



2009-01-26 FÖRVALTNINGEN

Rapport av kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre 2008

Annette Karlsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

TioHundraförvaltningen

Tel: 0176-712 20

Mobil: 070-593 78 11

E-mail: annette.karlsson@tiohundra.se

Kvalitetsgranskning i Särskilda boenden för äldre i Norrtälje kommun 2008

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården inom Norrtälje kommuns geografiska område och ska utifrån sin tillsynsfunktion rapportera till ansvarig nämnd sitt resultat av kvalitetsuppföljningar. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret och ansvarar bl.a. för att det finns personal med den kompetens som behövs för att säkerställa att riktlinjer och rutiner efterlevs. Utifrån resultat ska verksamhetschefer och MAS tillse att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, är av god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet

Metod

Instrumentet QUSTA har använts för kvalitetsgranskningen (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). QUSTA är framtaget av MAS:ar för granskning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet på särskilda boenden för äldre enligt SoL. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. En del avser ämnesområden som regleras enligt förordningar och en del innehåller frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Syftet är att säkerställa att alla vårdtagare inom kommunens särskilda boenden får en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet enligt 2005:12. Kvalitetsinstrumentet är en del av Tiohundraförvaltningens ledningssystem för uppföljning av verksamheten och för att identifiera förbättringsområden.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

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

Målet är att uppnå minimikrav på kvalitetskrav. Målet är uppfyllt när verksamheten har 100 % eller 20 poäng på varje del. Varje delområde består av flera kvalitetsindikatorer som totalt ger max 20 poäng.

Inledning

MAS kvalitetsgranskning är ett verktyg för enheternas egna förbättringsarbete för att stärka patientsäkerheten. Resultatet av kvalitetsgranskningen ska i första hand användas för att jämföra enhetens utveckling och resultat år från år. Enhetens resultat påverkas i olika grad av organisationsförändringar och andra interna och externa faktorer. Äldreboendets inriktning (demens- omvårdnads- och seviceboende) och de boendes vårdbehov innebär att enheterna har olika förutsättningar och behov av hälso- och sjukvårdsresurser. Det kan därför vara mer rättvist att inte jämföra olika boenden med varandra. Däremot ska samtliga äldreboenden på samma sätt arbeta utifrån gällande riktlinjer och kvaliteten kan jämföras mellan enheterna när de gäller dessa frågor.

2008 års kvalitetsgranskning genomfördes på kommunens 20 äldreboenden. Granskningen pågick från maj till oktober 2008. MAS har efter sammanställning av svar besökt samtliga äldreboenden för återkoppling och diskussion om resultat och förbättringsområden. Ansvariga verksamhetschefer har fått skriftlig rapport om varje enskild enhet och en genomgång av resultatet i sin helhet.

Sammanställning av Resultat

Övrigt som påverkar kvaliteten på enheten

MAS har under kvalitetsgranskning 2008 tagit del av kvalitetsbrister som kan ha orsakats av externa frågor som påverkar omvårdnadsprocesser på boendet. Dessa brister kan inte den enskild enhet själva förbättra och dessa brister syns därför inte i den sammanställda QUSTA mätningen. Dessa brister och frågetecken är oftast brister som behöver ses generellt i ett systemperspektiv. Det kan även behövas beslut om generella insatser för att göra förbättringar gällande god vård och patientsäkerhet. MAS har inte redogjort för dessa brister i enhetens kvalitetsgranskning. Nedan redovisas de systembrister som har framkommit under granskningarna.

Områden som regleras enligt förordningar

Kontakt med läkare och hälso- och sjukvårdspersonal- Stora kvalitetsförbättringar ses generellt i de flesta äldreboenden, framförallt gällande kontakten med läkare. Men det saknas tydliga kriterier för vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas på äldreboendet och det leder till en del frågor och otydlighet som gäller samarbete och ansvarsfördelning mellan yrkeskategorier och mellan olika verksamheter internt och externt.

De krav och kriterier på vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som äldreboenden ska kunna erbjuda de personer som flyttar in är ofta inte kända. Tydliga kriterier ger också en möjlighet för enheterna att beskriva vilka förväntningar på hälso- och sjukvårdsinsatser som kan tillfredställas i ett äldreboende. Den som flyttar in på boendet ska veta vilken vård som kan erbjudas. Detta är även viktigt för att patientsäkerheten ska tydliggöras till andra utförare, så som slutenvård och primärvård.

Det finns några enheter som har lägre tillgång på sjuksköterskor och kraven på tillgång av sjukgymnaster och arbetsterapeuter går inte att se. Kvalitetskrav och kriterier för kompetens och tillgänglighet av personal och olika yrkeskategorier påverkade resultatet i samtliga områden av granskningen även om indikatorer handlar om rutiner. När det gäller tillgången på läkare har tillgången på geriatriker förbättrats och det finns fler sjuksköterskor med demenssjukvårdsutbildning.

Det finns få tydliga och kända kriterier för hur det förebyggande hälsoarbetet ska tillgodoses av sjukgymnast och arbetsterapeut. Det saknas rutiner i verksamheten om hur AT och SG skall medverka i vårdplaneringen vid inflyttning eller efter vård i slutenvård. Kriterier och rutiner saknas för hur ordinerade insatser ska följas upp när baspersonalen får instruktioner av AT och SG hur de ska utföra insatsen som den enskilde behöver. Få personer som bor i äldreboende har tillgång till gruppverksamheter i rehabenhetens regi. Kriterier för bedömning av behov är inte kända bland enhetens personal.

I årets granskning har det uppmärksammats att samarbetet mellan korttidsboende och den utförare som har ansvar för individernas hälso- och sjukvård i primärvården oftast har undermåliga rutiner för samordning och ansvarsfördelning. Patientsäkerheten blir inte kvalitetssäkrad för de insatser som korttidsboendet skall göra under tiden på boendet.

Läkemedelshantering och delegering - Mas får bland annat genom inrapportering av avvikelser kunskap om hur patientsäkerhet fungerar i de områden som är reglerade genom lag och författning. Hur patientsäkerheten ska tillses i det dagliga arbetet beskrivs i MAS rutiner och riktlinjer som ska följas av alla som arbetar i äldreomsorgen. Ett område med många rapporterade avvikelser är läkemedelshantering. Många i personalen har olika ansvar för hanteringen i läkemedelshanteringsprocessen. I avvikelserapporteringen till MAS framkommer det att fel och brister ofta uppstår i samband med den läkemedelshantering som delegerad personal fått ansvar för. Området läkemedel till äldre är även i nationellt ett prioriterat kvalitetsförbättringsområde från SKL och Socialstyrelsen.

Kunskap, Dokumentation och Informationsöverföring - Utbildning och handledning ger förståelse och bekräftelse i vad som är rätt arbetsmetoder för att ge en god och säker vård. Därför är det viktigt med tydlig kompetenskriterier i arbetet. Grunden för att uppnå patientsäkerhet i verksamheten är kunskap och information. Därför måste särskilda resurser tillsättas för att skapa möjligheter att dokumentation och informationsöverföring utvecklas och säkerställs. Målet är att ansvarsfördelning är tydlig hos personalen och delaktighet och trygghet skall säkerställas för vårdtagare och anhöriga. I Norrtälje Kommuns särskilda boenden för äldre skall det datoriserade dokumentationssystemet Procapita användas. Tillgängligheten till datorer är ännu låg för den personal som skall ha informationen.

Medicintekniska produkter - Mas och Verksamhetschefer i äldreomsorgen har påbörjat arbetet med att skriva rutiner och fördela ansvaret enligt SOSFS 2008:1.

Områden som berör vård och behandling

När det gäller den vård och behandling som utförs i det dagliga omvårdnadsarbetet är patientsäkerheten god. Några områden har låg poäng som till exempel Inkontinensområdet. MAS har lämnat instruktioner och rapportering om förbättringsåtgärder till varje enhet som under 2009 kan fortsätta att själva förbättra omvårdnaden till de personer som har behov. Enheterna behöver förbättra rutiner, personalens kompetens, teamarbetet och stödet till patienter/brukare.

Demensvården - När det gäller detta område kan inte enheterna följa gällande rutiner och riktlinjer i det dagliga arbetet. En stor kvalitetsbrist i år är att det i äldreboenden som inte är organiserade för att vårda demenssjuka personer bor många personer med dessa funktionshinder. Personalgruppen har inte utbildning eller kompetens i att vårda demenssjuka personer, samt att boendemiljön inte är anpassad utifrån de demensas behov. Hot om våld mellan de boende har ökat generellt. Personaltätheten är inte anpassad och personalen saknar erbjudande om handledning och reflekterande samtal med expertkompetens för att få kunskap i bemötande mm.

Nutrition - I de enheter där centralkök levererar maten kan inte individuella önskemål och behov av mat eller livsmedel tillfredställas. Det saknas helt samarbete med centralköken. I dag är det svårt att förebygga eller behandla undernäring med kost, oftast ges färdiga ”näringspreparat” när undernäring redan har uppstått. På några enheter finns det möjligheter att inhandla livsmedel som den enskilde önskar eller behöver som kosttillskott eller mellanmål. I samtliga enheter pågår ett nutritionprojekt med dietist för att förbättra maten och matmiljön för de äldre.

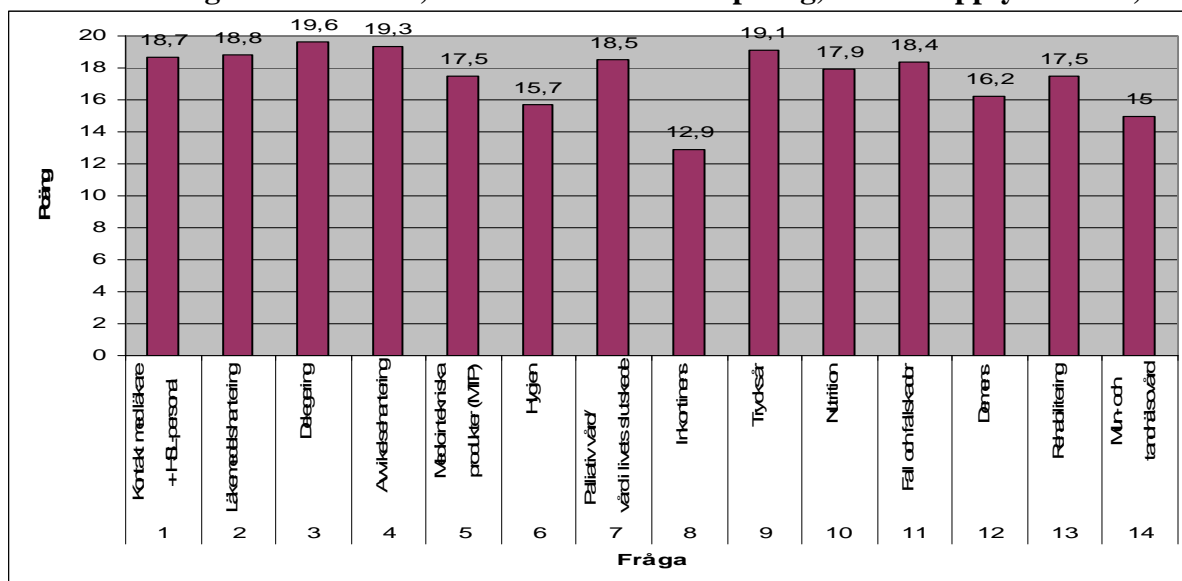
Mas vill uppmärksamma ett område där stora kvalitetsförbättringar har skett under året *Vård i livets slut* - Under 2008 har samtliga äldreboenden som inte är serviceboende registrerat sig i det nationella palliativa registret. År 2009 ska verksamheterna kunna dra nytta

av sitt kvalitetsarbete (antal avlida i hemmet och antal på sjukhus 2008 bör tas fram för jämförelse med 2006 och 2007). Kvarboendepincipen gäller i samtliga äldreboenden och samtliga enheter erbjuder idag möjligheten att avsluta sitt liv i sitt eget hem. Samtliga enheter har goda rutiner för vilka resurser som ska erbjudas vid vård i livets slut.

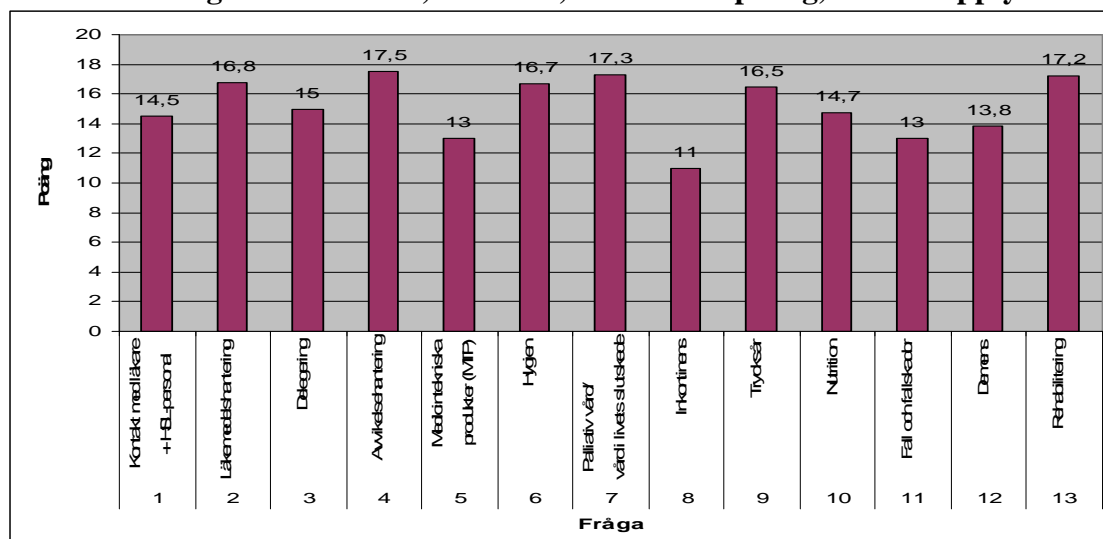
Resultat i medeltal samtliga granskade enheter 2008

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	18,7	20
2	Läkemedelshantering	18,8	20
3	Delegering	19,6	20
4	Avvikelsehantering	19,3	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	15,7	20
6	Hygien	17,5	20
Andra delen			
Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	18,5	20
8	Inkontinens	12,9	20
9	Trycksår	19,1	20
10	Nutrition	17,9	20
11	Fall och fallskador	18,4	20
12	Demens	16,2	20
13	Rehabilitering	17,5	20
14	Mun- och tandhålsvård	15,0	20
Uppfyllelse i procent 87,5 %		Summa:	245,1
			280

Resultat samtliga enheter 2008, Medeltal 245 av 280 poäng, resultatuppfyllelse 87,5 %



Resultat samtliga enheter 2007, Medeltal, 197 av 260 poäng, resultatuppfyllelse 75 %



Sammanställning av resultat och bedömning av förbättringsåtgärder på enheterna

Kontakt med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast

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

Sammanfattning granskning

Samtliga boenden har bra lokala rutiner för hur baspersonalen får kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen under hela dygnet när de boendes hälsotillstånd försämras.

Läkarkontakt

Under året har en standardmodell för lokala samarbetsöverenskommelsen utarbetats som tydliggöra vilka arbetsinsatser som ska samordnas mellan sjuksköterska och läkare på varje enhet. Ännu har inte samtliga enheter en sådan skriftlig lokal samverkansöverenskommelse. Patientansvariga läkare gör planerade hembesök och akuta hembesök vid efterfrågan på dagtid inom 2 timmar på samtliga enheter. Vid akuta behov av läkarbedömning på jourtid sker sällan hembesök av läkare.

I de enheter där externa avtal finns gällande läkarinsatser är det inte alltid tydligt hur akuta läkarkontakter görs på jourtid och om läkare kan göra akuta hembesök dagtid. Det är inte känt i verksamheterna om vilka förväntningar som finns på utförare av läkarinsatser genom avtal med beställare.

Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast

Samtliga enheter har rutiner för teamträffar mellan baspersonal och legitimerad personal med olika mötesfrekvens. Möjligheten för legitimerad personal att delta i dessa möten ser väldigt olika ut. Sjuksköterskor har större delaktighet i teammöten och högre kontinuitet i tillgänglighet för patienter och baspersonal än sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det

vanligaste är att enhetens baspersonal, SSK, AT och SG träffas var tredje vecka för teammöte angående vård och omsorgsplanering för den enskilde brukaren/patienten.

Några enheter har utarbetat rutiner för den rutinmässiga vård- och omsorgsplanering som sker tillsammans med patient/brukare och närstående. Den ska här göras tillsammans med kontaktperson och omvårdnadsansvarig sjuksköterska en till två gånger per år.

På samtliga boenden saknas tydliga rutiner för tillgång och efterfrågan gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. MAS riktlinjer är inte kända och används inte när det gäller förväntningar att AT och SG ska delta i det förebyggande hälsoarbetet och själva kontinuerligt följa upp hälso- och sjukvårdsinsatserna inom sina arbetsområden. Det är inte tydligt om vilka insatser som AT och SG skall ansvara för själva med egna insatser eller genom instruktion/ordination i rehabplan samt hur AT och SG ska följa upp sitt arbete.

Enheter med underleverantörsavtal för hälso- och sjukvårdsinsatser av SSK, AT och SG saknar en skriftlig samverkansöverenskommelse mellan sig och aktuella underleverantörer. Det finns aktuella avtal men i dessa anges inga rutiner för samordning och ansvarsfördelning gällande dokumentation, avvikelshantering, informationsöverföring och samverkansträffar.

Förbättringsåtgärd

- Enheter med underleverantörsavtal från externa utförare ska utarbeta en skriftlig lokal samverkansöverenskommelse som beskriver samordning och ansvarsfördelning i vardagsarbetet.
- För de individer som vistas i korttidsboenden, främst växelvård, måste en särskild samordning finnas för varje enskild individ och mellan primärvårdens patientansvariga läkare och distriktssjuksköterska, rehabenhetens sjukgymnast och arbetsterapeut samt aktuell äldreomsorg.

Läkemedelshantering

Att läkemedelshanteringen sköts korrekt är mycket viktigt, masens riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen skall göras årligen, eventuella brister skall åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm skall dokumenteras.

Sammanfattning granskning

De flesta enheterna har en lokal skriftlig rutin för läkemedelshantering som bygger på MAS riktlinjer. Denna skall vara känd och användas av samtliga som arbetar på enheten. Det finns oftast individuella vårdplaner i journalen som anger hur patienternas egna läkemedel ska hanteras. Enhetschef ska ha en kopia och omsorgspersonalen ska ha tillgång till enhetens lokala läkemedelshanteringsrutin som sjuksköterskan ansvarar för.

I avvikelserapporteringen till MAS framkommer det att fel och brister ofta uppstår i samband med den läkemedelshantering som delegerad personal ansvarar för.

I korttidsboende för växelvård ska patientansvarig läkare i journalen ange om vårdtagaren själv klarar av sin läkemedelshantering, så kallad egenvård är då beslutad. Det saknas ofta en lokal rutin för arbetet med läkemedelshantering i hela vårdkedjan mellan korttidsboende och

primärvård. Det är viktigt för närstående och vårdtagaren att läkemedelshanteringen sker på ett säkert sätt mellan primärvård och växelvårdsboende.

Förbättringsåtgärd

- I den lokala läkemedelshanteringsrutinen på korttidsboendet ska det anges hur samarbetet med primärvårdens distriktssköterskor med rutiner för informationsöverföring ska ske. Detta gäller framförallt de brukare som har växelvård.
- När personal med delegering för att utföra medicinska arbetsuppgifter inte arbetar utifrån läkemedelshanteringsrutinen på enheten och MAS riktlinjer ska sjuksköterskan ta ställning till att dra tillbaka delegeringen.
- Den höga andelen med avvikelser ska utredas och patientsäkerheten ska ses över 2009 totalt i verksamheten och lokalt i avvikelsearbetet inom enheten.
- Apoteksgranskningens resultat ligger till grund för revidering av lokala rutiner och aktuella åtgärder ska ske inom 3 månader och vara kända hos all personal. Reviderade läkemedelshanteringsrutiner ska skickas till MAS för kännedom.

Delegering

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

Sammanfattning granskning

Delegeringshanteringen fungerar i allmänhet enligt rutiner och föreskrifter. I enstaka enheter har sjuksköterskan ansvar för fler än 20 delegeringar. Detta kan vara en risk för patientsäkerheten då det kan innebära att det inte finns utrymme att utbilda personalen, handleda och följa upp de medicinska arbetsuppgifterna som utförs med delegering. Under sommaren har samtliga sjuksköterskor ansvar för många fler än 20 delegeringar i samband med utbildning av sommarvikarier.

Rutiner för handledning, utbildning mm i samband med delegeringsgivning är goda gällande den hälso- och sjukvård som sjuksköterskan delegerar. Det förekommer att sjuksköterskor inte följer upp eller utför skriftliga testar på kunskapen hos den som skall få delegering. Under 2008 har ett heltäckande utbildningsmaterial sammanställts av sjuksköterskor i äldreomsorgen som ska användas i hela kommunens äldreboenden i samband med utbildning inför delegering.

Förbättringsåtgärd

- Säkerställ att delegeringar följs upp och att kunskapskontroll och uppföljning görs enligt MAS riktlinjer genom att sjuksköterskor inte har fler än ca 20 delegeringar att ansvara för.
- Utred orsaken till brister i delegeringshanteringen och brister i att utföra medicinska arbetsuppgifter enligt riktlinjer, rutiner och ordinationer. Beror bristerna på rutiner, personalresurser, kompetens, dålig kontinuitet av stöd och handledning eller annat.
- Mas och arbetsterapeut/sjukgymnast ska utarbeta riktlinjer för deras ordinationer och delegering av arbetsuppgifter.

Avvikelsehantering

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

Sammanfattning granskning

Avvikelsehanteringen fungerar till stora delar enligt rutiner och föreskrifter och MAS har 2008 fått rapportering om de allvarliga avvikelser som har skett för att kunna ta ställning till vidare åtgärder. Enhetschefer rapporterar varje månad in statistik till MAS. Samtliga enheter har avvikelsegrupper som kontinuerligt träffas. Samtliga enheter har skriftliga generella rutiner för att all personal ska kunna delta i att bedöma, analysera och åtgärda avvikelser eller risker i verksamheten. I de enheter där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast inte deltar kontinuerligt i avvikelsegruppens arbete och det riskförebyggande arbetet kan brister i patientsäkerhetsarbetet uppstå. T.ex. avvikelser som rapporterats till sjuksköterskan kommer då inte verksamheten till del med återkoppling och förbättringar i verksamheten och eventuella nya arbetsrutiner.

I de enheter som använder underleverantörer för hälso- och sjukvårdsinsatser finnas det inte gemensamma rutiner för avvikelsehantering mellan extern utförare och enheten. Syfte är att dessa får information om avvikelser och vilka åtgärder som ska vidtas av samtliga som arbetar på enheten dvs. även konsultsjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Det ska anges i samverkansöverenskommelsen hur de skall rapportera avvikelser och var de ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

- Samtliga enheter ska arbeta med avvikelserna så att hälso- och sjukvårdskompetensen med SSK, AT och SG medverkar vid genomgång och åtgärdsbeslut gällande rapporterade avvikelser.
- Enheter med underleverantörsavtal ska säkerställa att samtliga utförare känner till och arbetar utifrån enhetens rutiner för patientsäkerhet

Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut av paramedicinare eller sjuksköterska. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista ska finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker.

Sammanfattning granskning

Det saknas även i år tydliga rutiner för vem som gör vad gällande registrering, uppföljning och kontroll. I samtliga enheter har inte lokala skriftliga rutinerna dokumenterats i enlighet med SOSFS 2008:1. Det anges inte vem som ansvarar, vem som får förskriva MTP, i vilka enheter det gäller och när i tiden som olika aktiviteter ska ske. Medicintekniska produkterna är fördelat på olika delar i organisationen. Detta innebär att det finns brister i kvalitet och att Mas riktlinjer inte kan följas.

Förbättringsåtgärd

- Tydliga skriftliga lokala rutiner som utgår från SOSFS 2008:1 med ansvarsfördelning och arbetsuppgifter i samband hantering av MTP. Görs tillsammans med inblandade verksamheter i Tiohundraolagets verksamheter.
- All personal ska ha kännedom och kunskap om rutiner och riktlinjer gällande MTP.
- I de enheter som har underleverantörer som förskriver MTP saknas det skriftliga rutiner för ansvarsfördelning. Det finns inte angivet hur ansvars och arbetsfördelningen ser ut mellan aktuella utförare och uppdragsgivare. Det saknas skriftliga rutiner som beskriver vem som fattar beslut om ev. kostnader i samband med förskrivning av hjälpmedel. Det saknas även rutiner för vem som gör vad gällande registrering, uppföljning och kontroll. På Nysättrahemmet finns ingen dokumentation om individens förskrivna hjälpmedel. Enheten har inga rutiner för att få tillgång till AT/SG journalanteckningar.
- Personalen som hanterar MTP ska ha en god kompetens och ständigt uppdateras på ny utrustning så att aktuella kunskaper finns för att hantera MTP.

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 skall också finnas tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning skall inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen skall använda.

Sammanfattning granskning

Många av kommunens äldreboenden har lägenheterna som inte har utrustats med tvål och pappershanddukar som endast är avsedda för personalen. Handhygien och användning av alkogel/handsprit kan därför ibland "glömmas bort". All personal och chefer i samtliga enheter erbjuds årligen att delta i hygien- och smittskyddsutbildningar. MAS kallar utvalda enheter och hygiensjuksköterska till granskning av byggnadens förutsättningar och personalens arbetssätt gällande hygienprinciper och riktlinjer. Säkra arbetsrutiner ska förebygga bl.a. vinterkräksjuka. Basala vårdhygienrutiner skall alltid gälla och skyddsutrustning ska användas vid orent arbete. När det gäller livsmedelshygien kan den inte upprätthållas då det inte finns personal avsatt för livsmedelshantering i samband med iordningställande och hantering av mat. Kökets och matrummets utformning gör att det finns stora risker för smittspridning.

Förbättringsåtgärd

- Vårdhygien utbildning i arbetssätt enligt gällande hygienprinciper och riktlinjer bör nå fler personal och chefer.
- 2008 har 4 enheter genomgått hygienkvalitetsgranskning
- I möjligaste mån skall utrustning för personalens handhygien installeras i de boendes lägenhet/rum.
- Arbetsrutinerna i kök och matrum måste vara mycket väl organiserade så att smittspridning kan undvikas. I samband med måltider och hantering av livsmedel ska personal avdelas för detta arbete som samtidigt inte utför personlig omvårdnad

Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för palliativ vård/vård i livets slutskede, läkemedel skall kunna ges inom en viss tid och det skall finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det skall finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering skall göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen skall framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

Sammanfattning granskning

Kvarboendepincipen gäller i samtliga äldreboenden och samtliga enheter erbjuder möjligheten att avsluta sitt liv i sitt eget hem. Samtliga enheter har goda rutiner för vilka resurser som ska erbjudas vid vård i livets slut. Under 2008 har samtliga äldreboenden som inte är serviceboende registrerat sig i det nationella palliativa registret. Flertalet enheter har tagit del av information om standardvårdplan för palliativ vård. Organisationen kan inte garantera att smärtlindring ges inom 30 minuter, denna kvalitetsbrist i omvårdnaden har dock hittills inte hänt (i avtalet anges inställelsetid på högst 60 minuter). Det saknas ännu att omsätta erfarenheter från nationella palliativa registret i rutiner och arbetssätt i det dagliga arbetet.

Förbättringsåtgärd

- Registrering i det nationella palliativa registret. Registrera alla dödsfall i nationella palliativa registret för att senare dra lärdom av resultatet om kvaliteten gällande den palliativa vården på. Använd resultat av medverkan som kvalitetssäkring av vård och omsorg till den enskilde och i det dagliga arbetet.
- Dokumentera i omvårdnadsjournalen i de fall smärtlindring inte kan ges inom 30 minuter av sjuksköterska.

Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende skall det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan skall 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 skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Sammanfattning granskning

Många sjuksköterskor i äldreboenden saknar specialutbildning och förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskans ansvar att utreda och förskriva hjälpmedel enligt författning har i äldreverksamheten inte resulterat i ett arbetssätt som uppfyller krav och gällande riktlinjer. De flesta enheterna har närhet till sjuksköterska/distriktssköterska med kompetens att utreda behoven och att förskriva hjälpmedel samt att baspersonal finns med uppdrag som inkontinensombud. Ett kvalitetsarbete i team kan lätt utvecklas för att planera omvårdnaden vid inkontinens där individuella utredningar och förskrivningar görs. Behovet av toaassistans är oftast inte utrett och dokumenterat i genomförandeplan eller omvårdnadsplan.

Gällande individer som har växelvårdsplats ska det primära ansvaret för att prova ut och förskriva inkontinenshjälpmedel finnas hos ansvarig distriktssköterska i primärvården. Det saknas idag informationsöverföring från primärvården till växelvården gällande vilka hjälpmedel som är ordinerade.

Förbättringsåtgärd

- Organisera arbetet med förskrivning av inkontinenshjälpmedel så att sjuksköterska med förskrivningsrätt kan delta.
- Alla boende ska kunna erbjudas utredning av sina besvär av sjuksköterska med förskrivningsrätt och inkontinensombud.
- Utveckla teamarbete för att prova ut och individuellt förskriva inkontinenshjälpmedel.
- Behovet av toalettassistans skall speciellt beaktas och bedömas individuellt för de boende som ett led i att minska behov av inkontinenshjälpmedel.
- Personer som vistas i korttidsboende ska erbjudas utredning av sina besvär av avansvarig distriktssköterska och samordnas med sjuksköterska på korttidsboendet. Informationsöverföring mellan förskrivare och omsorgspersonal behöver utvecklas med syfte att omvårdnaden med toalettassistans och/eller inkontinenshjälpmedel följs upp och utvärderas.
- Samordna rutiner för informationsöverföring mellan primärvård, hemtjänst och korttidsboende.

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 skall sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Sammanfattning granskning

Samtliga enheter har en hög kompetens gällande att förebygga och behandla trycksår. Samtliga enheter ska använda modifierad Nortonbedömning för att inventera behov för att analysera behoven av åtgärder för att hindra att trycksår uppkommer. Sjuksköterskor är alla aktiva i teamarbete med berörd personal och boende för att planera förebyggande insatser vid upptäckta risker för sår. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter blir inte alltid kontaktade för att bidra med sin kompetens kring trycksårsförebyggande åtgärder, miljö och hjälpmedel. I enheter där AT och SG är konsulter genom underleverantörsavtal ska rutiner finnas för hur deras kompetens ska bidra till en god vård för den enskilde.

Förbättringsåtgärd

- Använd modifierad Nortonskala i samband med riskbedömning och dokumentera resultatet i omvårdnadsplan och utvärdera insatta åtgärder i teamarbete med berörd personal.
- Skapa rutiner för kontakt med AT och SG i det förebyggande och behandlande arbetet.
- Ange i samverkansöverenskommelsen hur underleverantörer medverkar i riskförebyggande och hälsoförebyggande arbetet

Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan skall inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan skall göra en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. riskbedömningsinstrumentet Minimal nutrition assesment

(MNA) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Sammanfattning granskning

Samtliga boenden rapporterar att nattfastan inte överstiger 11 timmar. De boende får alltid något att äta på kvällen eller natten när så önskas. Mer kunskap behövs hos all personal om hur man i vardagen, med ett äldreboendes resurser, har möjlighet kan förebygga näringsbrist med mat och livsmedel. Minimal nutrition assesment (MNA) används inte alltid som rutin vid nutritionsproblem. Mer teamarbete i dessa frågor kan vara ett sätt att kvalitetssäkra arbetet.

I de enheter som centralköket levererar maten kan inte individuella önskemål och behov av mat, sallad eller livsmedel tillfredställas. I dag är det svårt att förebygga eller behandla undernäring med kost oftast ges färdiga ”näringspreparat” när undernäring redan har uppstått. På några enheter finns det möjligheter att inhandla individuella livsmedel som den enskilde önskar eller behöver som kosttillskott eller mellanmål. På några enheter tillagar verksamheten de boendes mat själva. Samtliga enheter anordnar olika aktiviteter och uppskattade ”myskvällar” i samband med måltider.

Förbättringsåtgärd

- Riskbedömningar med MNA skall leda till analys och åtgärder som i första hand tillhandahålls med ” rätt kost och en god matmiljö”.
- Detta arbete ska ske tillsammans med distriktssköterskan och/eller andra vård och omsorgsgivare när det gäller personer som får växelvård.
- Se över samarbetet och avtal med livsmedelsleverantören (centralköket) för att hitta möjligheter att beställa mat och livsmedel som är individuellt önskade och utifrån olika behov av näring.
- Mer kunskap hos all personal i dessa frågor
- Inför generellt erbjudande om ”god natt drink” eller annat mellanmål.

Fall och fallskador

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning bör också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare skall vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal skall få utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenshandikapp faller skall sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen skall analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Sammanfattning granskning

Samtliga enheter har rutiner för fallförebyggande arbete. Riskförebyggande bedömning görs vid inflyttning av omsorgspersonalen och ibland av sjuksköterska. Vid samtliga inflyttningar görs en riskbedömning som innehåller arbetsskyddsaspekter för baspersonalen. Det framgår inte i inflyttningsrutinen vilken yrkesgrupp som ansvarar för att dokumentera riskbedömningens analys och vidtagna åtgärder i Rehab/omvårdnadsjournalen. Arbetsterapeut och sjukgymnast ingår oftast inte i fallförebyggande arbetet i samband med inflyttning. I samtliga enheter finns rutiner för hur avvikelsergruppen analyserar de fall som uppstår och planerar åtgärder tillsammans med berörd personal och den boende.

Förbättringsåtgärd

- Det finns ingen känd samordning mellan primärvården och korttidsboendets arbetsterapeut och sjukgymnast för att förebygga fall och fallskador. Riskbedömning i hemmet saknas.
- I samband med avvikelseanalys ska AT och SG ingå i team. Deras dokumentation skall finnas i omvårdnadsjournalen och vara tillgänglig för berörd personal.
- Informationsöverföring skall ske till all personal, boende och anhöriga om det förebyggande arbetet och vilka risker som analyserats i samband med inflyttning och under tiden.
- Skapa lokala rutiner för teamwork vid inflyttning. Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast ska delta aktivt i arbetet. Tydliggör vem som ansvarar för dokumentation och informationsöverföring.
- I de enheter som genom annan utförare köper AT och SG tjänster ska rutiner finnas i samverkansöverenskommelsen för rutiner kring det hälsoförebyggande fallarbetet och hur omvårdnaden ska följas upp under tiden samt hur personalen får handledning i fallförebyggande arbete av SG och AT.

Demens

På äldreboende finns enheter som bara är avsedd för personer med demenshandikapp, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det skall finnas rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut.

Sammanfattning granskning

Även utanför demensgruppboende bor det flera personer med demenshandikapp i olika hög grad. Eftersom dessa enheter inte är en demensenhet kan dessa enheter inte bedömts utifrån QUSTA. Däremot måste det rapporteras att personalgruppen här inte här har utbildning eller kompetens i att vårda demenssjuka personer, samt att miljön inte är anpassad utifrån de dementas behov. Hot om våld mellan de boende har ökat. Personaltätheten är inte anpassad för detta och det saknas erbjudande om handledning och reflekterande samtal med expertkompetens för att få kunskap i bemötande mm. I dessa enheter har personalen aldrig tillgång till extern handledning som gäller vård och bemötande av demenssjuka.

I år har flera demensboendeenheter tillgång till sjuksköterska med specialistkompetens eller långvarig erfarenhet av demensvård. Demensgruppboenden har därför goda förutsättningar att organisera arbetet så att sjuksköterskan har kontinuerlig handledning med avsikt att få en god omvårdnad för varje individ. All personalen har inte tillgång till extern handledning som gäller vård och bemötande av demenssjuka. Däremot har de flesta enheterna tillgång till undersköterska/silviasyster med handledarutbildning för praktisk handledning och reflekterande samtal.

Det framkommer att det nattetid inte alltid finns personal tillgänglig inne på demensavdelningen.

I samtliga enheter saknas skriftliga lokala rutiner för ordination av rörelselarm, sänglarm och satellitlarm. Satellitlarm används endast i undantagsfall och beslut skall meddelas MAS.

Sammanfattning granskning

Förbättringsåtgärd

- Skriftliga lokala rutiner för vilka larm som används i verksamheten, vem som ordinerar och var de dokumenteras samt rutin för utvärdering av larm. Alla ”Demenslarm” ska ordineras av sjuksköterska och skall kontinuerligt utvärderas.
- Säkerställ att kompetensutveckling erbjuds och att handledning finns kontinuerligt.
- Anpassa miljö och resurser så långt det är möjligt utifrån de dementas behov och myndigheternas krav för demensvård.
- Säkerställ att kompetensutveckling erbjuds och att handledning finns kontinuerligt.
- Utred baspersonalresurser och när det är resursbrister dag och nattetid och analysera vilka konsekvenser detta får för de boende.

Rehabilitering

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

Sammanfattning granskning

Samtliga äldreboenden har muntliga eller skriftliga ”avtal” med rehabenheten i Tiohundra AB, i avtalen anges inte kriterier för hur insatserna skall utformas. På de flesta enheterna finns det skriftliga arbetsrutiner för hur kontakt tas med arbetsterapeut och sjukgymnast. I de flesta enheterna i Tiohundra AB finns goda rutiner för patientsäkerhet med informationsöverföring och hur samarbetet ser ut mellan baspersonal på enheten och Arbetsterapeut (AT) och sjukgymnast (SG). Insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut görs genom konsultation av sjuksköterska eller baspersonal när problem eller olika behov har uppstått för den enskilde. Det finns oftast inga fastställda kriterier för hur det förebyggande hälsoarbetet ska tillgodoses. Det saknas rutiner och kriterier för hur ordinerade insatser ska följas upp av SG och AT. Det finns ingen fast rutin för hur AT och SG skall meddelas när boende flyttar in och hur AT och SG då medverkar i vårdplaneringen. De flesta insatserna sker genom att baspersonalen får instruktioner av AT och SG om vilka insatser som den enskilde behöver och hur baspersonalen ska utföra insatsen. Det är inte alltid tydligt hur dessa insatser följs upp av AT och SG. Få personer som bor i äldreboende har tillgång till gruppverksamheter i rehabenhetens regi, det saknas kriterier för bedömning av behov.

Det finns på flertalet enheter baspersonal med ett extra uppdrag att kontinuerligt samordna olika veckoaktiviteter för vardagsrehabilitering. Sjukgymnast har på en enhet möjlighet att ge handledning och stöd till baspersonal som leder gruppträning för vardagsrehabilitering. Det saknas kända rutiner för informationsöverföring mellan slutenvårdens- primärvårdens- och äldreboendets AT och SG. På korttidsboendet är det mycket viktigt att det finns tydliga och kvalitetssäkrade arbetsrutiner för hur samarbete görs för att utföra aktuella rehabinsatser i hela vårdkedjan.

Förbättringsåtgärd

- I de enheter som har underleverantörsavtal med rehabenheten skall det finnas skriftliga kända rutiner om informationsöverföring, dokumentation, avvikelshantering, hälsoförebyggande insatser, personalutbildning, inflyttningssamtal, utprovning av hjälpmedel och arbetstekniska produkter.
- I samtliga enheter ska det finnas kända rutiner med ansvars- och arbetsfördelning så att AT och SG finns tillgänglig i rätt sammanhang i det dagliga arbetet.

- Personalen ska ha den kompetens de behöver för att utföra rehabiliterade insatser och få den utbildning som behövs av AT och SG.
- Utarbeta arbetsrutiner så att kontaktperson SSK, AT och SG varje halvår tillsammans går igen om genomförandeplan och vårdplan för uppföljning och eventuellt nya insatser för den enskilde.
- Skriftliga rutiner ska finnas så att AT och SG medverkar i det riskförebyggande arbetet vid inflyttning av nya boende.

Mun- och tandhälsovård

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

Sammanfattning granskning

När det gäller rutiner och utbildning för att uppnå myndigheternas krav på ”uppsökande tandvård” med munhälsobedömning och personalutbildning är dessa tillgodosedda i samtliga boende. Däremot finns inga rutiner för sjuksköterskan ansvar i samband med inflyttning. Sjuksköterskan gör inte en bedömning av munhälsan som en del i det riskförebyggande arbete. Det har inte funnits en rutin om att detta ansvar ligger på sjuksköterskan och att munbedömning ska dokumenteras under sökordet nutrition i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

- MAS ska tillsammans med sjuksköterskorna ta fram ett bedömningsmaterial utifrån ”riktlinjer för bra mun- och tandvård för äldre” (Bravå 2004).
- Använd uppsökande verksamhetens munbedömning dokumentera resultatet i vårdplan under sökordet nutrition i omvårdnadsjournalen.

Dokumentation

Femton procent av sjuksköterskornas, arbetsterapeuter och sjukgymnasternas HSL journal i Procapita är granskade. Granskningen av journaler grundar sig på parametrarna mängd och standard. Vid granskning av omvårdnadsjournaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Omvårdnadsjournalen och Rehabjournaler skall ge en information med anamnes, status och vårdplan med diagnos/problem, mål, åtgärder och resultat/utvärdering. Omvårdnadsordinationer och rehabplaner ska finnas tillgängliga på boenden och de ska vara kända av patienter och berörd personal, med instruktioner om vem, var, när och hur aktiviteter skall ske t.ex. för läkemedel, nutrition, sårvård, gångträning, rörelseträning mm.

HSL dokumentationen sker i datajournal och informationsöverföringen till omsorgspersonal sker med skriftliga dokument i flikpärm och muntliga rapporter på de flesta boenden. De flesta enheterna har en mycket god dokumentation. Granskningen av journaler grundar sig på parametrarna mängd och standard. Vid granskning av omvårdnads- och rehabjournaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enhetens poäng i första hand jämföras med egna tidigare resultat.

Sammanfattning granskning

Omvårdnadsjournaler – Samtliga granskade journaler innehåller alla delar som MAS förväntar sig att se. Dock saknas en tydlig dokumentation av resultat och utvärdering av

sjuksköterskeordinationer i samband med vårdplanen. God kvalitet ses i att riskbedömning med Norton, MNA och BMI genomförs. Fortsätt att utveckla riskbedömningarna med att analysera resultatet och vid behov göra en åtgärdsplan som kan utvärderas.

Rehabjournalen – Samtliga granskade journaler innehåller alla delar som MAS förväntar sig att se. Bedömning med olika instrument för fallprevention mm måste användas så att resultat analyseras som leder till att göra en åtgärdsplan vid behov. Sjukgymnasten ordinerar rehabinsatser som omsorgspersonalen signerar på lista som följs upp och utvärderas på de teamträffar som finns varje vecka. Signeringslistan är en journalhandling.

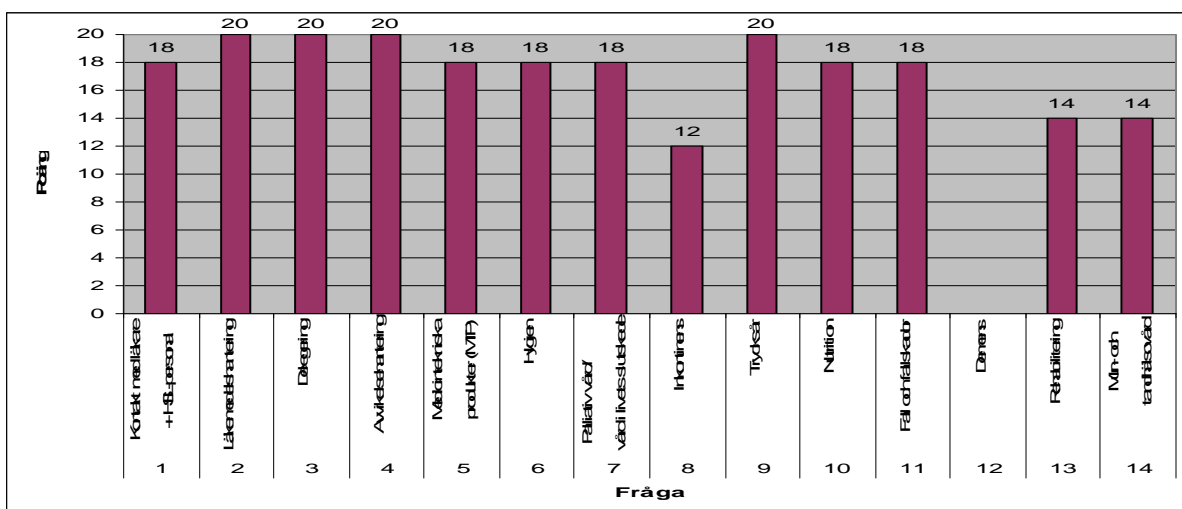
Journaler innehåller oftast inte uppgifter om rehabstatus eller riskanalys i samband med inflyttning. Det finns i några journaler ingen notering om planerade insatser och instruktioner till baspersonal när det i sjuksköterskejournalen anges att AT eller SG är kontaktad för bedömning av hjälpmedel mm. Eventuellt finns detta dokumenterat på papper i omvårdnadspärmen, som inte är granskad av MAS.

Förbättringsåtgärd

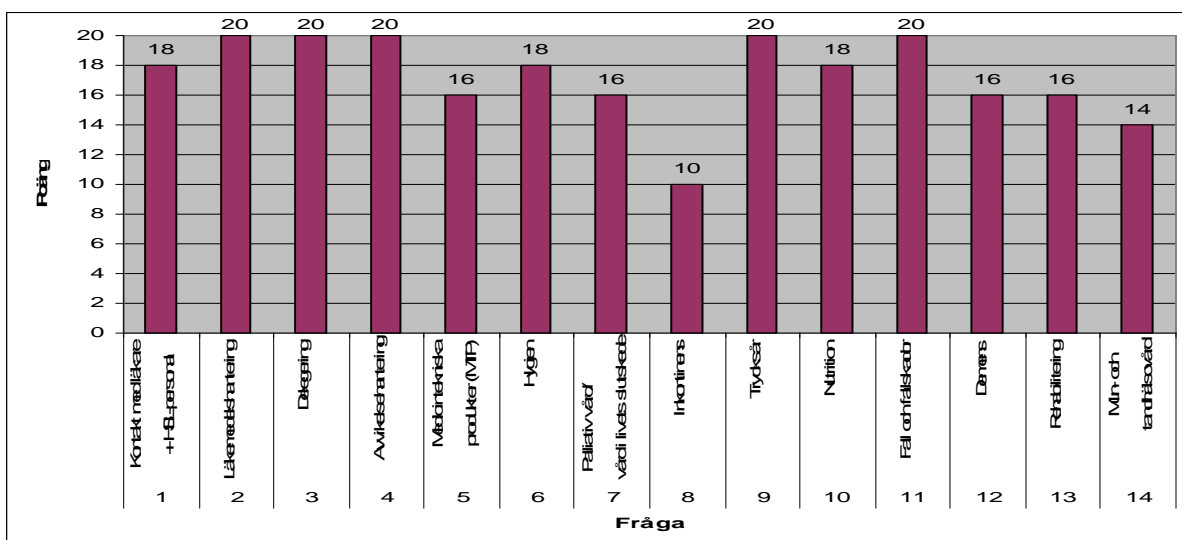
Genomför dokumentationsgranskning för egenkontroll med syfte att se hur dokumentationen kan utvecklas och förbättras. Rehab- och omvårdnadsjournalen skall vara en informationsöverföring med allmänna uppgifter, anamnes, status och vårdplan/rehabplan med diagnos/problem, mål, åtgärder och resultat/utvärdering. Den dubbla dokumentationen i datajournal och i flikpärm är en säkerhetsrisk för informationsöverföring.

Utbildning och genomgång av HSL om dokumentation och journalföring

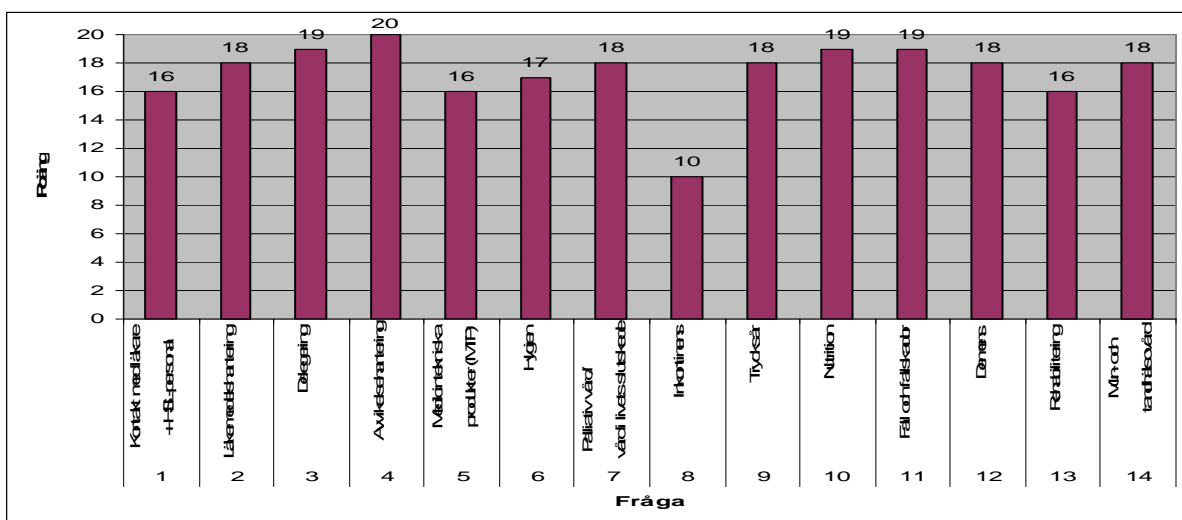
Sammanställning diagram kvalitetsgranskning QUSTA 2008



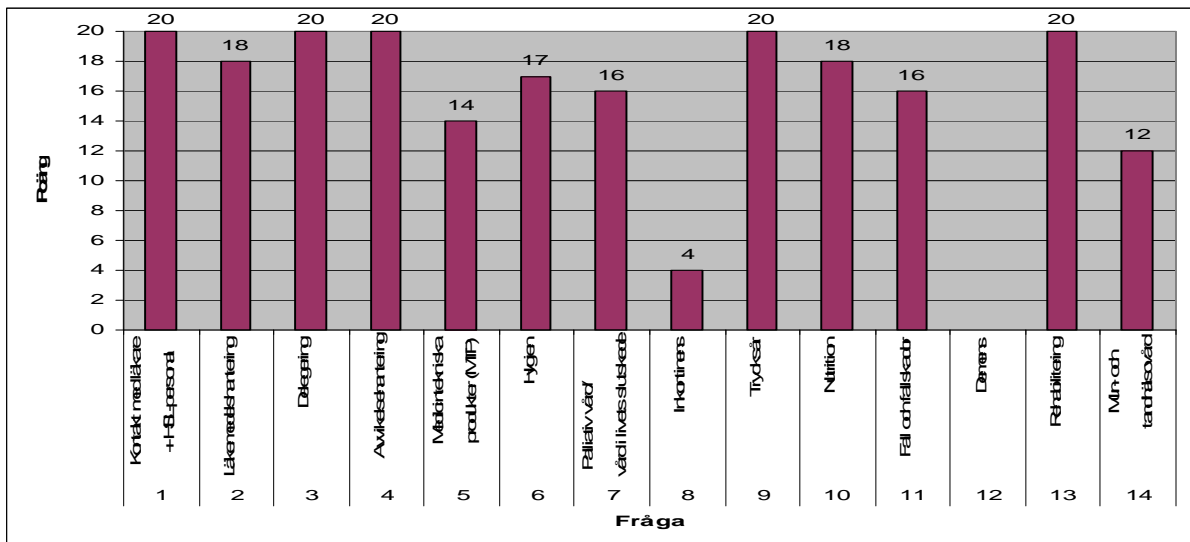
Kristinagården 2008 Summa: 228 av 260 88 % 2007 73 %



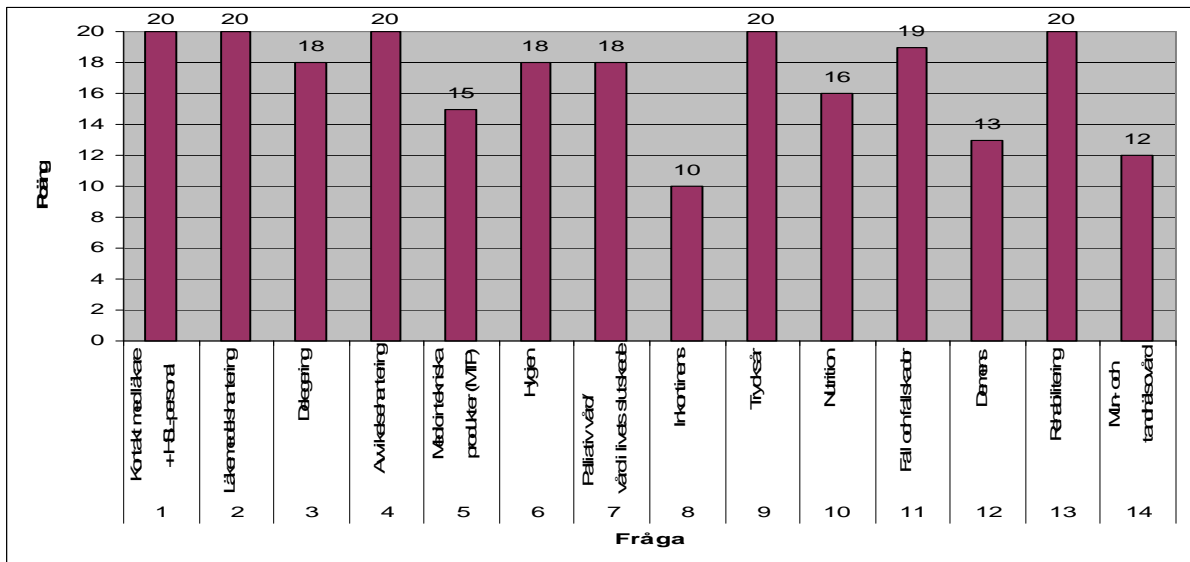
August Jansgård 2008 Summa: 242 av 280 87 % 2007 71 %



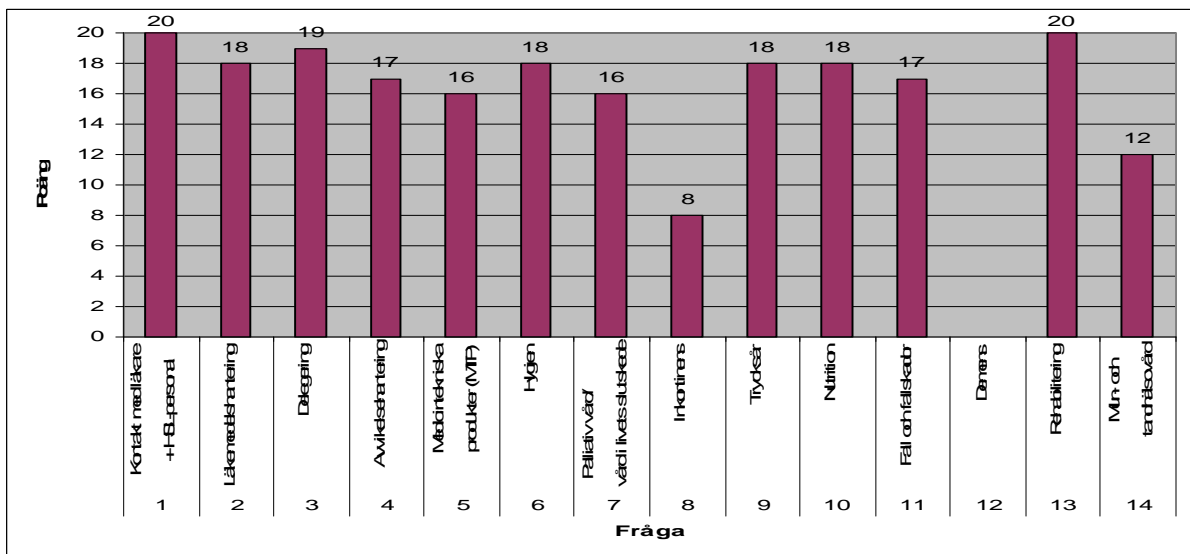
Elmstugården 2008 Summa: 232 av 280 83 % 2007 75 %



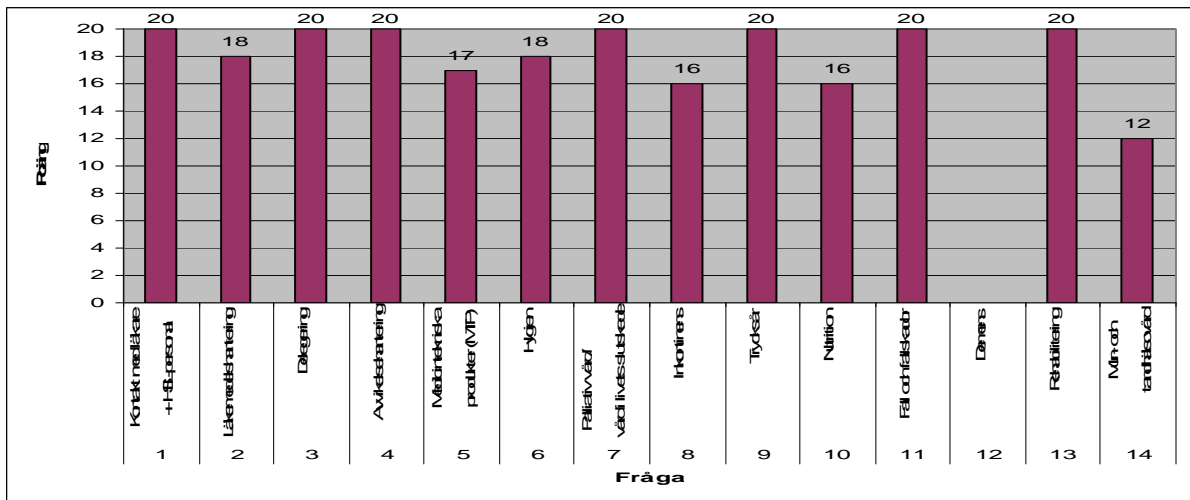
Ros 1	2008	Summa: 215 av 269	83 %	2007	67%
-------	------	-------------------	------	------	-----



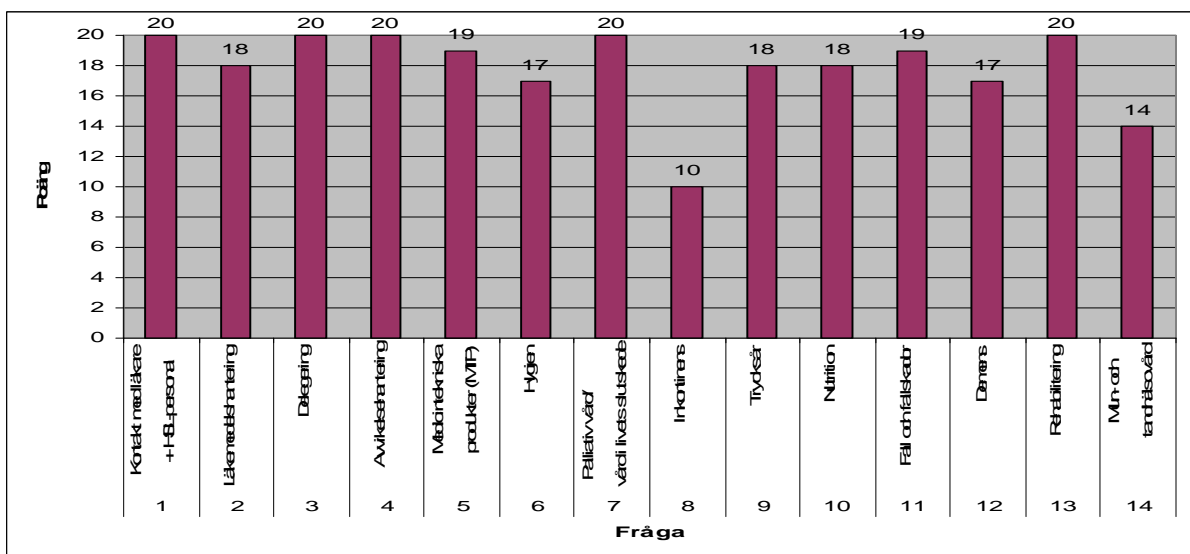
Utsikten	2008	Summa: 239 av 280	87 %	2007	62 %
----------	------	-------------------	------	------	------



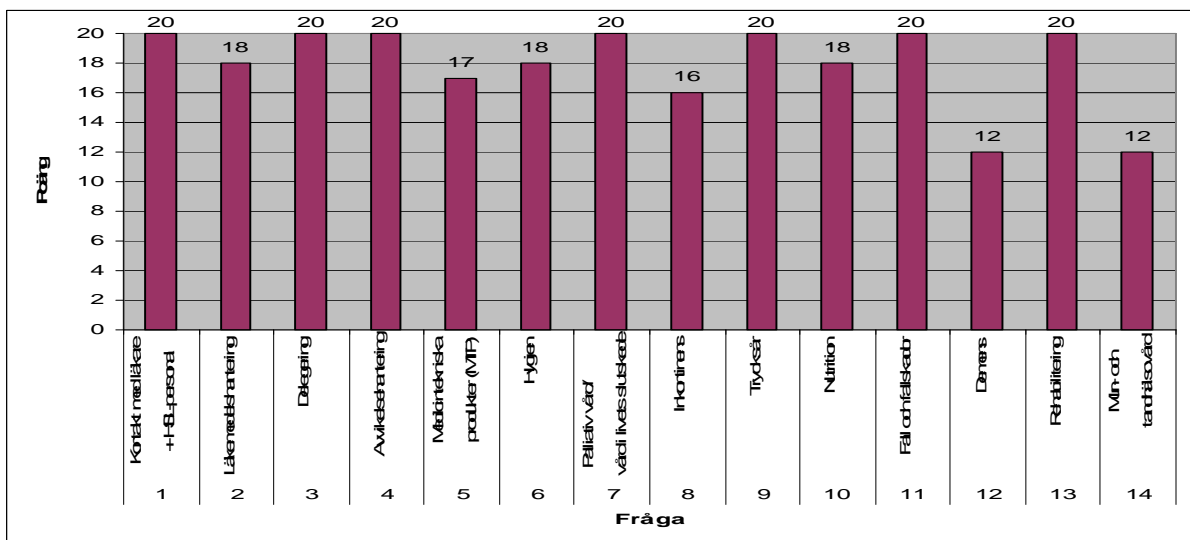
Ros 2	2008	Summa: 217 av 260	84 %	2007	55 %
-------	------	-------------------	------	------	------



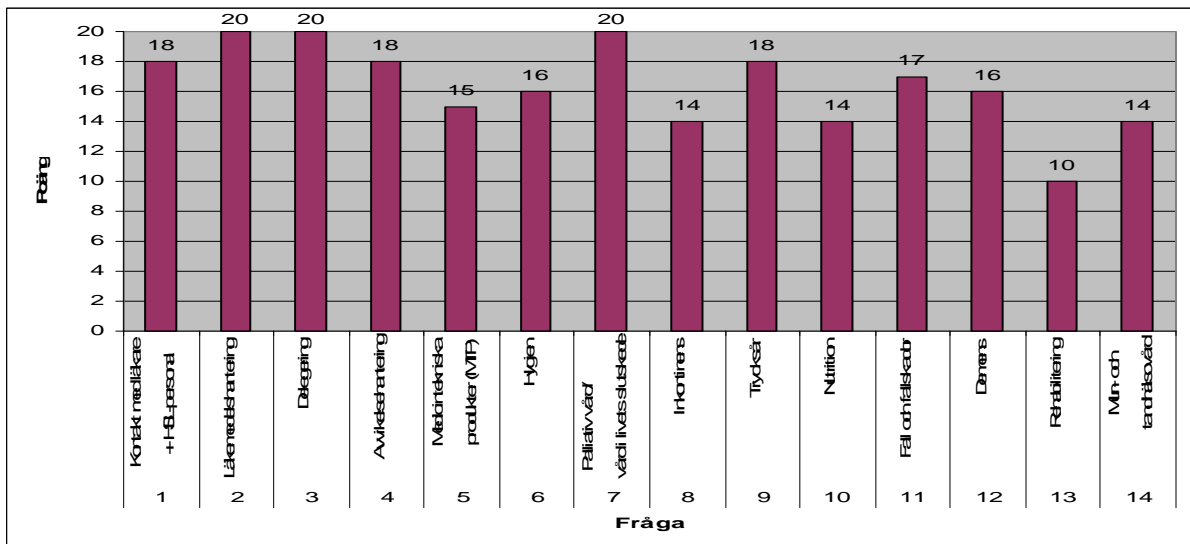
Bergshyddan 2008 Summa: 237 av 260 92 % | 2007 82 %



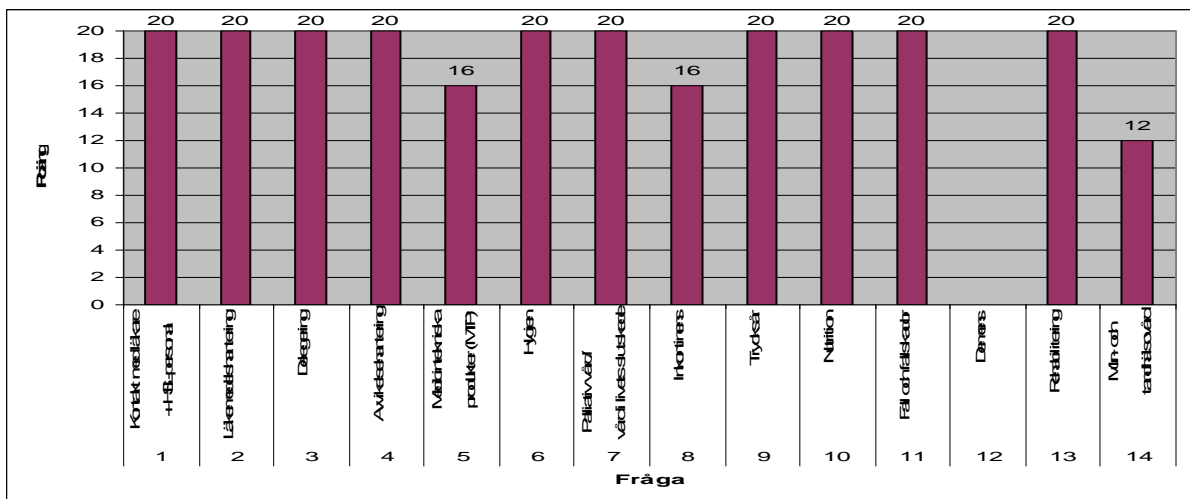
Birgittagården 2008 Summa: 250 av 280 90 % | 2007 80 %



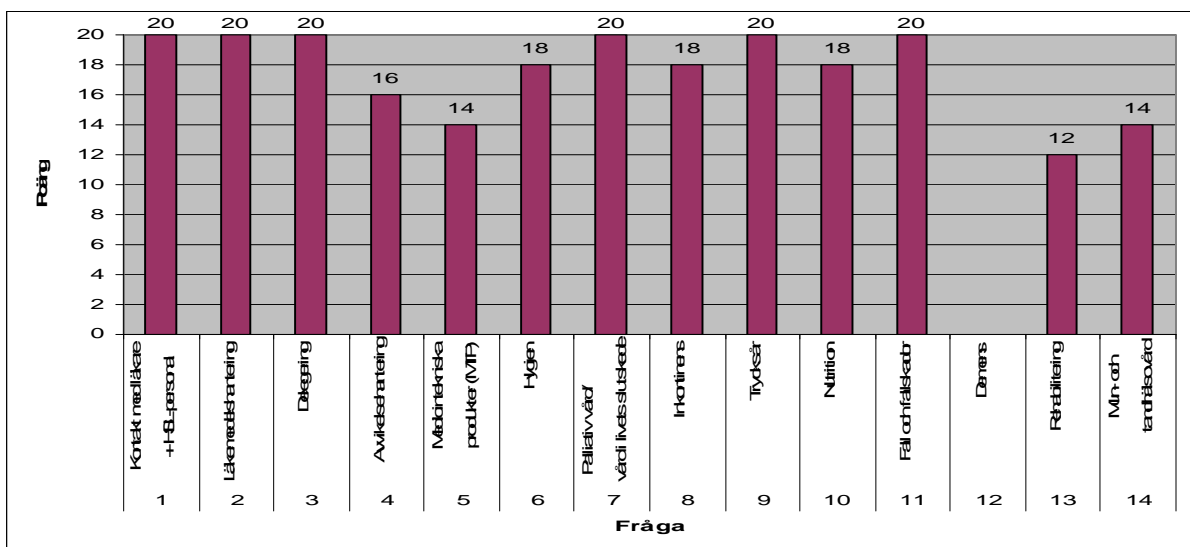
Vallby Hage 2008 Summa: 251 av 280 90 % | 2007 87 %



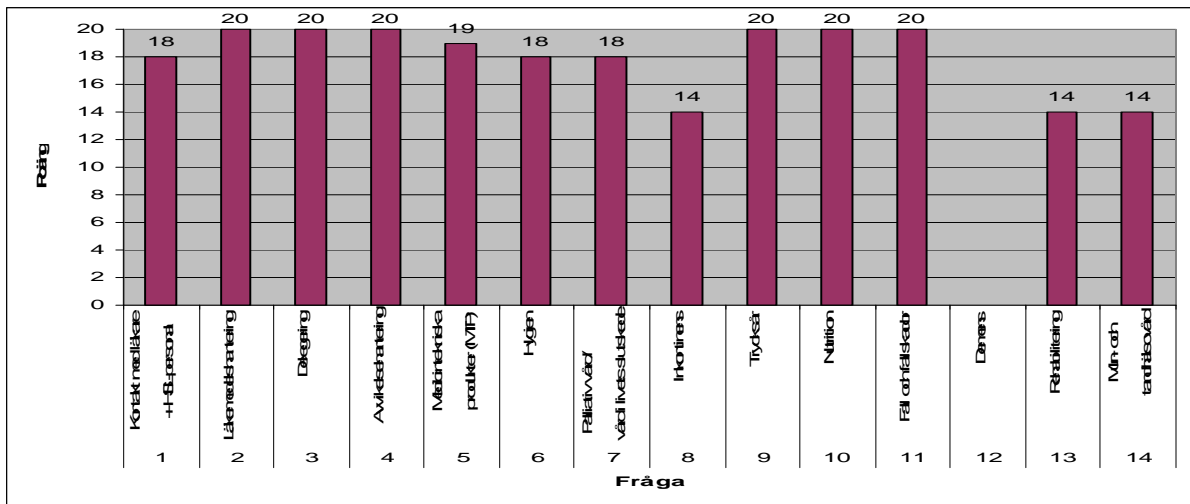
Rosenlundsgården 2008	Summa: 230 av 280	83 %	2007	72 %
-----------------------	-------------------	------	------	------



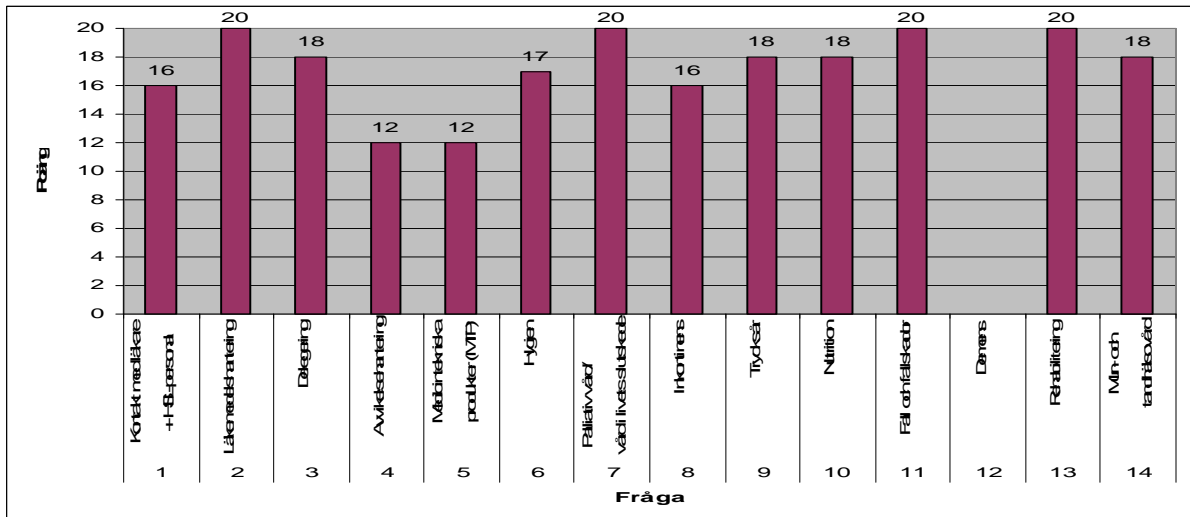
Ängsgården 2008	Summa: 244 av 260	94 %	2007	80 %
-----------------	-------------------	------	------	------



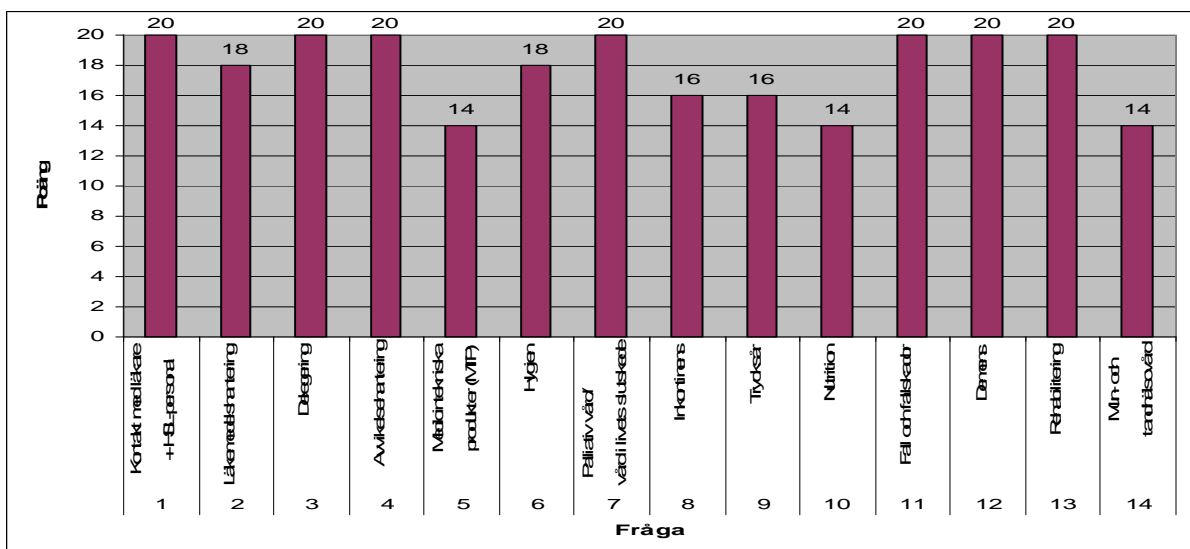
Översten 2008	Summa: 230 av 260	89 %	2007	72 %
---------------	-------------------	------	------	------



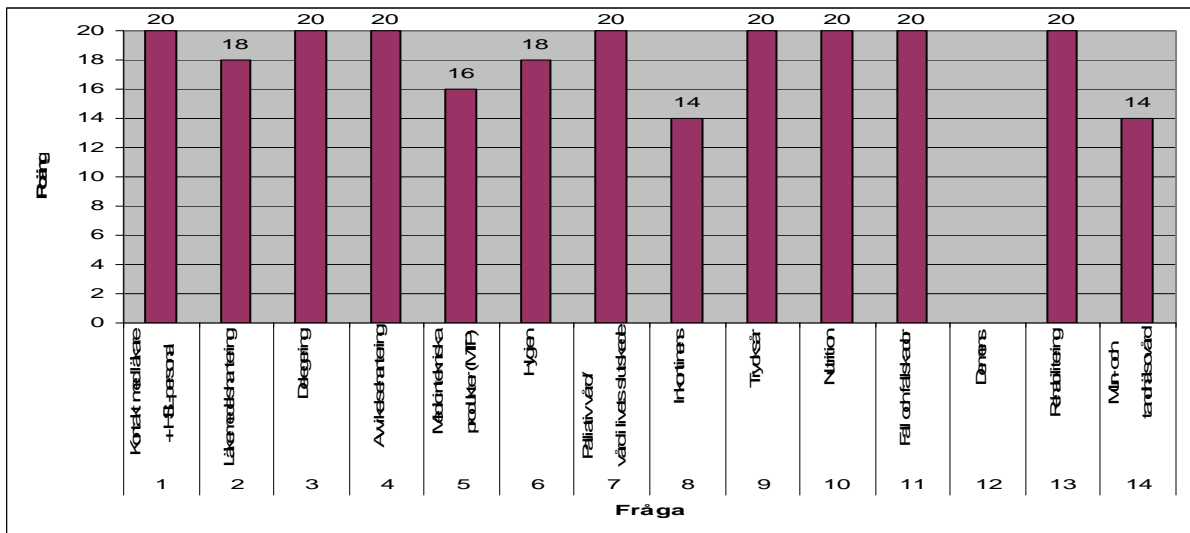
Blidö sundsgården	2008	Summa: 235 av 260	91 %	2007	66 %
-------------------	------	-------------------	------	------	------



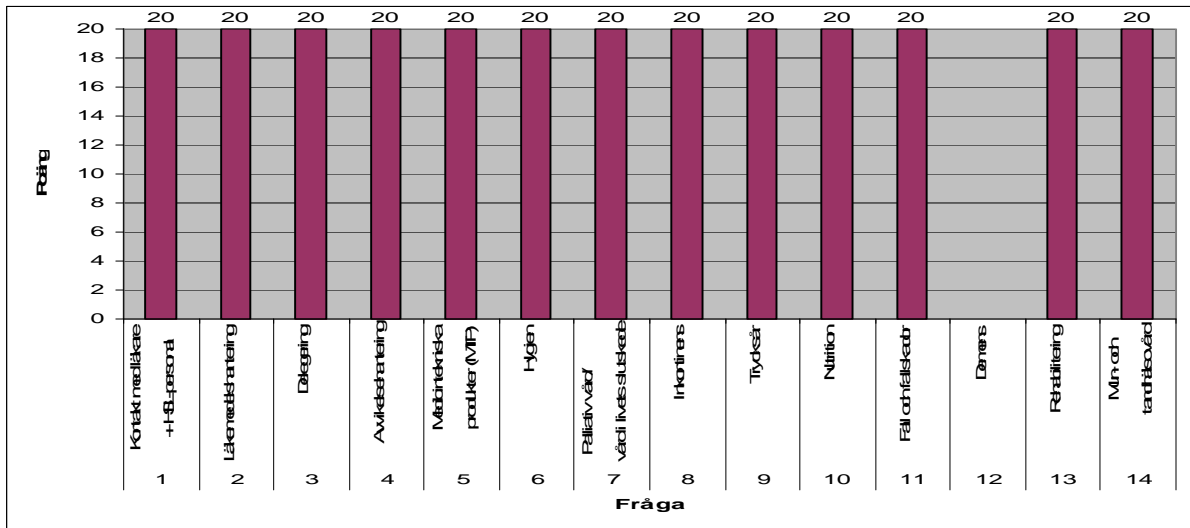
Grind	2008	Summa: 225 av 260	87 %	2007	75 %
-------	------	-------------------	------	------	------



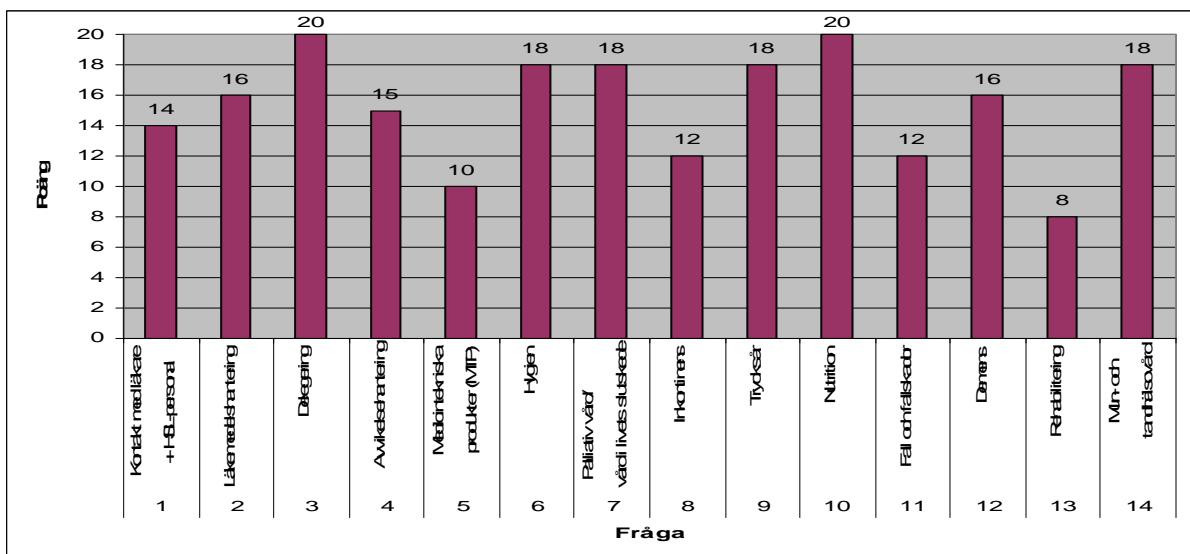
Eneberg	2008	Summa: 250 av 280	90 %	2007	78 %
---------	------	-------------------	------	------	------



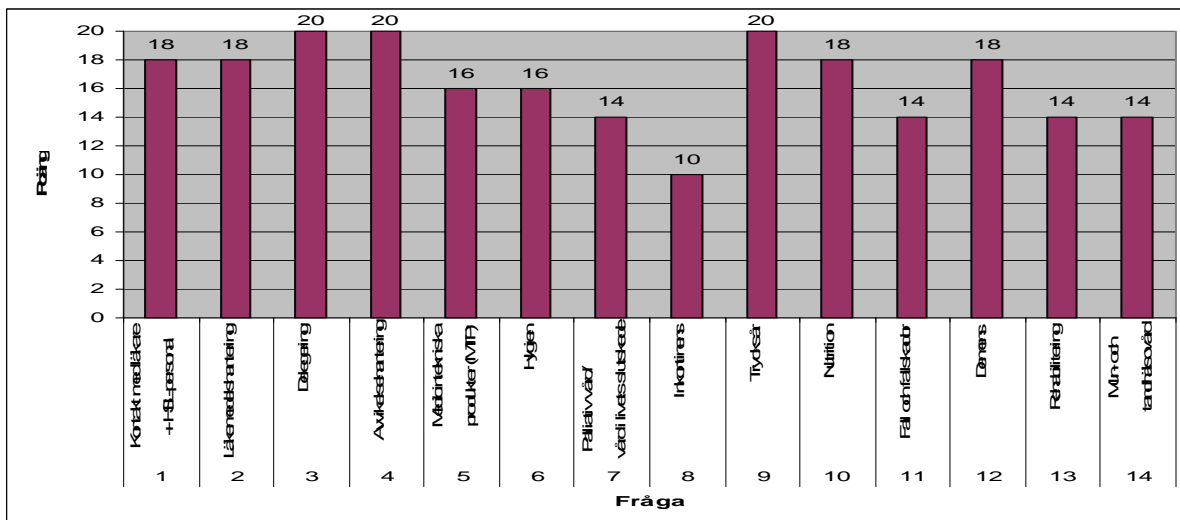
Mjölaren 2008 Summa: 240 av 260 92 % | 2007 93 %



Mossebacke 2008 Summa: 260 av 260 100 % | 2007 94 %



Nysättra 2008 Summa: 217 av 280 78 % | 2007 94 %



Vårdbo	2008	Summa: 230 av 280	82 %	2007	80 %
--------	------	-------------------	------	------	------

Granskade enheter 2008

ENHET	ENHETSCHEF	VERKSAMHETSCHEF	
Eneberg Demensverk.	Mona Larsson	Irene Lindström	
Utsikten ROS	Katharina Jones	Irene Lindström	
Birgittagården Tomtabacken	Lamone Mattson	Irene Lindström	
VallbyHage	Ulrika Karlsson	Irene Lindström	
Bergshyddan Rimbo	Ulrika Karlsson	Irene Lindström	
Grind	Gun Ackell	Irene Lindström	
Eneberg	Anna Johansson	Irene Lindström	
Mjölnaren kb	Clarita Schedin	Johanna Luoto Sundström	
Blidösundsgården	Heléne Lundwall	Johanna Luoto Sundström	
Rosenlundsgården Översten	Gun Ackell	Irene Lindström	
Översten	Susanne Lundin	Johanna Luoto Sundström	
Kristinagården	Kerstin Borell	Ingrid Björling Boman	
August Jansgården	Raisa Liden	Ingrid Björling Boman	
Elmstagården	Mia Falk	Ingrid Björling Boman	
Ängsgården	Lotta Örnevik	Irene Lindström	
ROS 1	Eva Norman	Irene Lindström	
Ros 2	Kristina Söderman	Irene Lindström	
Vårdbo	Camilla Nystrand	Camilla Nystrand	
Mossebacke	Vuokko Dahlqvist	Vuokko Dahlqvist	
Nysättra	Maria Berggren	Camilla Nystrand	
Sjuksköterskor Norrtälje, Rimbo	Barbro Rönnerberg	Lena Karlsson	Tiohundra AB Norrtälje + Rimbo granskningar
Sjukgymnaster, Arbetsterapeuter i Tiohundra	Inga- Lill Wahllund	Lena Karlsson	Ingår i Tiohundra AB samtliga granskningar
Distriktssköterska Blidösundsgården		Karin Ekenbäck	