

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende, 2017

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASar 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

Resultatet från årets uppföljning kan inte helt jämföras med tidigare då Qusta-materialet reviderats med nya frågeställningar. Detta kan påverka poängen/procentsatsen för enskilda frågor och därmed totalresultatet.

Bedömningen 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.

Inom området dokumentation pågår ett fortsatt utvecklingsarbete med stöd från stadsdelsförvaltningens dokumentationsstödjare.

Ingen handlingsplan efterfrågas. Quasta-resultatet följs upp vid verksamhetsuppföljning 2018.

Jämförande uppföljningsresultat för verksamheten

2016	2017
272 poäng 97 %	265 poäng 95 %

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Samverkan och informationsöverföring	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20
3	Delegering	18	20
4	Avvikelsehantering	19	20
5	Medicintekniska produkter	18	20
6	Hygien	18	20
7	Rehabilitering	20	20
8	Demens	10	10
	Frågor om vård och behandling		
9	Fallprevention	20	20
10	Trycksår	18	20
11	Nutrition	18	20
12	Mun och tandvård	20	20
13	Kontinens	19	20
14	Vård i livets slutskede/Palliativ vård	19	20
15	Dokumentation	8	10
	Summa	265	280

1. Samverkan och informationsöverföring

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/Utvecklingsområden

Den interna samverkan i sjuksköterskegruppen har utvecklats sedan förra uppföljningen. Entreprenören har ännu inget avtal som ger verksamheten möjlighet att inhämta information om patient via NPÖ.

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/Utvecklingsområden

Extern granskning har genomförts i oktober 2016. Egenkontroller av läkemedelsöverlämnandet görs för att fortlöpande säkerställa följsamheten till att signera.

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/Utvecklingsområden

Verksamheten behöver säkerställa att delegerad personal har kunskap om riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Vid återkallande av delegeringar ska information till verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska säkerställas. Dokumentationssystemets modul för delegeringar har inte implementerats i verksamheten.

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/Utvecklingsområden

Verksamheten rapporterar och hanterar händelser i företagets eget kvalitetssystem (TQM). Andelen avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande har minskat det senaste året. Analys av resultat avseende fall genomförs regelbundet i kvalitetsråd men verksamheten bedömer att analys av övriga avvikelser är ett utvecklingsområde.

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/Utvecklingsområden

Lokal rutin bör kompletteras med en beskrivning av ansvarsfördelning för hantering av hjälpmedel och utbildningsinsatser i verksamheten. Av rutin bör även framgå hur rapportering till Läkemedelsverket och tillverkare ska ske vid avvikelser rörande medicintekniska produkter. Komplettera inventarieförteckning med produkter som används för undersökning och behandling. Kontroller av sängar och personlyftar genomfördes senast i juni 2016. Lyftselar besiktas var sjätte månad enligt standard.

Ett sätt att säkerställa kunskap om hjälpmedelsförskrivning kan vara att implementera att all berörd personal genomgår Socialstyrelsens webbutbildning på "Kunskapsguiden".

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/Utvecklingsområden

Tillgång till skyddsutrustning saknas i vissa utrymmen. Verksamheten har spoldesinfektor på samtliga plan utom ett. Verksamheten har ingen diskdesinfektor vilket innebär att rengöring och desinfektion av orent gods behöver säkerställas på annat sätt.

7. 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/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

Verksamheten har ett pågående försök på ett våningsplan där sängcykel för träning provas. Utvärdering ska göras avseende nytta och användbarhet. Ett träningsrum har även iordningställts men ännu inte tagits i drift.

8. 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/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

9. Fallprevention

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/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

10. Trycksår

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Det saknas rutiner för att avvikelserapportering vid nyupptäckta trycksår i samband med inflyttning/återkomst från slutenvården. Detsamma gäller rutiner för trycksår som uppkommit i verksamheten.

11. Nutrition

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har inte tillgång till dietist. Enligt samverkansöverenskommelse med landstinget ska dietist finnas tillgänglig för utbildning, rådgivning, konsultation, bedömning och behandling. Verksamheten berättar att det är ett utvecklingsområde att involvera alla teamets professioner vid riskbedömningar och förebyggande åtgärder.

12. 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/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

13. Kontinens

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har identifierat ett behov av kompetenshöjning och ett utvecklingsarbete pågår för bedömningar och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner där problem identifierats.

14. 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/Utvecklingsområden

Verksamheten har identifierat ett behov av att utveckla arbetssättet. Palliativa ombud har utbildats i verksamheten som ett led i att utveckla palliativt förhållningssätt och arbetssätt vid vård i livets slut.

15. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har två handledare samt får processtöd från stadsdelens dokumentations-stödjure. Utvecklingsområden som de själva belyser är utveckling av egenkontroll över dokumentationen och analys av resultat.

Verksamheten har två handledare för dokumentation. Samverkan sker med stadsdelens dokumentationsstödjure som utbildar och handleder enligt överenskommelse.

Annica Myhr Högström Linnéa Svanström Leistedt
Medicinskt Ansvarig Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska för Rehabilitering