

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Skolörtens vård- och omsorgsboende, Riddersvik den 21 januari -1 april 2010

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 för OMVÅRDNADSJOURNALER enligt QUSTA

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att stadsdelens/kommunens rutiner och 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 rutiner och 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 fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

MAS går vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Saknas demensenhet minskar antalet poäng med 20.

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.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	20	20	
3	Delegering	20	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	18	20	
6	Hygien	12	20	
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slutskede	18	20	
8	Inkontinens	8	20	
9	Trycksår	16	20	
10	Nutrition	18	20	
11	Fall och fallskador	18	20	
12	Demens	-	-	
13	Rehabilitering	18	20	
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	
	Summa:	222	260	Uppfyllelse 0,85 %

1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Uppföljning

Vid årsskiftet har en ny läkarorganisation, Trygg Hälsa AB, tagit över läkaransvaret vid Skolörtens vård och omsorgsboende. Det innebär att jourverksamheten avseende läkarinsatserna nu utförs av Curera som har avtal med trygg Hälsa AB. Rutiner och aktuella telefonlister finns. Dessa är kända för berörd personal.

Förbättringsåtgärd

-

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshanteringen sköts korrekt är mycket viktigt för att säkerställa vården. MAS instruktioner och lokala rutiner ska vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som t ex. iordningställa, administrera, kassera m.m ska dokumenteras.

Uppföljning

Läkemedelshanteringen fungerar i stort väl. Journalgranskning visar att det i några journaler finns behov av att förtydliga att sjuksköterskan tagit över ansvaret för patientens läkemedelshantering eller om det är egenvård.

Förbättringsåtgärd

- Förtydliga läkemedelsansvar i anamnes under sökord läkemedelsansvar.

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Uppföljning

Delegeringsbeslut för att utföra hälso- och sjukvårduppgifter fungerar bra under dagtid, dock inte under jourtid. Verksamheten fick en ny jourpatrull vid årsskiftet som ansvarar för hälso- och sjukvården och att utfärda eventuella delegeringar till personal under jourtid.

Jourpatrullens sjuksköterska är informerad och har påbörja arbetet.

Förbättringsåtgärd

- *Delegeringar ska dokumenteras i delegeringsmodulen i VODOK.*
- *Delegeringar ska utfärdas av patrull sjuksköterska från Big Care*

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården.

Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för avvikelsehantering. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse ska alltid åtgärder vidtas. Händelsen och åtgärder ska återkopplas till personalen.

Uppföljning

Verksamheten skriver avvikelserapporter i avvikelsemodulen, dock inte alla avvikelser. De behöver utveckla avvikelserapporteringen och den gemensamma hanteringen med att inhämta uppgifter för att kunna analysera orsaker till händelsen så att brister kan åtgärdas samt dokumentera detta i avvikelsemodulen.

Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelserapportering och hantering

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av paramedicinare eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista ska finnas, där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll har genomförts och ska ske för att produkten ska vara säker.

Uppföljning

Vid uppföljningen framkommer att personalen inte alltid utbildats och instruerats i användandet av medicintekniska produkter (MTP) på grund av tidsbrist. Enligt uppgift pågår åtgärder för att säkerställa detta.

Förbättringsåtgärd

- Fortlöpande utbildning och instruktion till all vårdpersonal

6. Hygien

Flertalet av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddskläder och handskar. Personalen ska ha kortärmad arbetsdräkt och får inte bära klocka, armband och ringar. Naglarna ska vara kortklippta och färgat nagellack får inte användas. Personal som arbetar i köket med matlagning får inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning ska personalen använda köksförkläden. Dessa ska bytas dagligen.

Uppföljning

Verksamheten uppger att skyddskläder används av personalen vid orent arbete och att smycken och klockor inte används. Uppföljning visar att personalen inte har tillgång till tvål och pappershandukar för att utföra handhygien hos vårdtagarna. Köksförkläden används inte vid hantering av mat/matlagning.

Vid hygienrund 2007 uppmanades verksamheten vid Skolörtens vård och omsorgsboende att köpa in en gemensam diskdesinfektor för rengöring av flergångsmaterial. Detta är inte gjort trots upprepade påminnelser. Vårdprogrammet för multiresistenta stafylococcker (MRSA) efterlevs inte avseende provtagning inför antibiotika behandling.

Förbättringsåtgärd

- Inköp av diskdesinfektor
- Upphängningsanordning för handskar, förkläden
- Personal ska använda köksförkläde vid hantering av mat/ matlagning.
- Provtagning (MRSA) inför antibiotika behandling.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för palliativ vård/ vård i livets slutskede, läkemedel vid behov ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Närstående ska ges möjlighet att delta i vården och en vårdplanering ska alltid göras vid palliativ vård och inför vård i livets slut tillsammans med berörda professioner och närstående. Av dokumentationen i vårdplanen ska det framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska alltid beaktas.

Uppföljning

Vid stickprovskontroller i omvårdnadsjournalerna framkommer att verksamheten behöver utveckla arbetet med vårdplaneringar inför vård i livets slut. Vid bedömning av smärta används inte något bedömningsinstrument utan sjuksköterskan gör en klinisk bedömning.

Förbättringsåtgärd

- Vårdplanering
- Upprätta vårdplaner för vård i livets slut
- VAS skala för bedömning av smärta

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterskor med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa vården till den boende. Detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Har en vårdtagare KAD (kvarliggande urinkateter) ska det av journalen framgå datum för ordination, indikation, ordinator, namn på produkten, storlek och sort.

Uppföljning

Vid tidpunkten för uppföljning framkom stora behov av utveckling inom området. Sjuksköterskorna har utbildning som ger rätt att ordinera och förskriva inkontinenshjälpmedel. Inkontinens dokumenteras i status under sökord elimination. Teamarbete och utredning av förskrivande sjuksköterska saknades.

Förbättringsåtgärd

- Inkontinensutredning på alla i samband med inflyttning.
- Utveckla teamarbete
- Dokumentation av resultat och åtgärder samt ordinerade produkter med uppgift om storlek och sort etc.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, olika sjukdomstillstånd, nedsatt cirkulation och oförmåga att ändra läge på kroppen. För att förebygga att trycksår uppstår ska sjuksköterskan vid inflyttning göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Nytt från 2010 är att riskbedömningar ska göras var 6:e månad. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar ska förebyggande åtgärder vidtas.

Uppföljning

Uppföljningen visar att sjuksköterskorna gör riskbedömningar för att förebygga att trycksår uppstår. Vid kontroll i journaler framkommer att det inte utförts på riktigt alla. Trycksår dokumenteras i status under sökord hud där även utseende och åtgärder framgår. Dokumentationen av planer har på vissa utförts och dokumenterats under sökord plan.

Förbättringsåtgärd

- Uppdatera status och riskbedömningar var 6:e månad.
- Fortsätta utvecklingen av vårdplaner i omvårdnadsdokumentationen VODOK
- Regelbunden kompetensutveckling inom området sårvård

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än max 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka ska följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning med hjälp av MNA(Mini Nutritional Assessment) för bedömning av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Vid behov av näringspreparat ska läkare kontaktas för ordination och eventuell remiss till dietist.

Uppföljning

Vid uppföljningen framkom att de hade börjat med riskbedömning med hjälp av bedömningsinstrument för att förebygga undernäring. Längd, vikt och BMI har istället kontrollerats enligt gamla rutiner. Nattfastan är enligt uppgift för lång. Nytt från 2010 är att riskbedömningar ska göras var 6:e månad.

Förbättringsåtgärd

- Utföra riskbedömningar minst var 6:e månad
- Fortsatt implementeringsarbete av rutiner i samverkan med dietist och vårdpersonal
- Minska nattfastan

11. Fall och fallskador

Det förekommer att de boende faller. Ibland leder det till en fraktur. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning ska också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare ska vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal ska få utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan alltid ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Nytt från 2010 är att riskbedömningar ska göras var 6:e månad.

Uppföljning

Verksamheten samverkar i det fallförebyggande arbetet på alla nivåer. Riskbedömningar enligt Downton fallindex har utförts på mer än hälften av alla vårdtagare. Enligt uppgift upprättas planer vid behov. Granskning av journaler visar på brister i hur risker och åtgärder dokumenteras. Åtgärder vidtas men planer saknas oftast. I planen ska åtgärder kopplas till risken/problemet så att det går att följa vilka åtgärder som vidtagits när det föreligger en risk. Jourpatrullen följer inte alltid rutinerna och åker till boendet för att göra en bedömning vid fallolyckor. MAS har tillsammans med verksamhetschef haft ett flertal möten med entreprenören i med anledning av detta.

Förbättringsåtgärd

- Uppdatering av riskbedömning var 6:e månad
- Vårdplaner- koppla åtgärder till risken
- Resultat av riskbedömningen ska dokumenteras i status

12. Demens

Personalen som arbetar med demenshandikappade personer ska ha utbildning inom demensområdet och det ska finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm och andra hjälpmedel ordineras och finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren.

Uppföljning

Ej aktuellt. På Riddersvik finns det ingen demensenhet. På Riddersvik bor det dock personer med lättare demenshandikapp eller personer som inte är demensutredda.

13. Rehabilitering

Bedömningar och behov av rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. I samband med inflyttning ska ADL-status utföras så snart det är möjligt. Paramedicinsk personal ska alltid delta vid vårdplaneringar. Boende som har behov

av behandling av paramedicinsk personal ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av paramedicinsk personal, och användningen av hjälpmedel ska följas upp.

Uppföljning

Sjukgymnastisk behandling och arbetsterapeutisk träning kan ges individuellt. Verksamheten har tidigare prövat med gruppssammankomster, men har det inte nu.

Förbättringsåtgärd

- Sjukgymnastisk behandling och arbetsterapeutisk träning i grupp bör erbjudas.

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsan. Denna bedömning dokumenteras i munvårdstatus i journalen. Problem i munnen har betydelse för individens välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna äta. Individen ska erbjudas munhälsobedömning och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Uppföljning

All personal har enligt uppgift inte fått den utbildning som ska erbjudas enligt avtal.

Förbättringsåtgärd

- Kontakta Folktandvården och boka utbildningstillfälle

Sammanfattning

Verksamheten omfattar ca 65 lägenheter. Vid uppföljningstillfället bedöms att verksamheten fungerar väl för de boende. Personalen är engagerad och ger ett lugnt och trevligt intryck.

Från årsskiftet tog Trygg hälsa AB över ansvaret för läkarinsatserna vid enheten.

Verksamheten fick även en ny upphandlad sjuksköterskepatrull vid årsskiftet som ansvarar för hälso- och sjukvården och att utfärda eventuella delegeringar till personal under jourtid. Jourpatrullens sjuksköterska är informerad om rutiner och ska påbörja arbetet med delegeringar till lämpliga personer. Delegeringsbeslut för att utföra hälso- och sjukvårduppgifter fungerar bra under dagtid.

Verksamheten skriver avvikelserapporter i avvikelsemodulen. Dessa är inte fullständiga och alla avvikelser rapporteras inte. Avvikelserapporteringen behöver utvecklas liksom den gemensamma hanteringen med att inhämta uppgifter för att kunna analysera orsaker till händelsen så att brister kan åtgärdas samt dokumentera detta i avvikelsemodulen.

Vid uppföljningen framkommer att personalen inte alltid utbildats och instruerats i användandet av medicintekniska produkter (MTP) på grund av tidsbrist. Detta måste omgående kvalitetssäkras av ansvarig chef för boendet.

Verksamheten uppger att skyddskläder används av personalen vid orent arbete och att smycken och klockor inte används. Uppföljning visar att personalen inte alltid har tillgång till

tvål och pappershandukar för att utföra handhygien hos vårdtagarna. Köksförkläden används inte vid hantering av mat/matlagning.

Vid hygienrond 2007 uppmanades verksamheten vid Skolörtens vård och omsorgsboende att köpa in en gemensam diskdesinfektor för rengöring av flergångsmaterial. Detta är inte gjort trots upprepade påminnelser. Vårdprogrammet för multiresistenta staffylococcker (MRSA) efterlevs inte avseende provtagning inför antibiotika behandling.

Vid stickprovskontroller i omvårdnadsjournalerna framkommer att verksamheten behöver utveckla arbetet med vårdplaneringar inför vård i livets slut. Vid bedömning av smärta används inte något bedömningsinstrument utan sjuksköterskan gör en klinisk bedömning.

Vid tidpunkten för uppföljning framkom stora behov av utveckling inom området inkontinens, vilket påtalats vid tidigare uppföljningar. Sjuksköterskorna har utbildning som ger rätt att ordinera och förskriva inkontinenshjälpmedel. Teamarbete saknades och alla var inte utredda av förskrivande sjuksköterska. Inkontinens ska dokumenteras i status under sökord elimination.

Uppföljningen visar att sjuksköterskorna gör riskbedömningar för att förebygga att trycksår uppstår. Vid kontroll i journaler framkommer att det inte utförts på riktigt alla. Trycksår dokumenteras i status under sökord hud där även utseende och åtgärder framgår. Dokumentation av planer har på vissa utförts under sökord plan. Nytt från 2010 är att riskbedömningar numera ska göras minst var 6:e månad.

Vid uppföljningen framkom att de hade börjat med riskbedömning med hjälp av bedömningsinstrument för att förebygga undernäring. Längd, vikt och BMI har istället kontrollerats enligt gamla rutiner. Nattfastan är enligt uppgift för lång. Nytt från 2010 är att riskbedömningar ska göras var 6:e månad.

Verksamheten samverkar i det fallförebyggande arbetet på alla nivåer. Riskbedömningar enligt Downton fallindex har utförts på mer än hälften av alla vårdtagare. Enligt uppgift upprättas planer vid behov. Granskning av journaler visar på brister i hur risker och åtgärder dokumenteras. Åtgärder vidtas men planer saknas oftast. I planen ska åtgärder kopplas till risken/problemet så att det går att följa vilka åtgärder som vidtagits när det föreligger en risk.

Sjukgymnastisk behandling och arbetsterapeutisk träning kan ges individuellt. Verksamheten har tidigare prövat med gruppsammankomster. Det har då inte fungerat. Uppmanar dem att försöka igen.

All personal hade inte fått den utbildning avseende munhälsa som Folktandvården enligt avtal ska erbjuda vårdpersonalen. Ansvarig chef bör kontakta Folktandvården och boka in utbildning till personalen.

Vid kontroll i några journaler framkom för övrigt stora brister i dokumentationen, men även flera bra. Allmänna uppgifter var ofullständiga eller inte uppdaterade tex. vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, samtycke, status är inte uppdaterat. Status ska uppdateras minst en gång per år och återkommande vid förändringar, åtgärder ska kopplas till problem/risk. Vårdplaner var bristfälligt genomförda.