

**Handläggare**

Annica Myhr Högström  
Tfn: 08-508 10 086  
Linnéa Svanström Leistedt  
Tfn: 076-129 20 04

## **Sammanfattning av hälso- och sjukvård, uppföljning 2016, Kampementets vård- och omsorgsboende**

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) från tio olika kommuner.

### **Metod**

Kvalitetsinstrumentet QUSTA är uppbyggt med kvalitetsfrågor inom utvalda delar i den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer. QUSTA fastställer en gräns för en godkänd kvalitetsnivå.

Innan uppföljning skickas kvalitetsinstrumentet till boendets hälso- och sjukvårdspersonal och verksamhetschef för att svara på frågorna. Verksamheten besvarar frågeformuläret som sedan returneras till uppföljare innan mötet. Vid mötet förs en dialog om områden som besvarats. Varje granskat område poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. För uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation inhämtas verksamhetens egenkontroll av journaler samt analys av journalgranskning.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att stimulera verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Utifrån förbättringsförslag kan en åtgärdsplan begäras in från verksamheten.

### **Sammanfattning**

Förvaltningens bedömning är att Kampementets vård- och omsorgsboende har förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten. Tillgång till sjuksköterska på plats dygnet runt ger goda förutsättningar för att säkra det ökande behovet av mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i vård- och omsorgsboende.

Enligt verksamhetsuppföljningen finns ett fortsatt behov av utveckling inom områden hygien, vård i livets slutskede och evidensbaserad smärtskattning.

Dokumentation av hälso- och sjukvård är ett fortsatt utvecklingsområde under införandet av ett nytt journalsystem (ICF). Verksamheten har ombetts att identifiera behov av kompetensutveckling på både individ- och gruppnivå, samt därefter ta kontakt med processledare på förvaltningen som finns under projektiden för att få stöd.

Ingen handlingsplan efterfrågas. Qusta-resultatet följs upp vid verksamhetsuppföljning.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20
3	Delegering	20	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20
6	Hygien	19	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>		
7	Vård i livets slutskede	19	20
8	Inkontinens	20	20
9	Trycksår	20	20
10	Nutrition	20	20
11	Fall och fallskador	20	20
12	Demens	20	20
13	Rehabilitering	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	20	20
	Summa:	278	280

### Ledningssystem – rutiner för hälso- och sjukvård

Ledningssystemet ska vara så tydligt och tillgängligt att all berörd personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som finns i verksamheten.

### Bedömning/förbättringsåtgärd

Verksamheten har ett strukturerat ledningssystem som är tydligt och lätt tillgängligt för all personal. Ledningssystemet har det senaste halvåret reviderats och omfattar rutiner för hälso- och sjukvårdens processer. Vid uppföljningen har rekommendationer om vissa förtydliganden givits i nedanstående områden.

#### 1. Läkarkontakt.

Det ska i verksamheten finnas rutiner för hur personalen ska kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Av rutinerna ska framgå telefonnummer till aktuella läkare. Kopia på aktuell samarbetsöverenskommelse med läkarorganisation ska finnas tillgängligt.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har nyligen bytt läkarorganisation till Legevisitten. Samarbetsöverenskommelse är undertecknad av verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i vård- och omsorgsboenden i Östermalms stadsdelsförvaltning.

**2. Läkemedelshantering**

Lokal rutin för läkemedelshantering ska finnas i verksamheten. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

Ansvarsfördelningen är tydliggjord i verksamheten. Rutinen omfattar alla väsentliga delar i läkemedelshantering.

**3. Delegering**

Legitimerad personal kan delegera vissa arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Vid delegering av läkemedelsutlämnande ska utbildning som ges i samband med delegeringen följas av en skriftlig kunskapstest. Vid annan delegering ska den reella kompetensen säkras genom instruktioner och praktik. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och förnyas årligen.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

Ett utvecklingsområde för att ytterligare säkra bevakning över aktuella delegeringar är att alla delegeringar utförs i journalsystemets delegeringsmodul. Rutinen kan kompletteras med ett tydliggörande av processen.

**4. Avvikelse**

Ledningssystemet ska innehålla lokala rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för eller när en negativ händelse skett ska detta alltid rapporteras samt analyseras och eventuella åtgärder vidtas. Händelsen och åtgärder återkopplas till personalen.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering med analys av händelser både på individnivå i teamet och verksamhetsnivå vid månatliga kvalitetsmöten. Systemet för avvikelshantering är digitalt (ADD). All personal har behörighet för att kunna rapportera direkt i systemet och ansvarig får en direkt information via mobilen. Därutöver rapporteras hälso- och sjukvårdsavvikelser i stadens system för dokumentation VODOK, enligt avtal.

## 5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter är hjälpmedel och utrustning för undersökning, vård och behandling. Dessa ska hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna används av eller förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Omvårdnadspersonal ska ha tillräcklig kunskap om hur hjälpmedel hanteras. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren. Kontroll ska genomföras regelbundet. En inventarieförteckning ska finnas där det framgår hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har genomfört årlig service och kontroll av mobila personlyftar från Liko detta år, taklyftar gjordes senast i juni 2016 och planeras till sommaren. Service och kontroll av vårdsängar görs vartannat år och är planerat till april i år. Årlig service och kontroll av medicintekniska produkter som används vid undersökning och behandling såsom blodtrycksmanschetter, våg utförs årligen. Utrustning för blodsockermätning byts ut.

## 6. Hygien

I särskilda boenden ska all personal arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamheten ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner utförs regelbundet. Säkerställ att skyddsutrustning finns i alla utrymmen där personalen ska arbeta utifrån basala hygienrutiner. Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner är ett enkelt sätt att uppdatera kunskap hos personalen och rekommenderas att den genomförs årligen.

## 7. Vård i livets slutskede

Det ska finnas lokala rutiner för vård i livets slutskede enligt nationella kunskapsstöd för god vård i livets slutskede. Verksamheten ska registrera i Svenska palliativregistret som ett led i att följa upp och utveckla vården.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Arbetsätt vid vård i livets slut kan utvecklas genom att delta i Palliativt kunskapscentrums utbildningsprogram och utbilda palliativa ombud. Revidera rutiner så att de inkluderar individens önskemål om vårdens inriktning i livets slut samt att anhöriga erbjuds efterlevandesamtal.

## 8. Inkontinens

I särskilt boende ska det finnas sjuksköterska med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Utredning ska göras innan förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

I verksamheten finns sjuksköterskor med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel och patienterna utreds om de visar symptom på inkontinens. Riskbedömning och basal utredning enligt Nikola genomförs och dokumenteras i VODOK.

## 9. Trycksår

Verksamheten ska ha rutiner för att förhindra att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Riskbedömning enligt modifierad Norton genomförs och dokumenteras i VODOK.

Verksamheten har ett pågående projekt kring smärtskattning med evidensbaserat instrument Abbey pain scale. Projektet kan säkerställa att smärtskattning sker vid all typ av smärta.

## 10. Nutrition

Verksamheten ska ha rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Riskbedömning enligt MNA genomförs och dokumenteras i VODOK. Verksamheten har tillgång till dietist vid behov av konsultation.

Verksamheten har rutiner som inkluderar t.ex. kartläggning av natt- och dygnsfasta och svårigheter kring matsituationen. Nutritionsproblematik med bedömningar och åtgärder diskuteras tvärprofessionellt på teammöten. Verksamheten har tillgång till dietist.

## 11. Fall och fallskador

Verksamheten ska ha rutiner för fallförebyggande arbete. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder på individnivå. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas. Om boende med demensdiagnos faller ska sjuksköterskan utifrån sin bedömning ta ställning till om läkare direkt behöver kontaktas eller senare informeras om fallet. Fallen ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Riskbedömning enligt Downton genomförs och dokumenteras i VODOK. Verksamheten har utvecklat sitt arbetssätt med att samla till ”Fallkonferens” efter att boende fallit en andra gång inom kort tid.

Utredning och analys sker i teamet. Verksamheten har konstaterat att andelen fallolyckor har minskat.

## 12. Demens

Det ska finnas lokala rutiner för vård av personer med demens enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rutinen ska omfatta hur bedömning om eventuella skyddsåtgärder ska genomföras.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har en utbildad Silviasyster/demensutvecklare som handleder och kompetensutvecklar personalen.

## 13. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning samt vid uppmärksammade behov och följas upp minst årligen. Vid behov av insatser från fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut ska detta erbjudas. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både generellt och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Ett utvecklingsområde är användningen av skattningsskalor vid smärta. Det sker idag inte strukturerat i samband med aktiviteter som förflyttning och personlig vård.

## 14 Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende erbjuds munhälsobedömning årligen av uppsökande verksamhet som upphandlats i kommunen.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Sjuksköterskorna har utbildning i basal munhälsobedömning enligt ROAG. De flesta som bor i verksamheten har tackat ja till årlig avgiftsfri munhälsobedömning som utförs av Flexident enligt avtal med SLL. Verksamheten uppger att samverkan med Flexident fungerat bra.

## **Dokumentation**

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska har under april 2016 utfört en granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Dokumentationen godkändes.

Stockholms stads införandeprojekt av ny journaltyp enligt ICF pågår under 2016. Dokumentation är ett fortsatt utvecklingsområde inom hela staden. Inom förvaltningen leds införandet av processledare.

Verksamheten har ombetts att identifiera behov av kompetensutveckling på både individ- och gruppnivå, samt därefter ta kontakt med processledare för stöd.