

Handläggare

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

Sammanfattning av hälso- och sjukvård, uppföljning 2016, Linnegården 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 Linnégården 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. Under året har kontinuiteten av sjuksköterskekompetens i verksamheten varit låg eftersom flertalet av ordinarie sjuksköterskor slutat och bemanningen utgjorts av tillfälligt anställda sjuksköterskor. För att säkerställa hälso- och sjukvårdens processer och rutiner har åtgärdsplan upprättats av verksamhetens MAS. Åtgärdsplanen har återkopplats till förvaltningens MAS med bedömningen att patientsäkerheten upprätthållits.

I nuläget har verksamheten anställt ordinarie sjuksköterskor.

Enligt verksamhetsuppföljningen finns ett fortsatt behov av utveckling inom områdena läkemedelshantering, delegering, avvikelshantering, MTP, hygien, inkontinens 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.

En handlingsplan för att säkerställa följsamheten till basala hygienrutiner efterfrågas. Den ska inkomma till förvaltningens MAS den 30 september 2016.

Resultatet i övrigt 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	19	20
3	Delegering	19	20
4	Avvikelsehantering	19	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	19	20
6	Hygien	15	20
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.		
7	Vård i livets slutskede	20	20
8	Inkontinens	19	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:	270	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.

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

Samarbetsöverenskommelse med läkarorganisationen finns. Verksamheten behöver upprätta rutiner för samverkan när boende valt annan husläkare än avtalad läkarorganisation. Sjuksköterska är ansvarig för läkarkontakter och samverkar med arbetsterapeut och sjukgymnast som deltar vid behov vid läkarbesök.

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

Rutinen omfattar alla väsentliga delar i läkemedelshantering. Ansvarsfördelningen är tydliggjord i verksamheten. Denna behöver kompletteras med information om utsedda sjuksköterskor med ansvar för akut- och buffertförråd samt kontroll av narkotikaförråd. Extern kvalitetsgranskning genomfördes i november 2015, nästa gång är planerad till oktober-november 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 säkra bevakning över aktuella delegeringar är att alla delegeringar utförs i journalsystemets delegeringsmodul. Verksamhetens MAS har säkerställt att delegeringarna är aktuella.

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 rutiner för ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering med analys av händelser på individnivå av teamet i teammöten och kvalitetsmöten på verksamhetsnivå med statistik. Vid uppföljningen framkommer att teammöten inte kunnat genomföras lika frekvent på grund av bristande kontinuitet i sjuksköterskegruppen. 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 rutiner som beskriver ansvarsfördelning och hantering och kontroller av medicintekniska produkter. Kompetens i hantering och användning säkras främst via handledning och instruktioner. Undervisning finns för att säkra och upprätthålla kunskap i verksamheten.

Personlyftar och vårdsängar besiktades senast under senhösten 2015. Säkerställ att inventarieförteckningen omfattar samtliga MTP som används vid undersökning och behandling.

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

Vid uppföljningen noteras att verksamheten inte säkerställt att det finns tillgång till handdesinfektionsmedel, flytande tvål och torkpapper i de utrymmen där basala hygienrutiner ska tillämpas. Trots att förutsättningarna brister visar den egenkontroll, i form av självskattning, god följsamhet.

Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner är ett enkelt sätt att uppdatera kunskap hos personalen och rekommenderas att den genomförs årligen. Befintlig rutin bör revideras utifrån föreskrift SOSFS 2015:10 och implementeras hos all personal.

Verksamheten behöver se över rutiner för rengöring och desinfektion av orena flergångsinstrument/utrustning.

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 rutiner för inkontinensutredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

9. Trycksår

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Följsamheten till genomförande av riskbedömning enligt modifierad Norton har brustit. En åtgärdsplan har upprättats av verksamhetens MAS för att säkerställa att riskbedömningar är aktuella och dokumenterats i Vodok.

10. Nutrition

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Följsamheten till genomförande av riskbedömning enligt modifierad Norton har brustit. En åtgärdsplan har upprättats av verksamhetens MAS för att säkerställa att riskbedömningar är aktuella och dokumenteras i Vodok. Verksamheten har tillgång till dietist vid behov av konsultation.

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

Följsamheten till genomförande av riskbedömning enligt Downton fall risk index har brustit. En åtgärdsplan har upprättats av verksamhetens MAS för att säkerställa att riskbedömningar är aktuella och dokumenteras i Vodok.

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 är certifierad enligt Silviahemmets vårdfilosofi. Personal på demensavdelningarna har genomgått utbildning i Demens ABC, ABC plus. BPSD-administratörer är utbildade och metoden används.

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

Verksamheten har enligt avtal en rutin för kartläggning av nyinflyttade som innebär att en tätare kontakt sker under boendes första tre veckor. Insatser bedöms och planeras och erbjuds utifrån bedömning av behov och i samråd med patienten.

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

Verksamheten har utbildat sjuksköterskorna i basal munhälsobedömning enligt ROAG. De sjuksköterskor som är nyanställda och kommer att anställas kommer att genomgå utbildning. 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 utfört granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Dokumentationen bedömdes godkänd.

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.