

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården på Koppargården, den 26 september – december 2012.

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 MAS från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett instrument för uppföljning av dokumentation i omvårdnadsjournaler.

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- 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.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2012.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd (fråga)
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	18	20	
3	Delegering	19	20	
4	Avvikelsehantering	20	20	

¹ SOSFS 2011:9 (M och S) och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	
6	Hygien	18	20	
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Vård i livets slutskede	15	20	
8	Inkontinens	10	20	
9	Trycksår	16	20	
10	Nutrition	18	20	
11	Fall och fallskador	12	20	
12	Demens	12	20	
13	Rehabilitering	18	20	
14	Mun- och tandhälsovård	16	20	
	Summa:	232	280	Uppfyllelse i 83%
Dokumentation				

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.

Uppföljning

Rutiner för när och hur läkare och legitimerade yrkesgrupper ska kontaktas finns tillgängligt och är kända av all personal. En skriftlig överenskommelse mellan verksamheten och utföraren av läkarinsatser. En lokal överenskommelse och rutiner för hur samarbetet mellan läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska ske är uppdaterad under våren 2012. Överenskommelsen och rutinerna finns lättillgänglig för legitimerad personal. Enligt uppgift blir sjuksköterska alltid kontaktad av personalen vid förändringar i patientens hälsotillstånd.

Förbättringsåtgärd

-

2. Läkemedelshantering

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

Uppföljning

Den lokala instruktionen och lokala rutiner är lättillgänglig och kända av berörd personal. Apoteket genomför årligen en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Apoteket AB genomförde denna granskning den 16 och 22 maj 2012. Efter denna granskning har de lokala rutinerna reviderats. Läkemedel förvaras inlåsta endast åtkomliga för sjuksköterskor. På plan 6 och 2 är sjuksköterskeförrådet innehållande sprutor och kanyler olåst och plan 7 saknar nyckel. Ansvarig chef informeras omgående om åtgärd. Vid granskning av förråden framkom att verksamheten hade alldeles för stor mängd av läkemedel, intravenösa vätskor (dropp), sprutor, laboratorierör och provtagningsmaterial. Trots detta kom en stor leverans med

material i samband med uppföljningen. Varpå MAS genomförde en inventering. Verksamheten fick i uppdrag att utse ansvariga för förrådsbeställning. Verksamheten har särskilt utsedd sjuksköterska med ansvar för rekvisition av läkemedel. Under hösten kommer förrådsbeställning av läkemedel styras upp ytterligare i samband med omläggning av läkemedelsleveranser. När det gäller kontroll av narkotika sågs några få brister. På plan 6 sågs brist i kontroll av individuellt ordinerad narkotika, plan 7 hade ännu inte hunnit med att utföra kontrollen under september men för övrigt har det fungerat väl på plan 7, plan 5 efterforskar inte orsak vid brist på narkotika vid kontrollräkning. På övriga enheter fungerade det tillfredsställande.

På plan 3 upptäcktes att läkemedelsskåp i två lägenheter placerats i badrummet. Ansvarig chef informerades omgående att läkemedel ej får förvaras i våtutrymme.

Sjuksköterska dokumenterar i journalen att sjuksköterska tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen om patienten inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Alla läkemedelsordinationer finns sammanställda på en ordinationshandling signerad av läkare. Vårdpersonalen administrerar läkemedel från doseringshjälpmedel och signerar intagen dos på signeringslistan efter överlämnandet. Enligt uppgift får patienterna sina läkemedel inom rimlig tid i förhållande till läkarordinationen.

Förbättringsåtgärd

- Uppdatering av rutinpärmar
- Sjuksköterskeförrådet innehållande sprutor och kanyler ska vara låst
- Utse ansvariga för förrådsbeställning.
- Läkemedelsskåp i två lägenheters badrum måste flyttas
- Narkotika kontroll

3. Delegering

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

Uppföljning

Sjuksköterskorna har möjlighet att delegera vissa delar av läkemedelshanteringen. Delegering får inte användas för att minska på antalet sjuksköterskor eller personalbrist. MAS bedömning är att sjuksköterskor tvingas delegera vissa delar av läkemedelshanteringen på grund av att sjuksköterskorna har så stora arbetsområden att de själva inte skulle ha en möjlighet att själva utföra arbetsuppgiften. Detta blir speciellt tydligt under kvällstid då en sjuksköterska ansvarar för två avdelningar. Det har dels framkommit från sjuksköterskor att de måste delegera för att de själva inte hinner utföra arbetsuppgiften, dels att en sjuksköterska kan ge delegation till en vårdpersonal att administrera läkemedel på alla våningsplan på Koppargården. Detta är helt emot gällande lagstiftning. Varje sjuksköterska är ansvarig för läkemedelshanteringen, men kan delegera inom sin enhet eller gällande vissa patienter. Därefter är det tjänstgörande sjuksköterska själv som ska leda och fördela arbetsuppgifterna vid varje arbetspass.

Förbättringsåtgärd

- Riskanalys och översyn av ansvarområde
- Styra upp rutinerna för delegering

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 eller när en negativ händelse inträffat ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Uppföljning

MAS rutiner för avvikelshantering finns tillgängligt och är kända av all personal. Enligt uppgift finns det lokala skriftliga rutiner för risk och händelseanalys. Verksamheten har kunskap om ansvarsfördelningen när det gäller hela processen. För övrigt vidtas omedelbara åtgärder och personalen får återkoppling av ansvarig chef. I avvikelsemodulen dokumenterar den legitimerade personalen händelsen och akuta åtgärder. Det brister dock i dokumentation av hela processen för att analysera orsaken till händelsen och långsiktiga åtgärder för att förebygga upprepning av händelser. Detta ansvar ligger ytterst på verksamhetschef som kan delegera arbetsuppgiften till enhetschef.

Förbättringsåtgärd

- Kvalitetsråd - händelse och riskanalys
- Dokumentera hela processen

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.

Uppföljning

Rutiner för hantering av medicintekniska produkter (MTP) finns som innehåller ansvarsfördelning, hantering och utbildning. Verksamheten har registrerad förteckning över MTP. Besiktning och service genomförs årligen utifrån upprättat avtal. Verksamheten utför regelbundet egenkontroll av MTP. Upphandling eller inköp av MTP sker enligt fastställda krav och villkor för MTP. Uppföljning av personalens kunskaper i att använda produkter sker vid behov. Uppföljning av ordinerade produkter och hur de används sker vid behov.

Förbättringsåtgärd

-

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.

Uppföljning

All personal informeras om basala hygienrutiner och skyldighet att följa dem. I juni månad 2012 genomfördes en utbildning i smitta och smittspridning samt basala hygienrutiner för personalen. Personalen har även genomgått Webbaserad hygienutbildning.

Observation av basala hygienrutiner och klädregler samt självskattning genomförs på enheterna.

Vid besöket framkommer att gemensamma förrådsutrymmen bör ses över och struktureras. Det förekommer fortfarande att personal byter om och förvarar personliga kläder, smutsiga och rena arbetskläder i mindre skrubbar.

När det gäller skyddsutrustning ses en förbättring. Det förekommer dock att tork och hållare saknas i några utrymmen på flera plan och att vissa utrymmen saknar hållare för handsprit och eller tvål. Det förekommer även brist på handskar stl M och L i vissa utrymmen på ett par plan.

För att förhindra smitta och smittspridning ska det utses en köksansvarig som hanterar mat och som inte deltar i omvårdnadsarbetet. Vid uppföljningen saknades köksansvarig. Under senhösten har detta åtgärdats. När det gäller rapportering av provtagningar avseende ESKL och MRSA har detta skärpts upp under senhösten- januari 2013.

Följsamhet till Vårdhygiens olika vårdprogram måste beaktas.

Förbättringsåtgärd

- Översyn gemensamma förrådsutrymmen
- Uppsättning av hållare för tork resp. tvål, handsprit där det saknas
- Utse ansvariga för att fylla på skyddsutrustning
- Den 5 mars är vårdhygien och smittskyddsläkare inbjudna för uppföljning av att åtgärder vidtagits.

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. En vårdplan ska upprättas och det ska av dokumentationen framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Uppföljning

Rutiner finns för vård i livets slut. Enligt verksamheten följer de rutinerna. Vid journalgranskning framkommer att extravak, smärtstillande och ångestdämpande etc. sätts in dock bör verksamheten fortsätta utvecklingen av vårdplanering och vårdplaner.

Verksamheten har inte börjat registrera i palliativa registret.

Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering och upprätta vårdplan
- Använda smärtskattningsinstrument, VAS skala och Abby pain scale
- Registrering i palliativa registret

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.

Uppföljning

Vid uppföljning framkommer att sjuksköterskorna inte följer rutinerna avseende utredning av inkontinens och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Alla sjuksköterskor har inte genomgått utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel. De provar dock ut dessa. Vårdplan för personer med inkontinens finns inte alltid, liksom dokumentation om (KAD) kvarliggande kateter.

Förbättringsåtgärd

- Utbildning som ger behörighet att förskriva inkontinenshjälpmedel
- utredning av inkontinens
- Vårdplan för personer med inkontinens och uppgifter om KAD i status

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen. 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 ska förebyggande åtgärder och uppföljning vidtas.

Uppföljning

Rutiner finns för att förebygga trycksår och sjuksköterskorna uppdateras regelbundet inom området sårvård. Alla sängar är utrustade med en förebyggande madrass i preventivt syfte. Riskbedömningar med hjälp av modifierad Nortonskala genomförs i samband med inflyttning. Vid granskning av journalerna framkommer att vårdplanerna inte är fullständiga. Oftast framkommer problem och mål men inga åtgärder och uppföljning i planen. Vid läsning inne i journalerna kan man dock finna att åtgärder vidtas.

Förbättringsåtgärd

- Upprätta vårdplan i samband med vårdplanering
- Vid trycksår ska lokalisation, sårgrad, storlek och utseende framgå

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) om det föreligger 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.

Uppföljning

Rutiner finns för att förebygga malnutrition. Nattfastan understiger 11 timmar. Vid inflyttning genomförs kostregistrering i tre dagar och riskbedömning enligt MNA initial. Vid lågt poäng görs en MNA slutlig bedömning. Vid granskning av journaler framkommer oftast endast problembeskrivning och mål, men inga åtgärder och uppföljning. Vid läsning inne i journalerna kan man dock finna att åtgärder vidtas.

Förbättringsåtgärd

- Upprätta vårdplan i samband med vårdplanering

11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten ska 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 alltid ta kontakt med läkare. Fall ska analyseras. Bedömning och fallförebyggande åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Uppföljning

Uppföljningen visar att riskbedömningar utförs mycket tillfredsställande och att vårdplaner utförs till viss del. Vårdplanerna behöver dock utvecklas och inriktas på mer förebyggande insatser med fokus på risker samt ske i samband med vårdplanering. Sjuksköterska ska alltid kontakta läkare vid fallolyckor om patienten har nedsatt kognitiv förmåga.

Förbättringsåtgärd

- Riskbedömningar i samband med vårdplanering tillsammans i team.
- Utveckla vårdplanerna
- Läkare ska alltid kontaktas vid fall om patienten har nedsatt kognitiv förmåga

12. Demens

På Koppargården finns flera avdelningar avsedda för personer med demens diagnos, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demens ska ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det ska finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska även finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får fördröja för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Bedömning av skyddsåtgärd ska göras i samband med vårdplanering. Vårdplan ska upprättas och dokumenteras i omvårdnadsjournalen med uppgift om bedömning av problem, mål, åtgärder, uppföljning och resultat.

Uppföljning

Av uppföljningen framkommer att enheterna följer de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens sjukdom. Det finns alltid personal på varje våningsplan nattetid. Alla sjuksköterskor har inte specialutbildning inom något av områdena demens, geriatrik eller öppen hälso- och sjukvård. Kompetensutveckling till all berörd personal sker minst en gång om året och personalen ges handledning. Vid granskning av journaler framkommer att vissa innehåller samtycke till skyddsåtgärd. Verksamheten följer dock inte rutinen om användning av skyddsåtgärder, att det ska föregås av gemensam vårdplanering, upprättande av vårdplan

innehållande bedömning av problem, orsak, om andra åtgärder prövats etc. samt hur samtycke inhämtats.

Förbättringsåtgärd

- Utveckla den gemensamma vårdplaneringen och vårdplaner
- Dokumentation om att och hur samtycke inhämtats

13. Rehabilitering

Sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska dokumenterar i gemensam journal som ska upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar ska förutom sjuksköterska, sjukgymnast och/eller arbetsterapeut samt kontaktperson 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. ADL-bedömning ska utföras och status upprättas i samband med inflyttning.

Uppföljning

Uppföljningen visar att sjukgymnast och arbetsterapeut gör ADL bedömningar och status samt förflyttningsstatus i samband med inflyttning. Arbetsterapeutisk träning och sjukgymnastisk behandling kan endast erbjudas i grupp. Status uppdateras minst en gång per år.

Förbättringsåtgärd

- Vidareutveckla arbetet med individuell behandling av sjukgymnast
- Vidareutveckla arbetet med individuell träning av arbetsterapeut

14 Mun- och tandhälsovård

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.

Uppföljning

Uppföljningen visar att verksamheten känner till samverkansöverenskommelsen om uppsökande verksamhet avseende munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Vid inflyttning erbjuds vårdtagarna munhälsobedömning av tandhygienist. Vid granskning av journaler framkommer det inte alltid av dokumentationen om patienten tillfrågats. I samband med inflyttning bedömer även sjuksköterskor patientens munstatus. Bedömningsinstrumentet används dock inte alltid.

Förbättringsåtgärd

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

15. Dokumentation

All legitimerad personal som utför hälso- och sjukvård har en skyldighet att dokumentera enligt patientdatalagen. Journalen ska innehålla allmänna uppgifter, anamnes, aktuellt status och åtgärder samt en eller flera vårdplaner. Dokumentationen ska visa på de insatser som görs och vara lätt att följa.

Uppföljning

Vid granskning av journaler framkommer att dokumentationen som helhet är relativt god, men att det finns vissa utvecklingsbehov och behov av att utveckla vårdplaner.

Riskbedömningar görs i stor omfattning. Problem och mål upprättas medan åtgärder och uppföljning oftast saknas. Åtgärder dokumenteras dock ofta inne i journalen, men är då inte lättillgänglig för annan legitimerad personal.

Förbättringsåtgärd

- Upprätta vårdplaner
- Endast vedertagna förkortningar får användas
- Fullständiga namn på ansvariga ska dokumenteras
- Riskbedömningar ska göras inom två veckor i samband med vårdplanering

Lokal rutinpärm

Den lokala rutinpärmen ska vara så tydlig att tillfälliga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter och även ordinarie legitimerad personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som ska utarbetas. Rutiner ska upprättas så att det syns vilken verksamhet som äger den. En tydligare struktur. All personal ska känna till MAS/MAR- riktlinjer/ rutiner.

Uppföljning

Lokala rutiner finns. Vissa behöver dock utvecklas i form av processinriktade arbetsrutiner (vem gör vad, hur och när samt checklistor). Rutiner utarbetade av MAS fanns tillgängliga för extra personal. Alla pärmar var dock inte fullt uppdaterade.

Förbättringsåtgärd

- Uppdatering av rutinpärmar
- Fortsatt utveckling av lokala rutiner

Sammanfattning

Hässelby- Vällingby stadsdelsförvaltning övertog Koppargårdens vård och omsorgsboende den 1 februari 2012 från Carema Care som drivit verksamheten på entreprenad sedan den 15 september 2008.

Efter att kommunen övertog ansvaret har en minskning av antalet platser och omflyttningar av personal genomförts. Detta skapade en oro och turbulens hos personalen, vilket inte gynnade patientsäkerhetsarbetet.

Under 2012 har MAS/MAR haft regelbundna möten med personal och chefer för genomgång av rutiner, återkoppling av beslut anmälda enligt Lex Maria samt tillsammans med ansvarig handledare för dokumentationssystemet (VODOK) genomfört utbildningsinsatser avseende dokumentation, vårdplanering och vårdplaner.

Under hösten 2012 genomfördes en uppföljning av verksamheten som visade på vissa kvarstående brister och behov av utveckling främst avseende dokumentation, vårdplanering och fullständiga vårdplaner, delar av avvikelshanteringsprocessen, men också efterlevnad av rutiner och vårdprogram. Uppföljningen visade också att verksamheterna kommit olika långt och att utvecklingsbehoven skiljde sig åt på de olika avdelningarna. Resultatet och förbättringsförslag redovisas under varje rubrikområde.

Under våren 2013 har MAS tillsammans med cheferna påbörjat ett intensivt arbete och inventerat individuella behov hos den legitimerade personalen med syfte att utveckla dokumentationen.

Registrering i nationella kvalitetsregister, Senior alert och palliativa registret har påbörjats för att utveckla den palliativa vården samt fokusera på vårdplanering och att rätt åtgärder sätts in som är kopplade till orsaker till framkomna risker för undernäring, fall och trycksår.

Inom området hygien har verksamheten vidtagit flera åtgärder som t ex.

- en personal som enbart har ansvar för köket under dag- respektive kvällstid på plan 2
- utökat antal personal på plan 2
- Fortsatta utbildningsinsatser i basala hygienrutiner för all personal (vid 5 olika tillfällen +webb-baserad vårdhygienutbildning)
- Två undersköterskor har utbildats inom området städning
- Sjuksköterska utför hygienobservationer varannan vecka på plan 2. Övriga plan en gång /månad.
- Installation av två tvättmaskiner och torktumlare avsedda för enbart personalkläder.

Personalen och ledning på Koppargården är engagerade och gör ett gott arbete utifrån rådande omständigheter och förutsättningar. Det långsiktiga arbetet med fokus på dokumentation och hygien har gett ett gott resultat och verksamheten har utvecklats.

För att denna positiva utveckling ska fortgå påpekar Medicinskt ansvarig sjuksköterska slutligen vikten av att hålla kontinuitet och en bemanning så att rutinerna fortsättningsvis kan följas. En för låg bemanning påverkar såväl patientsäkerheten som personalen arbetsmiljö.
