

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Skolörtens äldreboende oktober 2004

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument vid namn CAT – CH – ING framtaget av Catrin Björvell och Ingrid Thorell – Ekstrand (2000).

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- ? att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 1996:24)
- ? att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård efterlevs
- ? att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Dels en del med frågor som regleras enligt förordningar och dels en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska säkerställa en minigräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, paramedicinare och verksamhetschef för att svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 260 poäng. 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas i de särskilda boendet. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 72 om texten är datorskriven eller 69 om dokumentationen är skriven för hand.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	18	20	2.1. fråga 8, 10,
2	Läkemedelshantering	14	20	2.2. fråga 9, 10, 12
3	Delegering	20	20	2.4. fråga 5, 6, 9
4	Avvikelsehantering	17	20	2.5. fråga 2, 6
5	Medicintekniska produkter (MTP)	16	20	2.6 fråga 7,9,

6	Hygien	12	20	2.7 fråga 3,4,5,6,7,
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slut	16	20	3.1 fråga 5,6
8	Inkontinens	08	20	3.2 fråga 3,4,7-10
9	Trycksår	16	20	3.3 fråga 6,10
10	Nutrition	16	20	3.4 fråga 1,4,
11	Fall och fallskador	19	20	3.5 fråga 6
12	Demens	13	20	3.6 fråga 1,5,6,8
13	Rehabilitering	17	20	3.7 fråga 2,8,
	Summa:	202	260	Uppfyllelse i 77 %
Dokumentation	Medelvärde:			

1. Läkarkontakt.

Rutiner för läkarkontakt finns tillgänglig och är känd för berörd personal. Aktuellt avtal/kravspecifikation som upprättats mellan landsting och primärvård avseende läkarinsatser dagtid och jourtid finns på enheten, liksom aktuella telefonnummer. En sjuksköterska med ansvar för att telefonnummer till läkare är aktuella är utsedd. Namn på ansvarig jourläkare saknas eftersom det är olika läkare från primärvården som är jour. Lokala rutiner för samarbete mellan läkare och sjuksköterska/paramedicinare finns.

2. Läkemedelshantering

Berörd personal har kunskap om lokala instruktioner för läkemedelshantering. Lokala arbetsrutiner innehållande ansvarsfördelning, rapportering, introduktion beställning/hämtning m.m finns och är känd för all berörd personal. Rutinerna behöver dock kompletteras. Avtal finns med apoteket AB för extern kvalitetsgranskning en gång per år. De brister som påtalades vid senaste granskningen maj 2004 har åtgärdats (se bilaga).

Kontroll av narkotikaförbrukning, rekvisition och förvaring av läkemedel fungerar enligt gällande rutiner och tillverkarens anvisningar. Förteckning över läkemedel som får förvaras utanför läkemedelsförråd på grund av tillgänglighet finns i riktlinjepärm.

Sjuksköterskan dokumenterar inte sin bedömning om att vårdtagaren inte själv kan ta ansvar för sin läkemedelshantering i omvårdnadsjournalen. Vårdtagarna får inte alltid sina läkemedel inom rimlig tidsram i förhållande till läkarordinationen och vårdpersonalen signerar inte alltid överlämnad läkemedelsdos på signeringslistan. Det är extra viktigt att läkemedel ges vid den tidpunkt läkare ordinerat t ex vid vissa sjukdomstillstånd som Parkinsons sjukdom, insulin innan måltid och smärtstillande. Läkemedelsordinationerna är sammanställda i en ordinationshandling.

Förbättringsåtgärd

Lokala arbetsrutiner i läkemedelshantering behöver kompletteras.

Dokumentera bedömning av egenvård alt. sjuksköterskas övertag av ansvar för läkemedelsbehandling.

Information och utbildning till vårdpersonal om vikten av att vårdtagaren får sina läkemedel i rimlig tid och syftet med signeringslista

3. Delegering

Verksamheten känner väl till att såväl hälso- och sjukvårdspersonal som övrig vårdpersonal ska ha kunskap om gällande riktlinjer för delegering. Delegationer sker skriftligt efter genomförd kunskapsstest. Kunskapskontroll vid förlängning av beslut sker alltid. Skyldigheten att återkalla delegeringsbeslut när omständigheter kräver det fungerar tillfredsställande.

Uppföljningen visar att varje sjuksköterska ansvarar för en rimlig mängd delegeringsbeslut dvs inte fler än tjugo delegeringar per heltidsanställd sjuksköterska, så att de har en möjlighet att följa upp delegeringarna och vara tillgänglig för personalen.

4. Avvikelse

Riktlinjer finns tillgängliga men är inte kända för all berörd personal. Lokala rutiner finns. Verksamheten känner till att chefen har ansvar för att informera berörd personal om skyldigheten att skriftligen rapportera risk för avvikelse eller om avvikelser inträffat samt vad Lex Maria anmälan innebär, men anser också att sjuksköterska och paramedicinare har detta ansvar. Den som upptäcker eller är involverad i händelsen dokumenterar händelseförloppet på en avvikelserapport. Avvikelser eller risker åtgärdas inte alltid. Verksamheten känner till vem (chef, sjuksköterska/paramed.) som ansvarar för återkoppling och återkopplar vidtagna åtgärder regelbundet till vårdpersonalen. Verksamheten skickar alla avvikelser till MAS och följer MAS riktlinjer tillfredsställande.

Förbättringsåtgärd

Informera personal om gällande rutiner och riktlinjer.
Avvikelser och risker ska alltid åtgärdas.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Rutiner och avtal för service och kontroll finns. Kontroll av inköpta produkter grupp 1-2 sker regelbundet eller minst en gång per år av formellt tekniskt utbildad person och i enlighet med gällande rutiner. Brister finns när det gäller kontroll av produkter som är hyrda. Upphandling sker enligt fastställda rutiner och ett inventarieregister med uppgifter på produkt och när kontroll är utförd finns till viss del.

Tillbud och olyckor analyseras alltid. Personalen utbildas och instrueras i användandet av produkterna. Berörda förskrivare såväl sjuksköterska som sjukgymnast och arbetsterapeut provar ut hjälpmedel individuellt men brister finns när det gäller dokumentation i respektive journal.

Förbättringsåtgärd

Kontroll av hyrda produkter
Upprätta inventarieregister
Dokumentera ordinerade produkter i status och vårdplan i respektive journal.

6. Hygien

När det gäller personalhygien informeras personalen om gällande hygienrutiner. Personalen har tillgång till skyddskläder men dessa används inte alltid vid orent arbete. Tillgång till tvål och pappershandukar för att utföra handhygien hos vårdtagare saknas. Personalen använder inte alltid alkogel/handsprit för basal handhygien i samband med omvårdnaden. I samband med hantering av livsmedel används inte köksförkläden. Det saknas även någon utsedd person som inte deltar i omvårdnadsarbetet som iordningställer mat. Lokala rutiner finns för hantering av riskavfall. Rengöring av orent flergångsmaterial sker genom mekanisk rengöring eftersom diskdesinfektorn är trasig och det är oklart var den är inköpt. När det gäller vårdrelaterade infektioner så känner sjuksköterskan till att infektioner som MRSA och diarréutbrott ska anmälas till MAS.

Förbättringsåtgärd

Fördela ansvar och schemalägg personal som arbetar i kök med livsmedel utan att samtidigt delta i vårdarbetet samt fortsatta utbildningsinsatser.

Kontroll av diskdesinfektor och åtgärda felet.

7. Vård i livets slut

Rutiner finns. Vid behov av extra personal vid vård i livets slut finns det möjlighet att ta in extra personal och för närstående att delta eller närvara i vården. Vid behovs ordinerade läkemedel kan alltid överlämnas inom 30 minuter. Individuella vårdplaneringar genomförs inte alltid inte heller erbjuds vårdtagare, närstående och personal att delta i vårdplaneringen. I omvårdnadsjournalen dokumenterar sjuksköterskan att läkaren tagit ställning till palliativ vård/vård i livets slut. Det saknas dock en vårdplan. För att förvissa sig om en vårdtagares smärta använder sjuksköterskan antingen en skattningsskala eller bedömer detta på annat sätt. Bedömningen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Etnisk och religiös tillhörighet beaktas alltid.

Förbättringsåtgärd

Arbeta med individuella vårdplaneringar och upprätta vårdplaner.

8. Inkontinens

Sjuksköterskorna har utbildning som ger rätt att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan och vårdpersonalen arbetar i team i samband med utprovning av hjälpmedel. Brister finns när det gäller att tillgodose behovet av toalettassistans, vilket inte är tillfredsställande. Alla boende är inte utredda, men vid utredning så görs det av såväl läkare som sjuksköterska.

I status anges alltid symtomet inkontinens, men brister finns i individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel med uppgift om produkt, storlek och sort. Checklista för miktionsstatus används inte. KAD journal finns med uppgift på ordinator, datum för ordination, datum för byte och utvärdering samt ordination på spolning av KAD.

Förbättringsåtgärd

Individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Tillgodose behov av toalettassistans

9. Trycksår

Lokala skriftliga rutiner finns och sjuksköterskorna uppdateras regelbundet inom området sårvård. Tryckavlastande madrasser för att förebygga trycksår kan erbjudas inom ett dygn. Riskbedömning om risk för trycksår föreligger görs av sjuksköterskan med hjälp av speciell bedömningsskala (Modifierad Nortonskala). Brister finns när det gäller dokumentation av denna bedömning, som ska dokumenteras i status under sökord hud i omvårdnadsjournalen. Paramedicinerna konsulteras alltid vid risk för trycksår eller om trycksår har uppkommit. Dokumentation om trycksår sker genom fotografering och i omvårdnadsjournal/sårvårdsjournal. I denna anges uppkomst, lokalisering, utseende och storlek. Specifikt smärtstatus görs inte på vårdtagare som har smärta.

Förbättringsåtgärd

Smärtstatus med hjälp av t ex VAS-skala.

Dokumentation i status och vårdplan.

10. Nutrition

Lokala rutiner vid nutritionsproblem utifrån MAS riktlinjer saknas. Individuellt anpassad kost kan erbjudas vid nutritionsproblem. Verksamheten följer inte Livsmedelsverkets riktlinjer för planering av måltidens sammansättning. Nattfastan för de boende är acceptabel, högst 11

timmar. Sista målet för dagen serveras klockan 20.00-22.00 och frukost serveras nästkommande dag klockan 08.00-09.00 eller individuellt. Problem finns dock på servicehusen där biståndsbesluten avgör insatser. BMI beräknas i samband med inflyttning och följs upp regelbundet. Sjuksköterskan gör en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem, ät – och sväljsvårigheter utreds. Detta dokumenteras i status under sökord nutrition i omvårdnadsjournalen. Näringspreparat är ordinerat av läkare och sjuksköterska kompletterar med kosttillskott.

Förbättringsåtgärd

Upprätta lokala skriftliga rutiner

Följa Livsmedelsverkets riktlinjer för planering av måltidens sammansättning

11. Fall och fallskador

Verksamheten har skriftliga rutiner för att förebygga fall/fallolyckor och individuell riskbedömning. Riskbedömning görs i anslutning till inflyttning och åtgärder vidtas om en vårdtagare faller ofta. Omvårdnadspersonalen får regelbunden utbildning/ handledning i fallförebyggande åtgärder. Sjuksköterska och paramedicinsk personal blir alltid kontaktade vid fallolyckor. Dessa samarbetar i det förebyggande arbetet och analyserar orsaken till fallet. Riskbedömningen dokumenteras i journalen och identifierade åtgärder vidtas. Om boende har nedsatt mental förmåga ska sjuksköterskan alltid kontakta läkaren i samband med fallet. Detta görs inte alltid. Rutiner finns för åtgärder när en vårdtagare faller ofta

Förbättringsåtgärd

Kontakt med läkare i samband med fallolyckor

12. Demens

För att flytta in på ett gruppboende ska vårdtagaren ha genomgått en demensutredning. På enheterna är alla demensutredda och varje enhet har 8 vårdtagare. Berörd personal får utbildning inom området demens minst en gång per år. Extern handledning saknas. De ansvariga sjuksköterskorna har intern utbildning till personalen inom något av områdena demens/geriatrik/öppen hälso- och sjukvård. Samtliga av personalen behärskar inte svenska språket i tal och skrift. Det är inte förenligt med en god och säker vård att lämna dementa ensamma, men på varje enhet finns det endast personal på plats på varje enhet ibland. Dementa saknar förmåga att hantera larm. För denna grupp finns det speciella larm som kan ordinerar av sjuksköterska. Individuella larm ska ordinerar sparsamt med tanke på integritet, men ibland kan de vara nödvändiga. Larm får dock inte ersätta vårdpersonal. På äldreboendet har 16 individuella larm ordinerats. Skriftliga rutiner för hur individuella demenslarm ska ordinerar finns, dock saknas kunskap om att antal utlösta larm per individ ska rapporteras till MAS. Vårdtagarna är inte inlåsta utan alla vårdtagare har möjlighet att själva passera genom ytterdörren då synlig kod finns på alla enheter.

Förbättringsåtgärd

Rapportering av antal utlösta larm per individ.

Personal ska alltid finnas på plats dygnet runt på varje gruppboende- dementa får inte lämnas ensamma.

Personal ska behärska svenska språket i både tal och skrift.

Extern handledning

13. Rehabilitering

Rehabiliteringsjournal upprättas alltid utifrån behov vid inflyttning. Brister finns när det gäller medverkan i vårdplanering. Vårdtagare som har behov av träning/ behandling individuellt eller i grupp kan alltid erbjudas detta av arbetsterapeut och sjukgymnast. ADL status utförs oftast när det finns behov. Sjukgymnast och arbetsterapeut upprättar individuell rehabiliteringsplan och förskriver hjälpmedel vid behov. Behovet av uppföljning av utlämnade produkter avgörs av varje ordinator och görs alltid när det gäller produkter som kan orsaka vårdtagare eller personal någon skada.

Förbättringsåtgärd

Medverkan i vårdplanering.

Dokumentation

Brister finns i dokumentation och journalföring. Vid denna uppföljning görs enbart stickprovskontroller av ett antal journaler. Av den anledningen görs ingen poängsättning. Vid kontroll framkommer att vårdplaner saknas och att det inte alltid går att följa vård och behandling och vilka åtgärder som vidtagits t ex efter återkomst från sjukhus. Dessutom saknas ibland tidsangivelser, vilket är en viktig uppgift i samband med vård, behandling och utredningar av olika slag. Foto för identifiering av vårdtagare finns inte heller i journalen. En större granskning av verksamheternas journaler kommer att genomföras separat under 2005.

Förbättringsåtgärd

Vårdplaner

Utbildning i omvårdnadsdokumentation

Sammanfattning

På Skolörtens äldreboende bor det ca 188 vårdtagare. För att tillgodose vårdtagarnas behov av en god och säker vård finns det sex omvårdnadsansvariga sjuksköterskor varav fem heltider och en deltid (5,85) Kvällar, nätter och helger anlitas uthyrningsföretag och helgtjänstgörande sjuksköterska. En av sjuksköterskornas har förutom sitt ansvar som sjuksköterska för två gruppboenden även ansvarar för samordning av hälso- och sjukvården och vara en länk till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Min bedömning är att sjuksköterskebemanningen är sårbar och att samordnande sjuksköterska har för stort ansvarsområde för att på ett tillfredsställande sätt kunna fullgöra sitt yrkesansvar. Eftersom verksamheten har valt denna organisation kan resurserna utanför dagtid inte användas som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Om så vore fallet skulle det kunna innebära mindre ansvarsområden för varje sjuksköterska samt större förutsättningar att hinna med arbetet. Ansvarig läkare har även framfört att vårdtagarna är mer multisjuka och att verksamheten börjar bli mer sårbar under kvällar och nätter eftersom tillgång till sjuksköterska inte finns på plats. Istället finns det vårdbiträden som ska göra en första bedömning om när sjuksköterska ska kontaktas. Detta ställer stora krav på kompetens och är inte tillåtet. Om vårdtagarna ska kunna bo kvar och vårdas till livets slut ansvarar vårdgivaren enligt 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att ha den personal som behövs för att ge en god och säker vård. Ett observandum är att ju fler vårdgivare som är inblandade i hälso- och sjukvården desto större risker.

Verksamheten har även två sjukgymnaster och två arbetsterapeuter som ingår i en rehabiliteringsenhet med en gemensam chef.

För övrigt ansvarar verksamhetschefen för att hälso- och sjukvårdspersonalen har förutsättningar för att fullgöra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Samtliga verksamheter gör trots allt ett mycket gott arbete och är aktiva när det gäller utveckling av verksamheten. Några brister och utvecklingsbehov finns dock inom de olika områdena där kvalitetskraven inte uppfylls. Dessa hänger ofta samman med tillgång till resurser och kompetens. Skolörtens äldreboende har vid uppföljningen erhållit 202 poäng av 260 möjliga. För att få poäng innebär det att verksamheterna ska uppfylla kraven till fullo inom varje område. Vid uppföljningen framkommer att såväl sjuksköterskor som paramedicinare arbetar mycket för att utveckla verksamhetens arbetsrutiner och kompetenshöjande insatser i t ex fall och fallskadeprevention, kost, basala hygienrutiner och MRSA. Paramedicinska enheten har tagit fram ett utbildningsprogram innehållande olika teman.

De områden som behöver förbättras och utvecklas redovisas under respektive ämnesområde.