

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégårdens vård- och omsorgsboende, 2017

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASar 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 den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter 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

Resultatet från årets uppföljning kan inte helt jämföras med tidigare då Qusta-materialet reviderats med nya frågeställningar. Detta kan påverka poängen/procentsatsen för enskilda frågor och därmed totalresultatet.

Bedömningen är att Linnégården vård- och omsorgsboende har förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten. 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 av det tvärprofessionella teamarbetet och områdena hygien, arbetet med prevention för fall och trycksår samt dokumentation.

Verksamheten har under senaste året haft en stor omsättning av sjuksköterskor. Det bedöms vara en bakomliggande orsak till att verksamhetens resultat är lägre än föregående år. Nyrekryteringar har genomförts och alla tjänster är vid uppföljningen tillsatta. Ett genomgripande arbete med implementering av ledningssystemets rutiner avseende hälso- och sjukvården samt att skapa kontinuitet och stabilitet i gruppen pågår. Verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska deltar aktivt i detta arbete liksom verksamhetens dietist.

Handlingsplan efterfrågas för att säkerställa förutsättningarna för följsamhet till basala hygienrutiner. För att säkerställa hälso- och sjukvårdens processer och rutiner följs Qusta-resultatet upp vid samverkansmöten och vid verksamhetsuppföljning 2018.

Jämförande uppföljningsresultat för verksamheten

2016	2017
270 poäng 96 %	258 poäng 90 %

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Samverkan och informationsöverföring	20	20
2	Läkemedelshantering	19	20
3	Delegering	19	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter	18	20
6	Hygien	17	20
7	Rehabilitering	19	20
8	Demens	10	10
	Frågor om vård och behandling		
9	Fallprevention	17	20
10	Trycksår	17	20
11	Nutrition	20	20
12	Mun och tandvård	18	20
13	Kontinens	19	20
14	Vård i livets slutskede/Palliativ vård	19	20
15	Dokumentation	6	10
	Summa	258	280

1. Samverkan och informationsöverföring

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/Utvecklingsområden

Verksamheten har i samverkan med läkarorganisationen tillgång till journalsystemet Take Care. Läsbehörigheten ger hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att inhämta information om patienten.

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/Utvecklingsområden

Extern granskning har genomförts i november 2016. Följsamheten till att signera vid överlämnande av läkemedel vid delegering är ett fortsatt utvecklingsområde enligt verksamheten. Egenkontroller görs regelbundet.

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/Utvecklingsområden

Säkerställ att givna delegeringar följs upp och att de är aktuella. Dokumentationssystemets modul för delegeringar har inte implementerats i verksamheten.

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/Utvecklingsområden

Verksamheten rapporterar och hanterar händelser i företagets eget kvalitetssystem. Andelen avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande har minskat det senaste året.

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/Utvecklingsområden

Verksamheten bör komplettera inventarieförteckning med produkter som används för undersökning och behandling. Kontroller av sängar genomfördes i oktober 2016 och personlyftar är inplanerade under första halvåret. Lyftselar besiktas var sjätte månad enligt standard.

Ett sätt att säkerställa kunskap om hjälpmedels-förskrivning kan vara att implementera att all berörd personal genomgår Socialstyrelsens webbutbildning på ”Kunskapsguiden”.

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/Utvecklingsområden

Tillgång till skyddsutrustning saknas i de utrymmen där basala hygienrutiner ska tillämpas. Vid uppföljningen noteras att verksamheten inte säkerställt detta trots påpekande vid tidigare

uppföljningar. Verksamheten har lämnat en handlingsplan med åtgärder som ska verkställas innan sommaren. Utbildning av hygiensjuksköterska har genomförts under våren.

Verksamheten har inga fungerande desinfektorer vilket innebär att rengöring och desinfektion av orent gods behöver säkerställas på annat sätt.

7. 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/Utvecklingsområden

Verksamheten behöver säkerställa strukturen för det tvärprofessionella teamarbetet där alla professioner kring den enskilde samverkar. Verksamheten har säkerställt tillgången på rehabiliteringskompens.

8. 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/Utvecklingsområden

Verksamheten har utbildat administratörer och bedömningar och åtgärder utifrån BPSD ska implementeras.

9. Fallprevention

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/Utvecklingsområden

Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner när fallrisk identifierats och beslut om åtgärder fattats. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett utvecklingsområde.

10. Trycksår

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Det saknas rutiner för att avvikelserapportering vid nypuptäckta trycksår i samband med inflyttning/återkomst från slutenvården. Detsamma gäller rutiner för trycksår som uppkommit i verksamheten. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett utvecklingsområde.

Verksamheten behöver säkerställa att bedömningar av smärta utförs på ett evidensbaserat sätt. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner när risk för trycksår identifierats och beslut om åtgärder fattats.

11. Nutrition

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Vårdgivaren har en dietist som arbetar både strategiskt och kliniskt i verksamheten. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett utvecklingsområde samt att involvera teamets professioner.

Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner när risk för undernäring identifierats och beslut om åtgärder fattats.

12. 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/Utvecklingsområden

Säkerställ att kompetenshöjning ges vad gäller bedömning av munstatus. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner när risker identifierats och beslut om åtgärder fattats. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett utvecklingsområde.

13. Kontinens

I särskilt boende ska det finnas sjuksköterska med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Utredning ska göras innan förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Bedömning/Utvecklingsområden

I verksamheten finns legitimerad personal med formell kompetens i förskrivningsrätt avseende inkontinens. Verksamheten behöver säkerställa vilka rutiner som gäller. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner där problem identifierats.

14. 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/Utvecklingsområden

Verksamheten behöver säkerställa att bedömningar av smärta utförs på ett evidensbaserat sätt.

Palliativa ombud har utbildats i verksamheten som ett led i att utveckla palliativt förhållningssätt och arbetssätt. Under hösten kommer det palliativa teamet att kompletteras med en sjuksköterska.

15. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen

ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har en handledare för dokumentation. Verksamheten har en handlingsplan för att utveckla kompetens med syfte att säkerställa dokumentation i Vodok. Handlingsplanen är framtagen i samverkan med stadsdelens dokumentationsstödjure som utbildar och handleder enligt planen. Rutin för loggkontroller behöver tas fram.

Annica Myhr Högström	Linnéa Svanström Leistedt
Medicinskt Ansvarig	Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska	för Rehabilitering