kontor på Malvavägen. Enhetschefens ansvar omfattar Malvavägens LSS-boende, kontaktpersoner, boendestöd och Ruffen. Av dessa verksamheter finns de tre första på samma adress. Enhetschefen har gymnasial utbildning samt högskolepoäng i LSS för chefer (via Carpe). Vidare har hon gått flera arbetsledarutbildningar via arbetsgivaren och kurser i psykiatri och omsorg. Personalen uppfattar enhetschefen som närvarande i det dagliga arbetet. Det finns en samordnarfunktion på heltid. Funktionen är delvis ny och ska vara enbart administrativ, inte arbetsledande.

#### **Förbättringsmöjligheter, personal:**

- *Vikarieanskaffning.* Ledningen ska säkra vikaretillgången så att personalen kan känna sig trygg med att det finns vikarier att tillgå vid behov.
- *Arbetsmiljö.* Personalen ska dokumentera de händelser som inträffar som är ett hot i deras arbetsmiljö. Detta både för att arbetsmiljön ska säkras och för att man på det sättet kan se mönster i hur enskilda boenden mår och vad som kan orsaka t ex muntliga utbrott.

#### **4. Samverkan och samarbete**

Personalen och enhetschefen på Malvavägen upplever att de har ett mycket bra samarbete med både PRIMA vuxenpsykiatri och husläkarmottagningarna. De boende har många kontakter med läkare och sjuksköterskor. Personalen ger bland annat exempel på att mottagningarna är förstående när det gäller sena avbokningar som är vanliga bland målgruppen.

Man samarbetar med de andra enheterna som ger stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning inom kommunen. Med Vård- och omsorgsnämndens biståndshandläggare har man kontakt när det behövs runt de boende. Personalen träffar både biståndshandläggare och hälso- och sjukvårdspersonal regelbundet.

#### **5. Uppföljning och utvärdering av verksamheten**

Det finns verksamhetsplan och verksamhetsberättelse upprättade enligt Produktionsstyrelsens mallar. I målen står bland annat att man vill fortsätta att utveckla samarbetet mellan olika enheter. Enheten sammanfattar vad som görs i verksamheten varje år, t ex vad gäller aktiviteter och utflykter.

Malvavägen har under de senaste två åren lagt mycket tid på att utveckla och förbättra verksamheten. Delar av orsakerna till det var att enheten fick ta emot mycket kritik under en period, bland annat genom brukarrevision, klagomål och granskningar. Resultaten av dessa har bearbetats i handledning och man har satsat på utbildning. Vid den här granskningen upplevs personalgruppen mer stabil i sitt samarbete än tidigare. Man diskuterar svårigheter och brister löpande. Det är tydligt i allmän dokumentation (bland annat mål och broschyrer), att det är den boende som står i centrum.

#### **6. Fel & brister och synpunkter & klagomål**

Skriftliga rutiner för Lex Sarah, fel & brister, och synpunkter & klagomål finns i verksamheten. Flera Lex Sarah-anmälningar har gjorts som rör situationen runt en enskild boende. Fel- och bristblanketterna används inte. De boende är aktiva i att lämna synpunkter till både personal och enhetschef.

#### **7. Dokumentation**

Dokumentationen sköts med papper. Varje boende har en pärm där det finns information, genomförandeplan och löpande dokumentation. Mål finns för de boende, men uppföljningen dokumenteras mindre bra. Verksamheten planerar att börja använda verksamhetssystemet Procapita för dokumentation.

#### **Förbättringsmöjligheter, dokumentation:**

- *Genomförandeplan.* De boendes mål och hur de har utvärderats ska kunna följas genom åren.



2012-05-07

Socialförvaltningen  
Birgitta Almén

## **Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Malvavägen stöd och service**

### **Bakgrund**

Stockholms läns landsting ansvarar för den hälso- och sjukvård som förekommer på gruppboenden och serviceboenden.

De uppgifter som fullgörs av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen ska även omfatta gruppboenden och serviceboende, det innebär att *Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåkers kommun* skall följas på dessa boenden.

### **Metod**

Ett formulär med frågor om hälso- och sjukvård skickas till enheten och en tid för uppföljningsmöte bokas. Frågeunderlaget besvaras av personal på enheten och skickas sedan åter.

Vid uppföljningsmötet medverkade enhetschef, en personal, sakkunnig funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Organisation och samarbete**

Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåkers kommun finns på boendet och är kända av berörd personal. Samarbetet med Prima Vuxenpsykiatri och husläkarmottagning fungerar bra. Distriktssköterska är knuten till enheten, hon utbildar och ger delegering till personalen. Rutiner för hur personal kontakter hälso- och sjukvården finns på enheten.

### **Läkemedelshanteringen**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården skall följas. MAS instruktion för läkemedelshandling finns på enheten och är kända av berörd personal. Lokal skriftlig instruktion finns på enheten. Läkemedel förvaras inlåsta i läkemedelsskåp. Nyckelrutiner finns. Rutiner för utdelning av läkemedel till den enskilde bör förbättras.

### **Dokumentation**

Eventuell hälso- och sjukvårdsdokumentation dokumenteras på särskild flik i den enskildes omvårdnadsdokumentation. Dokumentationen förvaras inlåsta.

### **Delegering**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter ska följas. Inom verksamheten delegerar personal som arbetar under annan huvudman till personal som arbetar under annan huvudman. Det innebär att arbetsledningen hos respektive huvudman ska samverka.

Hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras skriftligt och följs upp under tid.



### **Medicintekniska produkter**

I dagsläget finns inga medicintekniska produkter på boendet.

### **Avvikelsehantering**

Kunskap om avvikelsehanteringen finns. Lokala skriftliga rutiner för avvikelsehantering finns på enheten.

### **Hygien**

Socialstyrelsens föreskrift om basala hygienrutiner ska tillämpas på enheten. Personalen känner till och arbetar efter föreskriften. Skyddsutrustning finns och används vid behov.

### **Mun- och tandhälsovård**

Enligt tandvårdslagen har alla personer som har beviljats insatser enligt LSS rätt till ett tandvårdsstödsintyg. Den enskilde erbjuds en avgiftsfri munhälsobedömning årligen. Personalen känner till samverkansöverenskommelsen om uppsökande tandvård mellan tandvårdsstaben och kommunen.

### **Sammanfattning**

Bra rutiner för hälso- och sjukvård finns på enheten. Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och enheten fungerar bra.

**11.**

**Handlingsplan för finskt  
förvaltningsområde**

Socialförvaltningen  
Sara Eriksson  
Birgitta Almén

**Tjänsteutlåtande**

2012-06-04

Dnr VON 2012/0023-109

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Handlingsplan för finskt förvaltningsområde****Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden**

Godkänner föreliggande handlingsplan

**Bakgrund**

Från januari 2010 ingår Österåkers kommun i förvaltningsområdet för finska. Det innebär att de som bor i Österåkers kommun eller som har ett ärende med anknytning till Österåkers kommun har rätt att använda finska i sina kontakter med kommunen.

Nämnderna har getts i uppdrag att upprätta enskilda handlingsplaner för att säkerställa Österåkers kommuns invånares rätt till stöd (beslut KS 2012/28-109). Uppdrag och åtgärder återrapporteras genom nämndernas verksamhetsberättelse vid bokslut.

**Förvaltningens förslag till handlingsplan**

Medborgare som begär det ska få information på finska

- Information på hemsida ska finnas översatt till finska
- Tryckt material om omsorg ska finnas översatt till finska
- Tjänstedeklarationer ska finnas översatta till finska
- Medarbetare ska kunna koppla inkommande telefonsamtal till finskspråkiga medarbetare

Chefer ska sträva efter att det ska finnas finskspråkig personal i arbetsgrupperna

- Anställande chef ska ta hänsyn till språkmeriten finska vid anställning när behov av finskspråkig personal finns
- När enskilda ansöker om äldreomsorg ska de kunna uträtta sitt ärende på finska. Utredningen ska översättas till finska om den enskilde begär det

## Tjänsteutlåtande

2012-06-04

Dnr VON 2012/0023-109


Det ska finnas tillgång till äldreomsorg på finska


- Nämnden ska vid upphandlingar och beställningar ställa krav på att verksamheter inom äldreomsorg i större utsträckning ska beakta tillgången till finsk kultur för sina kunder och kunna kommunicera med kunden på finska
- På ett särskilt boende för äldre ska det finnas möjlighet att få sitt behov av omsorg tillgodosedd av finskspråkig personal och tillgång till finsk kultur
- Vid efterfrågan på särskilt boende eller dagverksamhet på finska som inte kan erbjudas inom kommunen, erbjuds insatserna på andra enheter

Vård- och omsorgsnämnden ska delta i samverkan som kommunen har med representanter för den finska minoriteten runt frågor som rör äldreomsorgen.

Utvärdering av denna handlingsplan ska göras i samband med bokslutet för 2013.

Anne Simmasgård  
Socialchef

  
Sara Eriksson  
Sakkunnig funktionshinder

  
Birgitta Almén  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



**12.**

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas  
kvalitetsgranskning av den kommunala  
hälso-  
och sjukvården 2012**

Socialförvaltningen  
Birgitta Almén

2012-05-25 Dnr VON

Till Vård- och omsorgsnämnden

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas kvalitetsgranskning av den kommunala hälso- och sjukvården 2012**

### **Beslutsförslag**

#### **Vård- och omsorgsnämndens beslut**

1. notera rapporten till protokollet.
2. ny uppföljning under våren 2013

#### **Bakgrund**

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla boende inom kommunens särskilda boendeenheter och dagverksamheter avseende leg. sjuksköterska, leg. sjukgymnast och leg. arbetsterapeuts kompetensnivå.

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1 januari 2011, enligt den tydliggörs vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i syfte att förebygga vårdskador, avvikelser och felbehandlingar samt i de fall felaktigheter uppstår kunna identifiera och åtgärda det som inträffat.

#### **Förvaltningens slutsatser**

Alla enheter har genomfört förbättringar sedan förra granskningen.

Ytterligare förbättringsåtgärder behövs på vissa verksamheter.

Granskning av omvårdnadsdokumentationen kommer att ske under hösten 2012

Bil. 1. Enebackens äldreboende

Bil. 2 Vårdbo

Bil. 3 Solskiftets äldreboende

Bil. 4 Österåkers Korttidsenhet



Birgitta Almén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## **Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Enebackens äldreboende, den 2012-05-03**

### **Bakgrund**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens 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 ”Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

### **Syfte**

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet<sup>1</sup>
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- 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 som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska 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. Minst 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.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

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.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

## Resultat av kvalitetsuppföljningen.

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningen</b>	<b>Antal poäng</b>	<b>Poäng 2011</b>	<b>Max poäng</b>
1	Kontakt med läkare +HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	20	18	20
4	Avvikelsehantering	19	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	16	15	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling</b>			
7	Vård i livets slutskede	19	19	20
8	Inkontinens	13	15	20
9	Trycksår	20	20	20
10	Nutrition	20	16	20
11	Fall och fallskador	20	20	20
12	Demens	18	19	20
13	Rehabilitering	20	18	20
14	Mun och tandhåsovård	20	18	20
	<b>Summa:</b>	<b>265</b>	<b>258</b>	<b>280</b>



### *1. Kontakt med läkare+ HSL-personal*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *2. Läkemedelshantering*

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta 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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven, bra rutiner finns för delegeringar.

### *4. Avvikelse*

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

#### Förbättringsåtgärd

Lokal rutin för risk- och händelseanalys ska upprättas.

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

## 6. Hygien

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

### Förbättringsåtgärd

Tillgång till tvål och pappershanddukar för personalen finns inte i den enskildes bostad, Verksamheten informerades om att vårdrelaterade infektioner ska anmälas till MAS.

## 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 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.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven, enheten registrerar alla inträffade dödsfall i Palliativa registret. Enhets sjuksköterskor ska gå utbildning i LCP under hösten 2012.

## 8. Inkontinens

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

### Förbättringsåtgärd

Utredningar av symtom på inkontinens bör göras och omvårdnadsplaner bör skrivas. Enheten har varit med i ett internationellt forskningsprojekt Fire.

## 9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

## 10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på

grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *11. Fall och fallskador*

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtidig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *12. Demens*

På Enebackens äldreboende finns avdelningar avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvara för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Det är önskvärt att verksamheten ser över sjuksköterskors möjlighet till kompetensutveckling.

#### *13. Rehabilitering*

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *14 Mun- och tandhälsovård*

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.



### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *Dokumentation*

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

### Förbättringsåtgärd

Granskning av omvårdnadsjournaler kommer att ske under hösten 2012

### **Sammanfattning**

Enheten har nedskrivit lokala rutiner inom nästan alla områden. Registrering i Senior alert pågår.

Enhetens personal ska få utbildning inom demensområdet.

Enheten har bra rutiner för utbildning av personal inför delegering och uppföljning av givna delegeringar.



## **Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Vårdbo vård- och omsorgsboende, den 2012-04-26**

### **Bakgrund**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens 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 "Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

### **Syfte**

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet<sup>1</sup>
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- 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 som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska 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. Minst 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.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

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.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

## Resultatet av kvalitetsuppföljningen

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningar</b>	<b>Antal poäng</b>	<b>Poäng 2011</b>	<b>Max poäng</b>
1	Kontakt med läkare och HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	20	20	20
4	Avvikelsehantering	20	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	16	18	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård- och behandling</b>			
7	Vård i livets slut	20	19	20
8	Inkontinens	18	18	20
9	Trycksår	20	20	20
10	Nutrition	20	20	20
11	Fall och fallskador	20	20	20
12	Demens	19	17	20
13	Rehabilitering	19	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	20	20	20
	<b>Summa:</b>	<b>272</b>	<b>272</b>	<b>280</b>

### *1. Läkarkontakt.*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *2. Läkemedelshantering*

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta 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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *4. Avvikelse*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

## 6. Hygien

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

### Förbättringsåtgärd

Rutiner för livsmedelshygien bör ses över information till enheten om att vårdrelaterade infektioner ska anmälas till MAS

## 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 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.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven, enheten registrerar alla inträffade dödsfall i Palliativa registret. Arbetar efter LCP metoden för att förbättra den boendes sista tid i livet.

## 8. Inkontinens

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

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven.

En sjuksköterska har förskrivningsrätt, enhetens sjuksköterskor har olika ansvarsområden. Alla boenden med symtom på inkontinens är utredda. Det finns två inkontinensombud i verksamheten.

## 9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven



### *10. Nutrition*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven, tillgång till dietist finns, en sjuksköterska är kostansvarig och fyra kostombud finns på Vårdbo.

### *11. Fall och fallskador*

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *12. Demens*

På Vårdbo finns en avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordineras. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

Nästan all personal har gått utbildning i demens ABC.

### *13. Rehabilitering*

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

#### Förbättringsåtgärd

ADL- status ska uppdateras på samtliga boende en gång om året.

#### *14 Mun- och tandhälsovård*

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhalsbedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *Dokumentation*

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

#### Förbättringsåtgärd

Granskning av dokumentationen kommer att ske under hösten.

#### **Sammanfattning**

Nedskrivna rutiner finns inom alla områden, enhetens sjuksköterskor har olika ansvarsområden. Det finns kostombud och inkontinensombud i verksamheten. Nästan all personal har utbildning i Demens ABC.

## Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Solskiftets äldreboende, den 2012-05-18

### Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens 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 "Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

### Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet<sup>1</sup>
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- 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 som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska 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. Minst 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.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

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.

---

<sup>1</sup> SOS

## Resultat av kvalitetsuppföljningen

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningen</b>	<b>Antal poäng</b>	<b>Poäng okt. 2011</b>	<b>Max poäng</b>
1	Kontakt med läkare +HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	15	18	20
4	Avvikelsehantering	19	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	18	18	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling</b>			
7	Vård i livets slut	20	20	20
8	Inkontinens	16	12	20
9	Trycksår	18	16	20
10	Nutrition	18	14	20
11	Fall och fallskador	16	15	20
12	Demens	17	18	20
13	Rehabilitering	18	12	20
14	Mun och tandhälsovård	20	18	20
	<b>Summa:</b>	<b>255</b>	<b>241</b>	<b>280</b>



### *1. Läkarkontakt.*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *2. Läkemedelshantering*

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta 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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *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.

#### Förbättringsåtgärd

Verksamheten behöver se över sina sjuksköterskeresurser, sjuksköterskor delegerar hälso- och sjukvårdsuppgifter för att sjuksköterskor inte finns på plats dygnet runt. Sjuksköterska delegerar till fler än 20 personer på grund av hur sjuksköterskornas schema ser ut. Frågan diskuterades vid uppföljningsmöte.

### *4. Avvikelse*

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

#### Förbättringsåtgärd

Lokal skriftlig rutin för risk- och händelseanalys ska upprättas.

### *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 sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör



finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *6. Hygien*

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

#### Förbättringsåtgärd

Vid uppföljningsmöte fördes diskussion om att vårdrelaterade infektioner ska anmäls till MAS.

#### *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 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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

Alla inträffade dödsfall anmäls till Svenska Palliativregistret. Enheten har 8 palliativa ombud. Rutiner för smärtlindring i livets slut har förbättrats.

#### *8. Inkontinens*

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

#### Förbättringsåtgärd

En sjuksköterska på enheten har förskrivningsrätt. Utredning av boende med symtom på inkontinens bör göras.

#### *9. Trycksår*

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

### Förbättringsåtgärd

Sjuksköterskorna på enheten behöver få uppdatering inom sårvård.

### *10. Nutrition*

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

### *Förbättringsåtgärd*

Omvårdnadsplaner bör skrivas vid risk för malnutrition/malnutrition

### *11. Fall och fallskador*

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### Förbättringsåtgärd

Lokal skriftlig rutin för vårdtagare som faller ofta ska upprättas. Omvårdnadsplaner för fallrisk/fall med åtgärder ska skrivas.

### *12. Demens*

På Solskiftets äldreboende finns en avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

### Förbättringsåtgärd

Berörd personal bör få kompetensutveckling minst en gång per år.

### *13. Rehabilitering*

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

### Förbättringsåtgärd

Sjukgymnast/arbetsterapeut bör medverka vid vårdplaneringar om behov finns.

#### *14 Mun- och tandhälsovård*

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *Dokumentation*

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

#### Förbättringsåtgärd

Granskning av omvårdnadsjournaler kommer att ske under hösten 2012.

#### **Sammanfattning**

Det finns nedskrivna lokala rutiner inom nästan alla områden. Inom flera områden har förbättringar gjorts sedan förra granskningen. Rutiner vid vård i livets slut har förbättrats. Rekommendation att se över rutinen för delegeringar.



## **Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Österåkers Korttidsenhet den 2012-04-20**

### **Bakgrund**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens 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 "Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

### **Syfte**

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet<sup>1</sup>
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- 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 som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska 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. Minst 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.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

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.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

### Resultat av kvalitetsuppföljningen.

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningen</b>	<b>Poäng</b>	<b>Poäng 2011</b>	<b>Max poäng</b>
1	Kontakt med läkare +HSL-personal	20	18	20
2	Läkemedelshantering	20	19	20
3	Delegering	20	18	20
4	Avvikelsehantering	20	20	20
5	Medicintekniska produkter	20	20	20
6	Hygien	18	18	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som rör vård- och behandling</b>			
7	Palliativ vård/vård i livets slut	20	16	20
8	Inkontinens	16	12	20
9	Trycksår	20	14	20
10	Nutrition	20	14	20
11	Fall och fallskador	20	14	20
12	Demens	-	-	-
13	Rehabilitering	20	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	14	12	20
	<b>Summa</b>	<b>248</b>	<b>215</b>	<b>260</b>

Området om demens tas inte med eftersom det inte finns en demensavdelning på korttidsenheten.

Alla frågor inom området mun- och tandhälsovård är inte relevanta för en korttidsenhet



### *1. Läkarkontakt.*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *2. Läkemedelshantering*

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta 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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *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.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

### *4. Avvikelse*

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

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

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

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *6. Hygien*

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

### Förbättringsåtgärd

Det finns inte tillgång till tvål och pappershanddukar inne på patientrummen

#### *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 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.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven, alla inträffade dödsfall registreras i Svenska Palliativregistret.

#### *8. Inkontinens*

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

### Förbättringsåtgärd

Alla boende med symtom på inkontinens bör utredas och resultatet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Inkontinenshjälpmedel ska förskrivas individuellt.

#### *9. Trycksår*

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *10. Nutrition*

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

riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *11. Fall och fallskador*

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *12. Demens*

På Korttidsenheten finns ingen avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

På Korttidsenheten finns enstaka personer med demenshandikapp.

#### Förbättringsåtgärd

Enheten har inte någon demensavdelning

#### *13. Rehabilitering*

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

#### Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

#### *14 Mun- och tandhälsövård*

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålets kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta

föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

#### Förbättringsåtgärd

Alla frågor inom detta område är inte relevanta för ett korttidboende.

#### *Dokumentation*

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

#### Förbättringsåtgärd

Granskning av omvårdnadsdokumentationen kommer att ske under hösten.

#### **Sammanfattning**

Nedskrivna lokala rutiner finns inom de flesta områden. Enheten har genomfört flertal förbättringar sedan förra granskningen. Inkontinensombud finns på enheten.



**13.**

**Svar till Produktionsstyrelsen om  
förändring av samordnad  
sjuksköterskebemanning  
inom äldreboende**



Socialförvaltningen  
Birgitta Almén

2012-06-05 Dnr VON

Till Vård- och omsorgsnämnden

## Svar till Produktionsstyrelsen om förändring av samordnad sjuksköterskebemanning inom äldreboende

### Beslutsförslag

#### Vård- och omsorgsnämndens beslut

1. Produktionsstyrelsen får i uppdrag att se över sina sjuksköterskeresurser för att kunna ge den hälso- och sjukvård som kommunen enligt HSL 18 § har ansvar för.
2. Uppdraget ska redovisas senast 2012-08-31.

#### Bakgrund

Produktionsstyrelsen har begärt svar från Vård- och omsorgsnämnden anseende den samordnade sjuksköterskebemanningen mellan Solskiftets äldreboende och Österåkers korttidsenhet i ärende med Dnr PS 2012/0012. Produktionsstyrelsen ber Vård- och omsorgsnämnden att förtydliga vilka brister i sjuksköterskebemanningen som avses samt att utreda vilken ersättning som är relevant för kunder med mycket stora hälso- och sjukvårdsbehov.

#### Förvaltningens slutsatser

När det gäller brister i sjuksköterskebemanningen avser förvaltningen det faktum att Österåkers kommun i dagsläget har svårigheter att ta emot enskilda personer med stort behov av vård och omsorg och med omfattande insatser från hälso- och sjukvården. Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå och för att kommunen ska kunna fullgöra de åtagande som kommunen har enligt hälso- och sjukvårdslagen behöver Produktionsstyrelsen se över sina sjuksköterskeresurser.

Klagomål från anhörig har inkommit till förvaltningen gällande bemanning av både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Granskning av hälso- och sjukvård med granskningsinstrumentet QUSTA på Solskiftets äldreboende visar att delegeringar görs för att sjuksköterska inte finns på plats. Vidare behöver arbetet med att införa kvalitetsregistret Senior alert på Solskiftets äldreboende komma igång.

När det gäller ersättningens storlek avser förvaltningen komma med förslag i kommande budgetprocess.



Birgitta Almén  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska