

# Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Hässelby- Gårds äldreboende under oktober – november 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        | Synlig jourlista          |
| 2            | Läkemedelshantering                      | 14          | 20        | Lokala rutiner, sign. dos |
| 3            | Delegering                               | 11          | 20        | Rutiner ska följas        |
| 4            | Avvikelsehantering                       | 14          | 20        | Rapportering & åtgärd     |
| 5            | Medicintekniska produkter (MTP)          | 18          | 20        | Uppföljn. av ordination   |
| 6            | Hygien                                   | 12          | 20        | Utbildning hygien         |
|              |  |             |           |                           |
|              |  |             |           |                           |

| Andra delen   | Frågor som berör vård och behandling. |     |     |                         |
|---------------|---------------------------------------|-----|-----|-------------------------|
| 7             | Palliativ vård/vård i livets slut     | 16  | 20  | IVP , v.b läkemedel     |
| 8             | Inkontinens                           | 08  | 20  | Rutiner, miktionsstatus |
| 9             | Trycksår                              | 18  | 20  | Smärtstatus             |
| 10            | Nutrition                             | 10  | 20  | Rutiner, nattfasta,BMI  |
| 11            | Fall och fallskador                   | 09  | 20  | Utveckl. rutiner pågår  |
| 12            | Demens                                | 13  | 20  | Handledn., larm         |
| 13            | Rehabilitering                        | 17  | 20  | Vårdplanering           |
|               | Summa:                                | 178 | 260 | Uppfyllelse i 68 %      |
| Dokumentation | Medelvärde: ej aktuell                |     |     |                         |

### *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 samverkan mellan läkare och sjuksköterska finns men paramedicinare saknas.

#### Förbättringsåtgärd

Lokala rutiner för samverkan där även paramedicinare ingår.

### *2. Läkemedelshantering*

Berörd personal har kunskap om lokala instruktioner för läkemedelshantering. Lokala arbetsrutiner innehållande ansvarsfördelning, rapportering, introduktion för all personal utifrån MAS rutiner saknas och är inte känd för all berörd personal.

Avtal finns med apoteket AB för extern kvalitetsgranskning en gång per år. Vid apoteksinspektion november 2004 framkom att alla brister som påtalats vid senaste granskningen inte hade åtgärdats.

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 i omvårdnadsjournalen sin bedömning om att vårdtagaren inte själv kan ta ansvar för sin läkemedelshantering. 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 läkemedel. Vårdtagarna får sina läkemedel inom rimlig tidsram men vårdpersonalen signerar inte alltid överlämnad läkemedelsdos på signeringslistan. Läkemedelsordinationerna är sammanställda i en ordinationshandling.

#### Förbättringsåtgärd

Lokala arbetsrutiner i läkemedelshantering.

Ansvarig för läkemedelsförråd bör bevaka att extern kvalitetsgranskning genomförs och att åtgärder vidtas.

Information och utbildning till vårdpersonal om arbetsrutiner 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 ibland. Varje delegeringsbeslut ska under perioden följas upp av den som fattat beslut om delegering. På

vissa enheter finns det stora brister. Skyldigheten att återkalla delegeringsbeslut när omständigheter kräver det fungerar inte tillfredsställande utan delegering för att lösa personalbrist eller av ekonomiska skäl förekommer. Uppföljningen visar att det förekommer att sjuksköterskor ansvarar för fler än tjugo delegeringar. En sjuksköterska som arbetar heltid bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringsbeslut till vårdpersonal, för att ha en möjlighet att följa upp delegeringarna och vara tillgänglig för personalen.

#### Förbättringsåtgärd

Följa gällande rutiner för delegering och kvalitetssäkra detta område.

#### *4. Avvikelse*

Riktlinjer finns tillgängliga och är kända för berörd personal. Lokala rutiner saknas. 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. Den som upptäcker eller är involverad i händelsen dokumenterar händelseförloppet på en avvikelse rapport. Avvikelser eller risker åtgärdas inte alltid. Verksamheten känner till vem som ansvarar för återkoppling och återkopplar vidtagna åtgärder regelbundet till vårdpersonalen. Verksamheten skickar inte alla avvikelser till MAS och följer inte MAS riktlinjer tillfredsställande.

#### Förbättringsåtgärd

Lokala rutiner för avvikelsehantering på enheten och kvalitetssäkra detta område.

#### *5. Medicinteknisk produkt (MTP)*

Rutiner och avtal för service och kontroll finns. Kontroll sker regelbundet eller minst en gång per år av formellt tekniskt utbildad person och i enlighet med gällande rutiner. På enheten finns ett inventarieregister med uppgifter på produkt och när kontroll är utförd. Tillbud och olyckor analyseras. Personalen har utbildats och instruerats i användandet av produkterna. Berörda förskrivare såväl sjuksköterska som sjukgymnast och arbetsterapeut provar ut hjälpmedel individuellt och dokumenterar i sin journal. Brister finns i uppföljning av utlämnade produkter och hur de används.

#### Förbättringsåtgärd

Uppföljning av individuellt utprovade hjälpmedel och hur de används.

#### *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. Hantering av riskavfall fungerar tillfredsställande. När det gäller vårdrelaterade infektioner så känner sjuksköterskan till att infektioner som MRSA och diarreútbrott ska anmälas till MAS, men det görs inte. På grund av brister i hygien hos vårdpersonalen pågår utbildning i basala hygienrutiner.

#### Förbättringsåtgärd

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

Genomgång av vårdprogram för MRSA och virusorsakad gastroenterit (magsjuka)

### *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 inte alltid överlämnas inom 30 minuter. Individuella vårdplaneringar genomförs inte alltid, men närstående och personal erbjuds att delta då det är aktuellt. I omvårdnadsjournalen dokumenterar sjuksköterskan att läkaren tagit ställning till palliativ vård/vård i livets slut. Någon skattningsskala som visar att symtom lindras används inte utan sjuksköterskan förvissas sig om detta på annat sätt. Etnisk och religiös tillhörighet beaktas alltid.

#### Förbättringsåtgärd

Arbeta med individuella vårdplaneringar.

### *8. Inkontinens*

Sjuksköterskorna har utbildning som ger rätt att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan och vårdpersonalen arbetar inte i team i samband med utprovning av hjälpmedel. Behovet av toalettassistans tillgodoses inte tillfredsställande. Alla boende är inte utredda, men vid utredning så görs det av såväl läkare som sjuksköterska. I status anges alltid symtomet inkontinens, men omvårdningsplan saknas. Sjuksköterskan ordinerar hjälpmedlet men produkt, storlek och sort dokumenteras inte. KAD journal saknas med uppgift på ordinator, datum för ordination, datum för byte och utvärdering samt ordination på spolning av KAD.

#### Förbättringsåtgärd

Kvalitetssäkra området inkontinens och använda checklista för miktionsstatus samt KAD journal.

### *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. Denna bedömning dokumenteras under sökord hud i omvårdnadsjournalen. Paramedicinerna konsulteras 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

Smärt status med hjälp av t ex VAS- skala.

### *10. Nutrition*

Lokala rutiner vid nutritionsproblem utifrån MAS riktlinjer saknas. Individuellt anpassad kost kan erbjudas vid nutritionsproblem. Verksamheten följer Livsmedelsverkets riktlinjer för planering av måltidens sammansättning. Natfastan för de boende är för lång (16 tim). Sista målet för dagen serveras klockan 17.00 och frukost serveras nästkommande dag klockan 09.00. BMI beräknas inte vid inflyttning och följs inte upp regelbundet. Regelbunden kontroll av vikt fungerar inte heller tillfredsställande. Sjuksköterskan gör en riskbedömning av eventuella nutritionsproblem, ät och sväljsvårigheter utreds. Detta dokumenteras i status under sökord nutrition i omvårdnadsjournalen. Näringspreparat är inte ordinerat av läkare.

### Förbättringsåtgärd

Lokala skriftliga rutiner

Minska nattfastan till 11 timmar

Näringspreparat ska ordineras av läkare eller dietist.

### *11. Fall och fallskador*

Verksamheten saknar skriftliga rutiner för åtgärder om en vårdtagare faller ofta och för individuell riskbedömning i anslutning till inflyttning. Upprättande av lokala rutiner utifrån MAS riktlinjer pågår. Omvårdnadspersonalen får inte regelbunden utbildning/ handledning i fallförebyggande åtgärder. Om boende har nedsatt mental förmåga ska sjuksköterskan kontakta läkaren vid fallolyckor. Detta görs ibland på grund av att sjuksköterska och paramedicinsk personal inte alltid blir kontaktade. Då de blir kontaktade samarbetar sjuksköterska och paramedicinsk personal i det förebyggande arbetet och analyserar orsaken till fallet. Riskbedömningen dokumenteras i journalen och identifierade åtgärder vidtas.

### Förbättringsåtgärd

Kvalitetssäkra området fall och fallskador.

Riskbedömningar.

Utbildning/handledning till vårdpersonal

### *12. Demens*

För att flytta in på ett gruppboende ska vårdtagaren genomgått en demensutredning. På enheterna är alla demensutredda. Gruppboendet ska inte vara större än åtta vårdtagare, men beroende på den fysiska miljöns utformning godkänner Länsstyrelsen nio vårdtagare. På Hässelby Gård är storleken på enheterna inte större än nio. På dessa enheter finns det alltid personal på plats såväl dag som natt. Berörd personal får utbildning inom området demens minst en gång per år. Extern handledning saknas. De ansvariga sjuksköterskorna har utbildning inom något av områdena demens/geriatrik/öppen hälso- och sjukvård. Samtliga personal behärskar svenska språket i tal och skrift. Dementa saknar förmåga att hantera larm. För denna grupp finns det speciella larm som ordinerar av sjuksköterska. Individuella larm ska undvikas med tanke på integritet, men ibland kan de vara nödvändiga. På enheten har ett sådant larm ordinerats. Skriftliga rutiner för hur individuella demenslarm ska ordinerar finns, dock saknas kunskap om att antal utlösta larm ska rapporteras till MAS. Dementa personer får inte låsas in utan möjlighet att ta sig ut ska finnas. Alla vårdtagare har inte möjligheten att själva passera genom ytterdörren, då synlig kod inte finns på alla enheter.

### Förbättringsåtgärd

Rapportering av antal utlösta larm per individ.

Synliga koder på ytterdörr.

### *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 erbjudas detta av arbetsterapeut och sjukgymnast. ADL status utförs oftast vid behov, men ibland saknas tid. Är det viktigt görs det alltid. Sjukgymnast och arbetsterapeut upprättar individuell rehabiliteringsplan och förskriver hjälpmedel vid behov. Brister finns när det gäller uppföljning av utlämnade hjälpmedel.

### Förbättringsåtgärd

Medverkan i vårdplanering.

### *Dokumentation*

Brister finns i dokumentation och journalföring. Vid denna uppföljning görs enbart stickprovskontroller. Av den anledningen görs ingen poängsättning inom detta område vid denna uppföljning. Vid stickprovskontroll framkommer att status inte alltid är fullständiga t ex saknas sökordet hud där även riskbedömning enligt Nortonskalan ska anges, anteckningar inte signerade i status, brister i upprättande av vårdplaner som ofta saknas, brist vid dokumentation av vätskeintag, viktkontroll. 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 Hässelby Gårds äldreboende bor det ca 234 vårdtagare. För dessa ansvarar sex sjuksköterskor 100 % och fyra sjuksköterskor deltid (2x 75%, 90%,87%) för att tillgodose vårdtagarnas behov av en god och säker vård under dag- och kvällstid. När det gäller fredag, lördag och söndag finns det ett avtal med Care teams sjuksköterskepatrull. På natten ansvarar en ordinarie sjuksköterska på plats i verksamheten. Under våren 2004 anställdes en sjuksköterska som förutom sitt ansvar för två gruppboenden även ansvarar för samordning av hälso- och sjukvården på enheten och vara en länk till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Två gruppboenden är enligt min bedömning ett för stort ansvarsområde om man dessutom ska ha detta utökade ansvar. Även ett par andra sjuksköterskor har för stora ansvarsområden för att på ett tillfredsställande sätt kunna fullgöra sitt yrkesansvar. Vid tidigare uppföljningar och utredningar har det visat sig finnas behov av 12 sjuksköterskor med tjänstgöring på schema dag och kväll.

På grund av att B- och D huset omvandlas till seniorboende har verksamheten erbjudit landstinget att kommunens sjuksköterskor ska utföra primärvårdens ansvar. Detta innebär att kommunens sjuksköterskor är verksamma inom två olika organisationer och verksamhetsområden, ”primärvård” och ”kommunal hälso- och sjukvård” med olika ansvarsförhållanden, rutiner och förutsättningar. Detta är en risk som bör beaktas.

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

Samtliga gör ett mycket gott arbete men det finns en del brister och utvecklingsbehov inom de olika områdena där kvalitetskraven inte uppfylls. Hässelby Gårds äldreboende har vid uppföljningen erhållit 178 poäng av 260 möjliga. För att få poäng innebär det att verksamheterna ska uppfylla kraven till fullo inom varje område. Det saknas vissa lokala arbetsrutiner. Det är också viktigt att gällande riktlinjer och rutiner som utarbetats av MAS är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen och efterlevs. Hygienrond har genomförts under hösten som visar på behov av lokala rutiner inom området hygien (se bilaga). Efter genomförd hygienrond har verksamheten genomfört ett flertal utbildningsinsatser i basala hygienrutiner och MRSA.

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