

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Hässelgården vård och omsorgsboende, 4 maj - 27 juni 2011

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MAS. ar från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett uppföljningsinstrument för dokumentations i omvårdnadsjournaler enligt ”Modifierad Catch-ch- Ing framtaget för dokumentationsgranskning.

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att se till;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- att stadsdelens/kommunens rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- 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. Det består av en del frågor som regleras enligt föreskrifter och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska 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 280 poäng. Minst 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

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 (fråga)
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20	
2	Läkemedelshantering	15	20	
3	Delegering	17	20	
4	Avvikelsehantering	18	20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)	17	20	

¹ SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

6	Hygien	14	20	
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Vård i livets slutskede	18	20	
8	Inkontinens	14	20	
9	Trycksår	14	20	
10	Nutrition	16	20	
11	Fall och fallskador	17	20	
12	Demens	16	20	
13	Rehabilitering	20	20	
14	Mun- och tandhälsovård	16	20	
	Summa:	232	280	Uppfyllelse i 83 %

1. Läkarkontakt och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Det ska på äldreboenden finnas rutiner för hur och när personalen ska ta kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rutinerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten som 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 2010 fick verksamheten en ny läkarorganisation, Trygg Hälsa AB. Läkarna är engagerade i vården, välfungerande, deltar i utbildning, och håller god kontinuitet. En ny upphandling av sjuksköterskepatrull genomfördes under 2010 och vid årsskiftet 2011 tog Care team över ansvaret under kvällar och nätter. Vid uppföljning framkommer att den pärm som innehåller MAS rutiner och riktlinjer inte finns kvar för att verksamheten går in i rutinpärmerna som ligger på data. MAS informerade om att rutinerna även måste finnas tillgängliga i pärm för sjuksköterskepatrull och vikarier. Detta ska omgående åtgärdas. Lokala rutiner och aktuella telefonlistor finns.

Förbättringsåtgärd

- Aktuell rutinpärm utarbetade av MAS finns tillgängligt.

2. Läkemedelshantering

All läkemedelshantering är ett omfattande och mycket viktigt ansvarsområde. MAS instruktioner och rutiner samt 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 iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Uppföljning

Sedan föregående års granskning har endast ett par åtgärder vidtagits bl.a insatt kylaggregat i läkemedelsrum och ändring av signeringslistor. Arbetsrutiner för den praktiska läkemedelshanteringen behöver kompletteras se bilaga kvalitetsgranskning av apoteket farmaci.

Förbättringsåtgärd

- Komplettera lokala arbetsrutinen avseende läkemedelshanteringen.
Se bilaga kvalitetsgranskning av apoteket farmaci.

- Under sökord läkemedelsansvar i journalen ska det framgå om sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen

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 en heltidsanställd sjuksköterska inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Uppföljning

Hälso- och sjukvårdspersonalen delegerar överlämnandet av läkemedel, inhalationer, ögon- och öron- och näsdroppar, trycksårsprefylax, gångträning, omläggning av mindre sår och sår som nått läkning etc. till vårdpersonal. Delegeringsbesluten dokumenteras i delegeringsmodulen i VODOK. Vid granskning av delegeringar framkommer även att en sjuksköterska till flera delegerat inj insulin, KAD spolning trots att det inte ska delegeras och för övrigt har verksamheten inte följt gällande rutiner att namnge till vilken patient delegeringsbeslutet gäller vid åtgärder då detta krävs. I samband med delegering av läkemedelsadministrering gör sjuksköterskan alltid en skriftlig kunskapstest. Vid förlängning av delegeringsbeslut gör sjuksköterskan ibland en kunskapstest. Det förekommer att en sjuksköterska har för många delegeringar.

Förbättringsåtgärd

- Kunskapstest vid förlängning av delegeringsbeslut.
- Följa gällande rutiner om vad som får delegeras och namnge till vilken patient beslutet gäller (se schema över arbetsuppgifter).
- Översyn av delegeringsbeslut

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller vid en negativ händelse ska alltid åtgärder vidtas. Händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Uppföljning

Vid uppföljning framkom att verksamheten dokumenterar händelser och vidtar akuta åtgärder. De behöver utveckla analysarbetet för att finna orsak/er för att förebygga återupprepning. Verksamheten saknar lokal skriftlig rutin för hur de hanterar avvikelser på alla nivåer samt lokal rutin för händelse- och riskanalys.

Förbättringsåtgärd

- Utveckla avvikelshanteringen
- Lokal rutiner för avvikelshantering inkl. risk- och händelseanalys

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 sjukgymnaster, arbetsreapeuter 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 ska ske för att produkten ska vara säker.

Uppföljning

Verksamheten har till viss del lokala rutiner för medicintekniska produkter. Alla produkter är inte registrerade i en förteckning innehållande produkt, datum för inköp och kontroll. Avtal för regelbunden kontroll finns för sängar och liftar, vilka kontrolleras årligen av formellt tekniskt utbildad person. Personalen utbildas i användandet av produkter och ges handledning. Alla hjälpmedel provas ut och förskrivs individuellt av behörig förskrivare, som också följer upp hur dessa används.

Förbättringsåtgärd

- Utarbeta lokala rutiner för registrering, kontroll och utbildning
- Översyn av inventarieförteckning

6. Hygien

Många 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 skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Det är en kvalitets- och säkerhetsfråga, med tanke på risk för smittspridning. Vid arbete i köket med mat/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Uppföljning

Personalen får information om basala hygienrutiner och använder kortärmade arbetskläder. De följer basala hygienrutiner och använder skyddsutrustning samt har händer och underarmar fria från smycken och klockor. Vid besöket fanns det dock inte alltid tillgång till tvål, sprit, handdukstork och handskar i alla storlekar i lägenheter, tvättstugor enligt gällande rutiner. Personalen påtalar att det är lite oordning nu på grund av omfördelning av personal på huset i och med intagningsstopp för att minska antalet platser inför den planerade flytten till A-huset samt att de ska få leverans nästkommande dag. Verksamheten har inte någon speciellt utsedd personal som inte deltar i omvårdnadsarbetet som ansvarar för (mat/matlagning) köket, men försöker lösa det. Vissa enheter använder inte alltid köksförkläde. Diskdesinfektor kommer att finnas vid inflyttning i de nya lokalerna i A-huset.

Förbättringsåtgärd

- Utarbeta lokala rutiner för verksamhetens regelbundna egenkontroller av hygienrutiner. Utse ansvariga.
- Översyn av tillgång till tvål, sprit, handskar i alla storlekar, och förkläden i alla lägenheter, tvättstugor etc, samt visir enligt gällande rutiner utifrån gällande vårdprogram.
- Upphållningsanordning för handskar och förkläden i lägenheter alt. låsbart hygienskåp.
- Upphållningsanordning för handskar och förkläden samt sprit, tvål och tork i alla tvättstugor/sköljar/omklädningsrum.
- Planera personalen så att personal som arbetar i köket inte deltar i omvårdnadsarbetet.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Inför vård i livets slut ska en vårdplanering genomföras med berörd personal och läkare i samråd med patient/närstående. Av dokumentationen ska det framgå att det är vård i livets slutskede och de åtgärder som vidtagits. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska även finnas möjlighet för närstående att delta i vården.

Uppföljning

Vi uppföljning framkommer att verksamheten inte erbjuder samtal om palliativ vård och vård i livets slut i ett med patient/närstående i ett tidigt skede. De erbjuder dock om att delta i vårdplanering. Verksamheten tar in x-tra vak vid vård i livets slut. Vid journalgranskning saknas en samlad plan för palliativ vård och vård i livets slut innehållande planerade aktuella åtgärder. Det framkommer endast att det är vård i livets slut i planen, dock inte i alla. Detta dokumenteras på olika ställen i journalen beroende på enhet.

Förbättringsåtgärd

- Informera den boende/ närstående om att de kan bo kvar och att det finns resurser att ge god vård i livets slut
- Plan ska upprättas innehållande åtgärder t.ex. x- vak, smärtbehandling, behandling med lugnande, munvård, vändschema etc.
- Under sökord "åtgärder vård i livets slut": ska uppgift om vård i livets slut, trosuppfattning etc. anges.
- Smärtbedömning enligt VAS skala

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 i att förskriva inkontinenshjälpmedel. Varje boende ska ha en utsedd ansvarig sjuksköterska (omvårdnadsansvarig sjuksköterska). Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning avseende urinläckage och utreda problem med inkontinens, upprätta vårdplan och förskriva rätt hjälpmedel samt samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge en god vård till patienten. Detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Uppföljning

Alla sjuksköterskor utom en har förskrivningsrätt och de arbetar i team med utprovning och individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Alla boende med inkontinenssymptom är inte utredda av sjuksköterska enligt MAS rutiner eller gällande vårdprogram "Nicola". Vid uppföljningen framkom att resultat av utredningar inte dokumenteras i status och att omvårdnadsplan för boende med inkontinens eller KAD (kvarliggande kateter) saknas. Detta dokumenteras endast i status.

Förbättringsåtgärd

- Utredning av boende som efter riskbedömning visar symptom på inkontinens
- Upprätta omvårdnadsplan med uppgift om problem/behov som framkommit vid utredning av inkontinens och uppgifter på ev, hjälpmedel t ex KAD, inkontinensskydd (produkt, storlek, byte)
- Utbildning till sjuksköterska som saknar förskrivningsrätt

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppstår, t ex. lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen. För att förhindra att trycksår uppstår ska sjuksköterskan i förebyggande syfte göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen och resultatet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Vid risk ska en plan upprättas innehållande de åtgärder som ska vidtas utifrån resultatet för att förebygga att trycksår uppstår.

Uppföljning

Vid uppföljningen framkom att sjuksköterskornas uppdaterats ibland avseende sårvård, senast av Sodexo. Verksamheten gör riskbedömningar årligen. De upprättar inte en fullständig plan med åtgärder och uppföljning, utan endast problembeskrivning och mål. Vid tidpunkten för uppföljning hade verksamheten 5-6 patienter med trycksår (små sår). Sjuksköterskan använder inte någon skattningsskala för bedömning av smärta utan gör en klinisk bedömning.

Förbättringsåtgärd

- Regelbunden uppdatering i sårvård
- Följa kvalitetsnormen avseende förebyggande och behandlande av trycksår
- Utveckla vårdplanen- koppla mål, åtgärder och uppföljningar till den ursprungliga problembeskrivningen så att varje problem ger en samlad plan
- Använda VAS skala vid smärtbedömning

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka ska följas. Sjuksköterskan ska årligen göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. MNA och BMI-värdet (Body Mass Index) ska mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Uppföljning

Vid uppföljningen framkom att alla patienter kan erbjudas individuellt anpassad kost vid malnutrition och att de har lokala rutiner för att förebygga nutritionsproblem. Nattfastan är dock högre än 11 timmar. Längd och vikt kontrolleras i samband med inflyttning och regelbundet för att upptäcka viktnedgång. Riskbedömningar enligt MNA görs årligen. Planen innehåller problem och mål, men saknar åtgärder och uppföljningar. Dessa ska kopplas till planen för att få en samlad bild. Näringspreparat ordineras av sjuksköterska i samråd med läkare. Vid svåra fall skrivs remiss till dietist.

Förbättringsåtgärd

- Minska nattfastan
- Utveckla vårdplanen - koppla mål, åtgärder och uppföljningar till den ursprungliga problembeskrivningen så att varje problem ger en samlad plan

11. Fall och fallskador

Det förekommer ofta att äldre faller. Ibland leder detta till en skada eller fraktur som medför smärta och ibland allvarliga konsekvenser för patienten. Enheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras

vid inflyttningen och därefter årligen samt vid behov. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet och analysera fall. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan alltid ta kontakt med läkare. Riskbedömning, plan med åtgärder för att förebygga skada ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Uppföljning

Verksamheten har rutiner och arbetar i team för att förebygga fallskador. Vid uppföljningen framkom att sjuksköterskan inte alltid blir kontaktad av personalen vid fallolyckor. Personalen får utbildning och handledning i fallförebyggande åtgärder. Sjukgymnast och arbetsterapeut kontaktas inte heller alltid. Sjuksköterskan kontaktar inte alltid läkare vid fallolyckor som drabbar en patient med demenshandikapp.

Förbättringsåtgärd

- Informera om personalens skyldighet att kontakta sjuksköterskan vid fallolyckor
- Utveckla teamarbetet
- Läkare ska alltid kontaktas när en patient med nedsatt mental förmåga har fallit

12. Demens

Hässelgården äldreboende är ett boende avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. På dessa enheter får de boende inte lämnas ensamma. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom ska ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det ska finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska bedömning, åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Uppföljning

I förvaltningen pågår ett projekt utifrån de nationella riktlinjerna om vård och omsorg vid demens sjukdom. Personalen har fått mycket utbildning och arbetsgrupper har bildats. Personalen får även handledning av den legitimerade personalen inom demens sjukvård. Vid inflyttning i nya lokaler i A-huset kommer varje enhet ha 9 boende. All personal behärskar inte svenska språket bra. Det saknas kunskap om att MAS ska informeras om antal individuellt anbringade Gps-larm och antal utlösta larm. Verksamheten framför att samtycke inhämtas innan en skyddsåtgärd vidtas. Under uppföljningsperioden har verksamheten endast haft en person med grenbälte/bälte och två eller tre personer som har sänggrind.

Förbättringsåtgärd

- Genomgång av rutiner för skyddsåtgärder och individuella larm (se flik 7:12)
- Rapportera användning av skyddsåtgärder till MAS (se blankett under flik 7.12.2)

13. Rehabilitering

En rehabjournal innehållande ADL status ska upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar ska förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp.

Uppföljning

Vid uppföljning framkommer att sjukgymnast och paramedicinsk personal ger träning och behandling i grupp och individuellt, handleder personal, deltar i vårdplanering, gör ADL-bedömningar vid inflyttning, ordinerar hjälpmedel, bedömer förflyttningsstatus och upprättar rehabiliteringsplaner. Dokumentation görs i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

-

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Uppföljning

Vid uppföljning framkom att sjuksköterskorna gör munstatus vid inflyttning och att detta dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Riskbedömningsinstrumentet används vid utförandet av munstatus till ca 75%. Tandhygienisten utför munhälsobedömning årligen. Vid besöket överlämnas munvårdskort med råd och anvisningar till personalen. Munhälsobedömningar dokumenteras i status, sökord nutrition – munhälsobedömning.

Förbättringsåtgärd

- Fortsatt utveckling av vårdplaner utifrån riskbedömningsinstrument för munstatus innehållande åtgärder och uppföljning

Dokumentation

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har granskat 15 % av journalerna. Vid granskningen framkommer att verksamhetens dokumentation har förbättrats sedan föregående granskning och att det kan variera mellan olika enheter. Det kvarstår dock vissa brister och behov av utveckling.

Allmänna obligatoriska uppgifter- Är inte alltid komplett. Oftast saknas uppgift om utförd ID-kontroll, uppgiftslämnare och upplysning/samtycke.

Omvårdnadsanamnes- Oftast saknas uppgift om överkänslighet och läkemedelsansvar, men för övrigt bra.

Omvårdnadsstatus- Status var fullständigt i alla journaler utom en som saknade andning/cirkulation. Status upprättades i samband med inflyttning i alla journaler utom två. Status ska uppdateras vid förändringar och får inte vara äldre än ett år. Mer än hälften

var fullständigt uppdaterade under vårdtiden. Vissa journaler var uppdaterade till viss del. ADL status var tillfredsställande.

Omvårdnadsplan- Sjuksköterskor och paramedicinare utför riskbedömningar årligen, men behöver utveckla planerna. Oftast framkommer problembeskrivningar löpande och därefter mål. Ett par journaler innehöll problembeskrivning/behov, mål och åtgärder eller problembeskrivning/behov, mål och resultat. Planerade och utförda åtgärder samt resultat ska kopplas till respektive problem/behov.

Epikriser - Alla granskade journaler innehöll en sammanfattning på hela vårdtiden

Alla uppgifter i journalerna var daterade och signerade.

Förbättringsåtgärd

- Alla uppgifter ska dokumenteras under allmänna obligatoriska uppgifter
- Överkänslighet och läkemedelsansvar ska dokumenteras under anamnes. Under sökord läkemedelsansvar i journalen ska det framgå om sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen
- Använd diagnos sökorden i status och uppdatera alla uppgifter vid förändring. Inget status får vara äldre än ett år.
- Upprätta en vårdplan för varje risk (efter riskbedömning) andra problem/behov genom att koppla mål, åtgärder och resultat till problembeskrivningen/behov

Sammanfattning

Inför uppföljningen har MAS skickat ut en enkät som besvarats av ansvarig chef, sjuksköterskor och arbetsterapeut. Därefter har MAS gått igenom de besvarade frågorna med verksamheten. Slutligen har 15% av alla journaler granskats för att kontrollera kvaliteten och behov av vidare utveckling.

För att få poäng vid uppföljningen ska verksamheten följa rutiner, riktlinjer och gällande författningar som styr hälso- och sjukvården och föra journal enligt patientdatalagen. Dokumentation ska vara tydlig så att vården ska kunna följas.

Vid uppföljningen framkommer att personalen gör ett bra arbete och att verksamheten har utvecklats, men att det kvarstår vissa behov av utveckling inom de olika kvalitetsområdena och behov av att förtydliga lokala arbetsrutiner för läkemedelshantering (bilaga kvalitetsgranskning av apoteket farmaci), avvikelshantering, medicintekniska produkter, egenkontroll av hygienrutiner.

På de olika enheterna fanns det inte tillgång till handskar i alla storlekar, tork, tvål och sprit enligt basala hygienrutiner. Det är en kvalitets- och säkerhetsfråga, med tanke på risk för smittspridning. Det förekom också att lösningsmedel etc. förvarades i utrymmen som var olåst vilket är allvarligt då det finns risk för att någon ska få i sig detta.

För övrigt förekommer det att vid behovs läkemedel lämnas ut i läkemedelskåp för att ge vid behov av vårdpersonal. All läkemedelshantering är ett ansvar och en arbetsuppgift som ska utföras av sjuksköterska. Sjuksköterska har dock en möjlighet att delegera överlämnande av läkemedel från doseringshjälpmedel. Däremot att bedöma om en patient ska ha läkemedel får

inte delegeras till vårdpersonal utan ska bedömas av sjuksköterska på plats. Detta fungerar inte alltid enligt rutinerna på grund av att vi inte har en organisation med egna sjuksköterskor under dygnets alla timmar. Med tanke på den ökade vårdtyngden med patienter som är multisjuka, har smärttillstånd och palliativ vård eller vårdas i livets slut etc. så behöver verksamheten sjuksköterska på plats dygnet runt. Det förekommer även att det finns behov av att ge dropp, men det går inte då det saknas sjuksköterska. Istället får dropp ges dagtid vilket hindrar patienters rörlighet.

Vid journalgranskning framkom att dokumentationen har förbättrats sedan föregående uppföljning. Allmänna uppgifter, status var dock inte alltid fullständigt dokumenterade. Riskbedömningar avseende nutrition, trycksår, fall och ADL genomförs årligen. Det brister dock i upprättande av vårdplaner. Flera brister i dokumentationen kan förmodligen härledas till kunskaps- och/ eller informationsbrist avseende hur och var det ska dokumenteras.
