

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Dianagårdens 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.

Förvaltningens bedömning är att Dianagårdens 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 områdena delegering, medicintekniska produkter, hygien, demens, trycksår, nutrition, mun och tandvård, vård i livets slut/palliativ vård och dokumentation. Ingen handlingsplan efterfrågas. Qusta-resultatet följs upp löpande under kommande år, bl.a. genom deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten.

Jämförande uppföljningsresultat för verksamheten

2016	2017
272 poäng (98%)	268 poäng (96%)

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Utvecklingsområden
1	Samverkan och informationsöverföring	20	20	
2	Läkemedelshantering	20	20	
3	Delegering	18	20	2, 7
4	Avvikelsehantering	20	20	
5	Medicintekniska produkter	19	20	3
6	Hygien	19	20	10
7	Rehabilitering	20	20	
8	Demens	9	10	7
	Frågor om vård och behandling			
9	Fallprevention	20	20	
10	Trycksår	19	20	11
11	Nutrition	19	20	11
12	Mun och tandvård	19	20	3
13	Kontinens	20	20	
14	Vård i livets slutskede/Palliativ vård	19	20	11
15	Dokumentation	7	10	2, 3, 5
	Summa	268	280	Uppfyllelse 96 %

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

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfylla.

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 genomfördes under 2016.

Egenkontroller av läkemedelsöverlämnandet görs för att fortlöpande säkerställa följsamheten till att signera.

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

Verksamheten har under året genomfört en utbildning om vad delegering och läkemedelshantering innebär. Egenkontroll av delegeringar har genomförts vilket bl.a. säkerställer att alla delegeringar är skriftliga och att kunskapskontroll utförs vid förnyat delegeringsbeslut. Det framkommer att överlämnande av läkemedel vid enstaka tillfällen sker utan skriftlig delegering. Ett utvecklingsområde är att kunskapstest alltid genomförs vid förnyelse av delegering.

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

Andelen avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande har minskat avsevärt 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 genomför förebyggande service och kontroll av vårdsängar vartannat år. Personlyftar besiktas årligen. Ett sätt att säkerställa kunskap om hjälpmedelsförskrivning kan vara att implementera att all berörd personal genomgår Socialstyrelsens webbutbildning på "Kunskapsguiden". Förteckning över medicintekniska produkter behöver utvecklas och kompletteras med uppgifter om ID-nummer och intervall för kontroller och service samt ansvarig.

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

Verksamheten behöver säkerställa rengöring och desinfektion av orent gods/instrument.

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

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

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

Säkerställ att samtycke alltid inhämtas och dokumenteras i samband med beslut om och när en skyddsåtgärd används.

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

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

10. Trycksår

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten behöver säkerställa att bedömningar av smärta utförs på ett evidensbaserat sätt, t.ex. genom smärtskattning med Abbey pain scale.

11. Nutrition

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har tillgång till dietist. I dietistens uppdrag ingår kliniska bedömningar när sjuksköterskan har behov, t.ex. för ordination av näringspreparat.

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

Lärlarledd utbildning för omvårdnadspersonal har inte genomförts under året men är bokad till februari 2018.

13. Kontinens

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

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda.

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

Palliativa ombud har utbildats i verksamheten som ett led i att utveckla palliativt förhållningssätt och arbetssätt vid vård i livets slut. Verksamheten behöver säkerställa att bedömningar av smärta utförs på ett evidensbaserat sätt, t.ex. genom smärtskattning med Abbey pain scale.

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/Utvecklingsområden

Verksamheten saknar handledare men har erbjudits processtöd, med bl.a. introduktion av nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal från stadsdelens dokumentationsstödjare. Att genomföra loggkontroller enligt riktlinjer är ett utvecklingsområde.

Dokumentationsgranskning

Bedömningen är att dokumentationen har utvecklats under senaste året. Granskade journaler innehåller väsentlig information men följer inte alltid journalsystemets struktur vilket gör att sökbarheten försvåras avseende vårdprocessen. I urvalet fanns ingen aktuell dokumentation över insatser nattetid.

Utvecklingsområden

För att säkerställa vårdprocessen behöver kompetensstöd ges. Genom egenkontroller kan verksamheten säkerställa ett fortsatt lärande och utveckling av journalföring för hela dygnet. Ett exempel på egenkontroll är att genomföra kollegial granskning.

Annica Myhr Högström	Linnéa Svanström Leistedt
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Medicinskt ansvarig för rehabilitering