



SN 2010/0164

Kvalitetsuppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården på äldreboenden i Danderyds kommun år 2010

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

1. godkänna anmälan om uppföljningen av hälso- och sjukvården på äldreboenden i Danderyds kommun, den 13 december 2010 SN 2010/0164
2. uppdra åt respektive utförare att vidta åtgärder i enlighet med föreliggande tjänsteutlåtande, vidtagna åtgärder ska redovisas senast den vecka 12 år 2011
3. överlämna beslut och tjänsteutlåtande till respektive vårdgivare

Margareta Heimer
socialdirektör

Sammanfattning

Under september och oktober 2010 har en kvalitetsuppföljning gjorts av den kommunala hälso- och sjukvården på äldreboenden i Danderyds kommun. Kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs är övervägande god. Uppföljningen visar att enheterna uppnår i genomsnitt 84,18 % av de uppställda kraven på god kvalitet vilket är en minskning med 3,27 % sedan mätningen 2008. Resultaten av granskningen år 2010 varierar mellan 76,79 % och 90,71 % i måluppfyllelse.

Att resultatet har försämrats kan bero på att arbetsbelastningen ökar. De boende som flyttar in på äldreboenden är idag i behov av mer insatser av hälso- och sjukvård än tidigare. Även de administrativa arbetsuppgifterna ökar. Ökat behov av sjukvårdsmaterial medför ökade kostnader, de ekonomiska förutsättningarna gör att det inte går att utöka personalstyrkan i önskvärd utsträckning.

Det finns förbättringsmöjligheter. Rutiner ska skrivas för de områden där sådana saknas, alternativt ska de rutiner som finns revideras. Rutiner och överenskommelser ska vara kända av berörd personal. Det finns också brister i dokumentationen i omvårdnadsjournalerna, vissa obligatoriska uppgifter saknas.

Bilaga 1. Tabeller redovisade per enhet

Bilaga 2. Protokoll som används vid uppföljningen

Bilaga 3. Jämförelsetabell

Att det finns brister inom en del områden är inte likvärdigt med att vården är dålig. Många i personalen ger en mycket god hälso- och sjukvård trots brister i skriftliga rutiner och bristande dokumentation.

Ett ledningssystem enligt ”Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005:12) ska finnas inom alla verksamheter. Att ett sådant finns och efterlevs bidrar till att vården håller en hög kvalitet.

På de särskilda boenden, Annebergsgården och Stocksundsgården, som inte har enheter för personer med demenshandikapp har frågorna om demens utgått.

Varje särskilt boende har fått en åtgärdsplan med de områden angivna där det finns förbättringsmöjligheter. Förbättringsarbetet är påbörjat och kommer att följas upp.

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att regelbundet följa upp hälso- och sjukvården inom kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) som togs fram av masar från tio stadsdelar/kommuner i Stockholm år 2003. Kvalitetsinstrumentet QUSTA har därefter regelbundet reviderats. Senast gjordes det våren 2010.

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse att

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

QUSTA ska säkerställa en minimigräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Om verksamheten beskriver en kvalitet över denna nivå ska det lyftas fram i rapporten, och om det finns brister anges dessa i en separat åtgärdsplan.

Metod

Kvalitetsinstrumentet bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som rör vissa utvalda områden i den kommunala hälso- och sjukvården och består av två delar. En del innehåller frågor inom områden som regleras enligt lagar och förordningar, den andra delen innehåller frågor som berör vård och behandling.

Innan den personliga uppföljningen sker, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska/or, arbetsterapeut och sjukgymnast för att de ska svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS besöker sedan det särskilda boendet och går igenom de besvarade frågorna med berörda. Varje kapitel i

instrumentet, förutom dokumentationen, har poängsatts till 20 poäng, totalt 280 poäng. De enheter som inte har någon enhet för personer med demenssjukdom kan uppnå maximalt 260 poäng.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Granskade områden

Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal

Det ska på särskilda boenden 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. Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings regelbok för läkarinsatser på särskilda boenden ska det finnas en skriftlig överenskommelse mellan boendet och utföraren av läkarinsatser. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare bör ha en skriftlig rutin om hur samarbetet ska ske.

Genomsnitt för alla enheter är 18,25 poäng vilket är en liten förbättring från 17,5 poäng år 2008.

En del enheter saknar skriftlig rutin om hur samarbetet ska ske mellan läkaren och enhetens hälso- och sjukvårdspersonal. I något fall saknas överenskommelsen mellan enheten och utföraren av läkarinsatser som enligt regelboken ska finnas. MAS riktlinje om kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal är inte känd av all berörd personal.

Läkemedelshantering

Masens riktlinjer om läkemedelshantering och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen av en farmaceut och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras. Det ska finnas bedömt och dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan har tagit över ansvaret för läkemedelshantering när den boende inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Överlämnat läkemedel ska signeras på en signeringslista. Om det inte sker ska en avvikelserapport skrivas.

Genomsnitt för alla enheter är 16,3 poäng vilket är en liten försämring från 16,75 poäng år 2008.

Vissa enheter saknar dokumentation i omvårdnadsjournalen om att läkemedelsansvaret har övertagits av sjuksköterska. Alla har inte åtgärdat de brister som påpekats vid den externa kvalitetsgranskningen som görs en gång per år. All berörd personal känner inte till de riktlinjer och instruktioner som finns. Det finns också brister när det gäller att signera överlämnat läkemedel på flera enheter. Inventeringen av narkotikaklassade läkemedel har ibland inte skett enligt instruktionerna.

Delegering

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

Genomsnitt för alla enheter är 18 poäng, en förbättring från 17,38 poäng år 2008.

På fyra enheter brister det i kontrollen av kunskaper hos personalen i samband med att en delegering förlängs. Delegeringarna följs inte upp under den tid som de gäller på fem enheter. Skriftlig kunskapskontroll i samband med delegering utförs på alla enheter i samband med delegering. På två enheter ansvarar sjuksköterskan för fler än tjugo delegeringar.

Avvikelsehantering

Masens riktlinjer gällande avvikelsehantering ska vara tillgängliga för, och kända av, all berörd personal. På alla särskilda boenden ska det finnas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Ledningssystemet, som är bindande föreskrifter, ska innehålla rutiner för avvikelsehantering. Det ska också finnas rutiner för risk- och händelseanalys. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen. Ansvar för att återkoppla en negativ händelse ligger på verksamhetschef och all legitimerad personal. När en avvikelse eller en risk för avvikelse har inträffat ska en avvikelserapport skrivas. En kopia på rapporten ska skickas till mas. Det är chefen på det särskilda boendet som har ansvar för att informera berörd personal om deras skyldighet att rapportera avvikelser och att informera om vad "Lex Maria" innebär.

Genomsnitt för alla enheter är 19 poäng, något sämre än år 2008 då det var 19,88 poäng.

Ett par enheter saknar rutiner för risk- och händelseanalys. All berörd personal känner inte till MAS riktlinjer.

Det är bara en enhet som inte svarade att både chefen och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjuksköterska har ansvar för att återkoppling till personalen sker vid en risk för avvikelse eller inträffad avvikelse.

Det brister också i avvikelsehanteringen när det gäller läkemedelsavvikelser. Hur personalen rapporterar kan bero på hur viktigt chefen och sjuksköterskan tycker det är med avvikelserapportering och hur de förmedlar skyldigheten att rapportera till övrig personal.

MAS får inte rapport om alla inträffade avvikelser från flera enheter.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter, MTP, används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av arbetsterapeut/sjukgymnast eller sjuksköterska och det ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Hur de används ska följas upp regelbundet. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvis-

ningar på svenska som ska vara kända och tillgängliga för personal som ska använda produkterna. 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. Det ska finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner.

Genomsnitt för alla enheter 18,88 poäng en liten försämring från 19,5 poäng år 2008.

De flesta enheter saknar medicintekniska produkter grupp 1 som behöver serviceavtal, därav följer att de inte har något serviceavtal. På någon enhet hinner arbetsterapeuten inte följa upp hur utlämnade produkter används.

Hygien

I hälso- och sjukvårdslagen står att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. På grund av ökningen av vårdrelaterade infektioner är det mycket viktigt att personalen följer de föreskrifter om basala hygienrutiner som finns. Många av dem som bor på våra särskilda boenden behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Personalen ska ha kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar ska vara fria från armbandsur och smycken. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna i nära anslutning till hjälpen med personlig hygien. Det ska finnas tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda. Det ska finnas lokala rutiner för att hantera riskavfall. Sjuksköterskorna ska ha kännedom om att vårdrelaterade infektioner ska anmälas till MAS.

Genomsnitt för alla enheter är 17,75 poäng, en förbättring från 17,13 poäng år 2008.

I samband med morgonarbetet och frukosten händer det att personalen arbetar både i köket och inne hos den boende. Personalen ska alltid ha skyddskläder vid orent arbetet. Skyddskläder finns på alla enheter men det brister i användningen ibland. Det finns inte tillgång till tvål och pappershanddukar, avsett för personalen, i de boendes lägenheter på alla enheter, det kan vara olämpligt att ha det tillgängligt för de boende. All personal har tillgång till handsprit.

Vård i livets slutskede

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. Det ska om möjligt göras en individuell vårdplanering dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede och att läkaren har haft ett samtal med närstående där det förklaras att det är vård i livets slutskede och vad det innebär. Sjuksköterskan ska där det är möjligt använda sig av någon skattningsskala eller på annat sätt försäkra sig om att besvärande symtom lindras. Det ska finnas ordination på läkemedel att ge i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Genomsnitt för alla enheter är 15,75 poäng vilket är en försämring från 18,50 poäng år 2008.

Individuella vårdplaner för vård i livets slutskede saknas på de flesta enheter. Det kan innebära att anhöriga/närstående inte har givits möjlighet att vara delaktiga i vården i livets slutskede. Det saknas också dokumentation om läkarens beslut att det är vård i livets slutskede.

Det framgår inte alltid att läkaren har ordinerat läkemedel i livets slutskede.

Inkontinens

Många av de som bor på särskilda boenden har problem med inkontinens. För att få ett inkontinenshjälpmedel som passar individen ska inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterskor med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens i samarbete med personalen på enheten och förskriva rätt hjälpmedel. Allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Åtgärder ska vidtas för att förebygga inkontinens. I omvårdnadsjournalen ska dokumenteras inkontinenshjälpmedlet storlek och sort. Ofta kommer de boende till äldreboendet med inkontinenshjälpmedel. Även i de fallen bör sjuksköterskan ta reda på att hjälpmedlen är förskrivna efter det att inkontinensproblemen utretts och försäkra sig om att alla åtgärder är vidtagna för att den boende ska få rätt hjälp för sina problem.

Genomsnitt för alla enheter är 12,25 poäng vilket är en försämring från 13,5 poäng år 2008.

Området inkontinens har uppnått lågt antal poäng, sämst resultat sedan QUSTA-uppföljningen startade år 2004.

Alla sjuksköterskor har inte förskrivningsrätt för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Alla boenden har någon sjuksköterska/några sjuksköterskor med förskrivningsrätt.

Det brister i utredningen av problem med inkontinens.

Det finns brister i hur resultatet av inkontinensutredningen dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Inkontinensproblem ska utredas av personal med rätt kompetens men alla boende med inkontinensproblem är inte utredda av sjuksköterska med förskrivningsrätt. Det finns också brister när det gäller att skriva omvårdnadsplan för inkontinens, hur åtgärder för att förebygga inkontinens vidtas, hur behovet av toalettassistans tillgodoses och hur inkontinenshjälpmedel utprovas och förskrivs.

Trycksår

Ett trycksår uppkommer när huden utsätts för tryck, det kan uppstå redan efter några timmar hos vissa individer. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska göras vid inflyttning och därefter vid behov. Den ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. Dokumentation om såret ska ske i en omvårdnadsplan eller i en sårjournal. När behov uppstår ska det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför ska sjuksköterskan om möjligt göra ett smärtstatus så

att effektiv smärtlindring kan ges. Sjuksköterskorna bör regelbundet uppdateras inom området sårvård.

Genomsnitt för alla enheter är 17,5 poäng vilket är en försämring från 19,25 poäng år 2008.

Riskbedömningar görs inte alltid vid inflyttning och det brister i dokumentationen. Vid behov ska sjuksköterskorna göra smärtstatus när de boende uppvisar smärta. Det saknas skriftliga rutiner om trycksår och alla sjuksköterskor uppdateras inte regelbundet inom området sårvård.

Nutrition

Kosten som serveras på särskilda boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Det ska finnas skriftliga rutiner vid nutritionsproblem. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Individuellt anpassad kost ska kunna erbjudas vid nutritionsproblem. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning för att se om det finns nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. Riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritionell Assessment) ska göras vid inflyttning och BMI-värdet bör mätas då. Därefter görs riskbedömning vid behov. Riskbedömningens resultat och de åtgärder som ska vidtas ska dokumenteras i omvårdningsjournalen. Läkare/dietist ska ordinera näringspreparat som ges vid sjukdom orsakad av nutritionsproblem.

Genomsnitt för alla enheter är 15,75 poäng, en försämring från 17,75 poäng sedan år 2008.

Skriftliga lokala rutiner vid nutritionsproblem saknas på någon enhet. Det brister också i hur riskbedömning görs, och hur resultat och eventuella åtgärder dokumenteras. Vid nutritionsproblem orsakade av sjukdom bör läkare eller dietist ordinera näringspreparat. Det är tveksamt på några enheter hur det säkerställs att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Det är viktigt att alla erbjuds något även om inte alla vill ha.

Fall och fallskador

För att förebygga fall och fallskador ska enheterna ska ha skriftliga rutiner för arbetet med att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska göras vid inflyttningen och därefter vid behov. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster ska vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal ska få regelbunden utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenssjukdom faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och eventuella åtgärder ska dokumenteras i omvårdningsjournalen. Det bör finnas skriftliga rutiner för vilka åtgärder som vidtas när en boende faller ofta.

Genomsnitt för alla enheter är 18,13 poäng, en förbättring från 16,75 poäng sedan år 2008.

Det förekommer på vissa enheter att sjuksköterskan inte alltid tar kontakt med läkare när boende med demenssjukdom faller. Riskbedömningar görs inte alltid vid inflyttning och det finns brister i dokumentationen. På någon enhet saknas skriftliga rutiner för åtgärder när boende faller ofta.

Demens

På gruppboende för personer med demenshandikapp ska det alltid finnas personal, både dag och natt. Enheterna bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar på enheten ska ha utbildning inom demensområdet och det ska finnas tillgång till extern handledning och kontinuerlig fortbildning. Det är viktigt att personalen behärskar det svenska språket. Efter det att föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad togs bort i juni 2010 är det ännu viktigare att personalen har den kompetens som behövs för att bemöta personer med demenssjukdom. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren. En demensutredning ska vara gjord när en boende flyttar in på ett gruppboende för personer med demenssjukdom. På ett boende har avdelningars inriktning förändrats från somatisk vård till vård av personer med demenssjukdom. Där har en del vårdtagare valt att stanna kvar på avdelningen, trots förändringen, istället för att flytta.

Genomsnitt för alla enheter utom Annebergsgården och Stocksundsgården är 15,67 poäng, en förbättring från 14,5 poäng sedan år 2008.

Det är anmärkningsvärt att ett par enheter med övervägande del personer med demenssjukdom uppvisar så låga poäng som de gör. På ett boende för personer med demenshandikapp händer det att någon avdelning lämnas obemannad på natten när personal måste hjälpa till på någon annan avdelning. Det framgår inte hur kompetensutbildning ska ske efter det att den pågående demensutbildningen som sker genom stimulansmedel avslutas. Brister i kunskap om demenssjukdomar kan göra att den boende inte får det bästa omhändertagandet. På någon enhet saknas det sjuksköterska med utbildning inom områdena demens/geriatrik/öppen hälso- och sjukvård. På någon enhet finns det brister i språkkunskaperna hos personalen. Det saknas kunskap om vad som ska rapporteras till mas när det gäller larm. Två avdelningar har plats för tio boende.

Rehabilitering

En rehabjournal upprättas alltid vid inflyttning. Vad som sedan dokumenteras beror på den enskildes behov. Vid vårdplaneringar bör paramedicinsk personal delta. Boende som har behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av paramedicinsk personal, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras. Arbetsterapeut och sjukgymnast ska handleda omvårdnadspersonalen i ett rehabiliterande arbetssätt.

Genomsnitt för alla enheter är 18,5 poäng, en liten försämring från 19,5 poäng sedan år 2008.

Inom området rehabilitering uppfyller enheterna de flesta kraven. Det som brister är att de boende inte kan erbjudas arbetsterapeutisk träning individuellt.

Mun- och tandhälsovård

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende ska sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att personalen är

med vid den årliga avgiftsfria munhälsobedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan ska skötas. Personalen ska ges möjlighet att delta i den lärarledda utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med landstinget om samarbete vid munhälso-
bedömningar och den överenskommelsen ska vara känd av alla berörda.
Genomsnitt för alla enheter är 14 poäng, en försämring från 16,25 poäng år 2008..

All berörd personal känner inte till samverkansöverenskommelsen. Många sjuksköterskor frågar den boende vid inflyttning om munhålan status men alla sjuksköterskor gör inte en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper.

Socialkontorets förslag

Socialkontoret föreslår att socialnämnden beslutar att godkänna föreliggande uppföljning av hälso- och sjukvården på äldreboenden i Danderyds kommun.
