

Handläggare

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

Sammanfattning av hälso- och sjukvård, uppföljning 2016, Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor 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 den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter 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 Kattrumpstullens 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 områdena hygien, vård i livets slutskede, inkontinens, nutrition, fall och fallskador, rehabilitering och dokumentation.

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.

Qusta-resultatet följs upp vid nästa 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	18	20
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.		
7	Vård i livets slutskede	19	20
8	Inkontinens	19	20
9	Trycksår	20	20
10	Nutrition	18	20
11	Fall och fallskador	19	20
12	Demens	20	20
13	Rehabilitering	19	20
14	Mun- och tandhäsovård	20	20
	Summa:	272	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 beskriver processer med hänvisning till rutiner. Ledningssystemet är tillgängligt för all personal. Nedan har rekommendationer om vissa utvecklingsområden givits inom hälso- och sjukvårdens områden. Verksamheten beskriver ett pågående arbete med att utveckla samverkan i sjuksköterskegruppen. Arbetet innefattar bl.a. att tydliggöra ansvar och samordna arbetssätt för hela verksamheten.

För att möjliggöra detta utvecklingsarbete träffas sjuksköterskorna en gång i veckan.

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 avtal med läkarorganisation och samverkansmöten genomförs. Verksamheten har rutiner för samverkan när boende valt annan husläkare än avtalad läkarorganisation.

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. Extern granskning av läkemedelshantering 2014, ny planeras till hösten 2016.

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.

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 system för digital avvikelshantering (TQM) som är tillgängligt för ordinarie personal och flertal timvikarier. Därutöver rapporteras hälso- och sjukvårdsavvikelser i stadens system för dokumentation VODOK, enligt avtal. Aktuella avvikelser tas upp vid team-möten på respektive enhet veckovis. Där följs även följsamhet till beslutade åtgärder upp.

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 lokala rutiner för hantering av MTP. Verksamheten utbildar och säkrar personalens kompetens att använda utrustning och hjälpmedel enligt framtagen planering i årshjul. Service och kontroll av vårdsängar har genomförts under april 2016, personlyftar besiktades senast i juni 2015. Service och kontroll av medicintekniska produkter som används vid undersökning och behandling utförs årligen.

6. Hygien

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner genomförs genom självskattning enligt planering i årshjul. Verksamheten behöver se över rutiner för rengöring och desinfektion av orent gods samt flergångsinstrument. Handdesinfektionsmedel bör finnas vid ingången till avdelningen för besökande.

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

Verksamheten kommer under hösten att utbilda palliativa ombud i samarbete med Palliativt kunskapscentrum. Verksamheten behöver säkerställa att bedömningar utförs på ett evidensbaserat sätt, t.ex. av smärta, och dokumenteras i journal.

8. Inkontinens

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Verksamheten har upprättat rutin för inkontinensutredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Rutin och arbets sätt är under implementering.

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.

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. Arbetsterapeut och sjukgymnast gör egna bedömningar avseende bland annat sittställningar och behov av hjälpmedel men involveras inte självklart i temarbetet vid nutritionsproblem. Rutin för mätning av nattfasta är under utveckling. Samarbete med dietist bör etableras.

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 Fall Risk index genomförs och dokumenteras i Vodok. Enligt verksamheten är analys av orsakssammanhang vid fallhändelser ett utvecklingsområde.

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 Silviasjuksköterska och personal får extern handledning. BPSD används och bedöms vara en bra metod. All personal på demensavdelningarna har genomgått utbildning i ABC, ABC+ pågår och delar av personalen har även gjort Nollvision.

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

För att säkerställa en personcentrerad vård är det fördelaktigt att alla kompetenser är delaktig vid planering utifrån ett helhetsperspektiv inom olika riskområden samt vid till exempel smärtproblematik.

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. Verksamheten bedömer att samarbetet med Flexident fungerar bra.

Dokumentation

Bedömning/förbättringsåtgärd

Journalgranskning har genomförts av verksamhetens MAS och en handlingsplan har upprättats för identifierade utvecklingsområden. MAS har godkänt den löpande dokumentationen.

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.