

Handläggare

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

Sammanfattning av hälso- och sjukvård, uppföljning 2016, Rio vård- och omsorgsboende

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) 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 uppföljning skickas kvalitetsinstrumentet till boendets hälso- och sjukvårdspersonal 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 Rio 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.

Enligt verksamhetsuppföljningen finns ett fortsatt behov av utveckling inom områden hygien, vård i livets slutskede, inkontinens, nutrition, trycksår och rehabilitering.

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.

Ingen handlingsplan efterfrågas. Qusta-resultatet följs upp vid verksamhetsuppföljning.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20
3	Delegering	20	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20
6	Hygien	19	20
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.		
7	Vård i livets slutskede	19	20
8	Inkontinens	19	20
9	Trycksår	19	20
10	Nutrition	19	20
11	Fall och fallskador	20	20
12	Demens	20	20
13	Rehabilitering	19	20
14	Mun- och tandhälsovård	20	20
	Summa:	274	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 utifrån ledningssystemet tagit fram och uppdaterat lokala rutiner för hälso- och sjukvårdens processer. Vid uppföljningen har rekommendationer om vissa förtydliganden givits i nedanstående 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

Verksamheten har nyligen bytt läkarorganisation till Legevisitten. Samarbetsöverenskommelse är undertecknad av verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i vård- och omsorgsboenden i Östermalms stadsdelsförvaltning.

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

Ansvarsfördelningen är tydliggjord i verksamheten. Rutinen omfattar alla väsentliga delar i läkemedelshantering.

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 ytterligare säkra bevakning över aktuella delegeringar är att alla delegeringar utförs i journalsystemets delegeringsmodul.

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 ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering med analys av händelser både på individnivå i teamet och på verksamhetsnivå vid månatliga kvalitetsmöten. Systemet för avvikelshantering är digitalt (ADD). All personal har behörighet för att kunna rapportera direkt i systemet och ansvarig får en direkt information som ett mail. 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

Årlig service och kontroll av hjälpmedel såsom personlyftar, gånghjälpmedel och hygienstolar samt träningsutrustning har genomförts i år. Service och kontroll av vårdsängar görs vartannat år och planeras nu till 2017. Årlig service och kontroll av medicintekniska produkter som används vid undersökning och behandling såsom blodtrycksmanschetter, våg utförs årligen. Utrustning för blodsockermätning byts ut.

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

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner utförs regelbundet. Två hygienombud finns i verksamheten. Metod för att rengöra och desinfektera flergångsutrustning saknas. Identifiera vilka medicintekniska produkter (flergångs) som används i verksamheten och säkerställ att produkterna är minst höggradigt rena inför varje användningstillfälle.

Säkerställ att skyddsutrustningen endast förvaras i de utrymmen där personalen ska arbeta utifrån basala hygienrutiner. Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner är ett enkelt sätt att uppdatera kunskap hos personalen och rekommenderas att den genomförs årligen.

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

Arbetsätt vid vård i livets slut kan utvecklas genom att delta i Palliativt kunskapscentrums utbildningsprogram och utbilda palliativa ombud. Säkerställ att bedömningar utförs på ett evidensbaserat sätt, t.ex. av smärta, och dokumenteras i journalen.

8. Inkontinens

I särskilt boende ska det finnas sjuksköterska med forskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Utredning ska göras innan forskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Bedömning/förbättringsåtgärd

Arbetet med att bedömning, utredning, diagnostik och behandling av inkontinensrelaterade problem har påbörjats och är under utveckling. Riskbedömning blåsdysfunktion Nikola i VODOK görs.

9. Trycksår

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Riskbedömning enligt modifierad Norton genomförs och dokumenteras i VODOK.

Involvera arbetsterapeut och/eller sjukgymnast redan vid utredningen för att förebygga trycksår. Säkerställ att smärtstatus görs på ett evidensbaserat sätt enligt någon skattningsskala.

10. Nutrition

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

Bedömning/förbättringsåtgärd

Riskbedömning enligt MNA genomförs och dokumenteras i VODOK. Involvera arbetsterapeut och/eller sjukgymnast redan vid utredningen för att förebygga malnutrition.

Verksamheten har rutiner som inkluderar t.ex. kartläggning av natt- och dygnsfasta och svårigheter kring matsituationen.

Nutritionsproblematik med bedömningar och åtgärder diskuteras på teammöten. Verksamheten har tillgång till dietist.

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

Riskbedömning enligt Downton Fall Risk Index genomförs och dokumenteras i VODOK. Ett projekt är under uppstart för att fånga upp personer som fallit två eller flera gånger under en månad. Det innefattar att kartläggning över bakomliggande orsaker till fall ska göras av sjukgymnast tillsammans med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och kvalitetssamordnare.

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

All personal på demensavdelningarna har genomgått utbildning i Demens ABC, ABC plus samt påbörjat utbildning i Nollvision. BPSD-administratörer är utbildade och metoden används och registreras. Föreläsningar och handledning ges regelbundet.

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

Sjukgymnast och arbetsterapeuts medverkan vid det förebyggande arbetet kring inom riskområdena nutrition och trycksår är inte helt tydliggjord. Bedömning från tillgängliga kompetenser är fördelaktigt vid planering utifrån ett helhetsperspektiv inom olika riskområden. Deltagande vid vårdplaneringar fungerar enligt verksamheten bra på korttidsenheten men kan utvecklas inom övriga inriktningar i verksamheten.

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

Sjuksköterskorna har utbildning i basal munhälsobedömning enligt ROAG. 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 under april månad 2016 utfört en granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Granskningen är godkänd.

Egenkontroll av dokumentationen utförs dels av verksamhetschef, dokumentationsansvariga två gånger per år enligt bedömningsmall. Verksamhetens sjuksköterskor granskar varandras dokumentation enligt ett löpande schema. Genomförd egenkontroll har ett godkänt resultat.

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.