

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende 2018

MAS och MAR ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer inom kommunen/stadsdelsförvaltningen. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio olika kommuner/stadsdelar i Stockholms län.

Syfte

Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.

Uppföljningen ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA ger underlag för bedömning om;

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet,
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och
- verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Uppföljningen som sker i dialog med verksamhetschef och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna i verksamheten.

Kvalitetsinstrumentet omfattar frågor i utvalda delar av den kommunala hälso- och sjukvården. Dels inom områden som regleras enligt förordningar och dels områden inom utförande av vård och behandling.

Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger nivån i QUSTA, lyfts detta fram i rapporten. Där brister uppmärksammas begär MAS och MAR in handlingsplan för åtgärder.

Sammanfattning

Utifrån identifierade områden från föregående års kvalitetsuppföljning har verksamheten aktivt arbetat med utveckling. Man har bl.a. arbetat med införande av kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer), personcentrerad vård och teamarbete. Ledningssystemet har en struktur med rutiner som i stora delar ger förutsättningar för verksamheten att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Utvecklingsområden som kvarstår är;

- att tydligare synliggöra olika vårdprocesser i dokumentationen, t.ex. vid utredning och bedömning avseende blås- och tarmdysfunktion samt vid övergång till vård i livets slut,
- att säkerställa följsamheten till signering vid överlämnande av läkemedel vid delegering,
- att använda delegeringsmodulen i Vodok, samt
- att utvecklingsarbetet med utredning och bedömning av blås- och tarmdysfunktion behöver fortsätta och synliggöras i dokumentationen.

Bedömningen är att verksamheten har goda förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Jämförande uppföljningsresultat

Uppföljningsunderlaget har reviderats från föregående år och resultatet kan inte fullt ut jämföras mellan åren men visar på den aktuella kvalitetsnivån i verksamheten.

2016	2017	2018
272 p. 97 %	265 p. 95 %	263 p. 97 %

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Samverkan och informationsöverföring	20	20
2	Läkemedelshantering	19	20
3	Delegering	20	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter	20	20
6	Hygien	19	20
7	Rehabilitering	20	20
8	Demens	10	10
9	Dokumentation	10	10
	Frågor om vård och behandling		
10	Fallprevention	20	20
11	Trycksår	20	20
12	Nutrition	20	20
13	Mun och tandvård	9	10
14	Kontinens	17	20
15	Vård i livets slutskede	19	20
	Summa	263	270

Resultatredovisning

1. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen ska kontakta ansvarig läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Telefonnummer till läkare och ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuella. Avtal och samarbetsöverenskommelser för läkarinsatserna ska finnas.

Bedömning/Utvecklingsområden

Under året har verksamheten arbetat med införande av SBAR som är ett kommunikationsverktyg för att kvalitetssäkra informationsöverföring.

Verksamheten har i samverkan med läkarorganisationen tillgång till journalsystemet Take Care. Läsbehörigheten ger hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att inhämta information om patienten.

2. Läkemedelshantering

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader.

Bedömning/Utvecklingsområden

Extern granskning har genomförts i februari 2018. Följsamheten till att signera vid överlämnande av läkemedel vid delegering är ett fortsatt utvecklingsområde enligt verksamheten.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Bedömning/Utvecklingsområden

Egenkontroll av aktuella delegeringar utförs regelbundet. Implementering av dokumentationssystemets modul för delegeringar har varit ett utvecklingsområde som inte ännu verkställts i verksamheten.

4. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Verksamheten ska ha rutiner för hur rapportering och hantering av risker och avvikelser sker samt hur utredningar av vårdskador går till. Risker för vårdskador eller händelser som orsakat vårdskada ska alltid utredas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Av rutinerna ska även framgå hur samverkan sker med MAS/MAR vid risk eller misstanke om allvarlig vårdskada.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten rapporterar och hanterar händelser i företagets eget kvalitetssystem. Analyser av resultat genomförs vid teamkonferenser men verksamheten bedömer att det är ett fortsatt utvecklingsområde. Andelen avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande har minskat det senaste året. Information om klagomål och synpunkter, IVO och

patientnämnders uppdrag och uppgifter finns i välkomstmateriel som ges till patienten vid inflyttning.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmiddel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten uppfyller kriterier enligt Qusta. Besiktning/kontroll av sängar och personlyftar genomfördes senast i under hösten 2018.

6. Vårdhygien

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. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har spoldesinfektor på alla plan utom ett, samt en diskdesinfektor för rengöring och desinfektion av instrument och gods. Rutiner för följsamhet, arbetssätt och flöden i desinfektionsrummen finns. Hantering av orent och höggradigt rent gods är ett utvecklingsområde.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ska erbjudas efter bedömt behov. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten uppfyller kriterier enligt Qusta. Verksamheten har ett pågående arbete med att utveckla teamkonferenserna för att göra processerna mer personcentrerade.

8. Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens ska finnas i verksamheten och följa de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. En förutsättning för att säkra att personalen tillräcklig kompetens inom området är tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda. Man har genom aktivt arbete med "Nollvisionen" och individens behov i centrum minskat andelen skyddsåtgärder i verksamheten. Arbetet fortsätter under 2019.

9. 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. Verksamheten ska ha rutiner för behörighetstilldelning och loggkontroller.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har två handledare. Genomförd egenkontroll visar på utvecklingsområden som man arbetar vidare med. Under året har man infört kollegial granskning som innefattar gemensam analys och genomförs månadsvis. Verksamheten har ett mål för 2019 att teamets arbete ska synas i dokumentationen, t.ex. så är det visst fokus på hälsoplaner.

10. Fallprevention

Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande åtgärder. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med patient. Ett

tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda. Utbildningstillfällen för personal genomförs återkommande årligen, men verksamheten bedömer att kunskaperna kan utvecklas ytterligare.

11. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

12. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

13. Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Stockholms läns landsting.

Bedömning/Utvecklingsområden

Enligt verksamheten är det ett utvecklingsområde att upprätta hälsoplaner utifrån riskfaktorer avseende munhälsa.

14. Kontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problemen med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har efter identifierat behov av kompetenshöjning genomfört utbildning. Utredning och bedömning av blås- och tarmdysfunktion är ett utvecklingsområde som också ska synliggöras i dokumentationen.

15. Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etniska och religiösa tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har under året utbildat fler palliativa ombud och har idag ett ombud per plan och ett ombud på natten. Utveckling av det palliativa förhållningssättet pågår. Ett utvecklingsområde är hur det synliggörs i dokumentationen när vården övergår till vård i livets slut.

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