

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Linnégårdens vård- och omsorgsboende, 2018

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

Utifrån identifierade områden från föregående års kvalitetsuppföljning har verksamheten aktivt arbetat med utveckling. Man har arbetat med att utveckla teamarbetet och har påbörjat implementering av delegeringsmodul i Vodok. Kontinuiteten i hälso- och sjukvårdsgruppen har stabiliserats vilket har gynnat möjligheterna att arbeta med utveckling av hälso- och sjukvården.

Ledningssystemet har en struktur med rutiner som i stora delar ger förutsättningar för verksamheten att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Brister kopplat till verksamhetens mervärden som behöver säkerställas är;

- att mer strukturerat genomföra samtliga riskbedömningar enligt kriterium 2:2 i anbudet,
- att redovisa aktuella rutiner för arbetssätt, hur specifik rehabilitering vid inflyttning säkerställs enligt kriterium 3:2.

Utvecklingsområden som kvarstår är;

- att hälsoplaner i större utsträckning kopplas till utredningar där risker bedömts,
- att rutiner för bedömning avseende blås- och tarmdysfunktion implementeras,
- att det palliativa teamet ges möjlighet att utveckla det palliativa förhållningssättet samt
- att utveckla arbeta med strukturerade egenkontroller som innefattar analyser för fortsatt utveckling av olika processer.

Jämförande uppföljningsresultat

Uppföljningsunderlaget har reviderats från föregående år och resultatet kan inte fullt ut jämföras mellan åren men visar på den aktuella kvalitetsnivån i verksamheten.

2016	2017	2018
270 p. 96 %	258 p. 90 %	247 p. 91 %

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng
1	Samverkan och informationsöverföring	19	20
2	Läkemedelshantering	19	20
3	Delegering	18	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter	19	20
6	Hygien	17	20
7	Rehabilitering	18	20
8	Demens	9	10
9	Dokumentation	10	10
	Frågor om vård och behandling		
10	Fallprevention	18	20
11	Trycksår	18	20
12	Nutrition	18	20
13	Mun och tandvård	9	10
14	Kontinens	17	20
15	Vård i livets slutskede/Palliativ vård	18	20
	Summa	247	270

Resultatredovisning

1. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen ska kontakta ansvarig läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Telefonnummer till läkare och ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuella. Avtal och samarbetsöverenskommelser för läkarinsatserna ska finnas tillgängliga.

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

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader.

Bedömning/Utvecklingsområden

Extern granskning har genomförts i oktober 2017. Följsamheten till att signera vid överlämnande av läkemedel vid delegering är ett fortsatt utvecklingsområde enligt verksamheten.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Bedömning/Utvecklingsområden

Dokumentationssystemets modul för delegeringar är under implementering i verksamheten. Givna delegeringar följs upp och verksamheten har ett pågående arbete att säkerställa aktuella delegeringar. Egenkontroll av signeringslistor sker månadsvis, men kan utvecklas avseende dokumenterad analys och vidtagna åtgärder. Lokala rutiner för delegering behöver revideras.

4. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Verksamheten ska ha rutiner för hur rapportering och hantering av risker och avvikelser sker samt hur utredningar av vårdskador går till. Risker för vårdskador eller händelser som orsakat vårdskada ska alltid utredas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Av rutinerna ska även framgå hur samverkan sker med MAS/MAR vid risk eller misstanke om allvarlig vårdskada.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten rapporterar och hanterar händelser i företagets eget kvalitetssystem. Avvikelser som hanteras tas upp vid förlängda APT-möten. Andelen avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande har minskat men är fortfarande ett utvecklingsområde. Broschyr finns med information till patient om klagomål och synpunkter samt information om IVO och patientnämnders uppdrag och uppgifter.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmiddel. Ett inventariesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamhetens inventarieförteckning ska kompletteras med ytterligare produkter som används för undersökning och behandling som till exempel stetoskop och våg.

Kontroller av sängar och taklyftar genomfördes i september-oktober 2018 och mobila personlyftar under första halvåret. Lyftselar besiktas var sjätte månad enligt standard.

6. Vårdhygien

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. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Bedömning/Utvecklingsområden

Säkerställ att personalen har god följsamhet till basala hygienrutiner genom fortlöpande utbildning, t.ex. genom webbutbildning och egenkontroller. Verksamheten har ett desinfektionsrum med spol- och diskdesinfektor. Rengöring och desinfektion av instrument och gods i desinfektorerna är ett utvecklingsområde. Följsamhet, arbetsätt och flöden bör säkerställas i desinfektionsrummet liksom hantering av orent och höggradigt rent gods.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ska erbjudas efter bedömt behov. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetsätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har under året utvecklat det tvärprofessionella teamarbetet där alla professioner kring den enskilde samverkar. Verksamheten behöver anpassa arbetsätt för rehabiliteringsinsatser i samband med inflyttning i enlighet med det mervärde som poängsattes vid upphandlingen.

8. Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens ska finnas i verksamheten och följa de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. En förutsättning för att säkra att personalen tillräcklig kompetens inom området är tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har utbildat administratörer och bedömningar och åtgärder utifrån BPSD implementeras i det tvärprofessionella teamet. Verksamhetens PPM-mätning av skyddsåtgärder visar att dokumentation av samtycken behöver säkerställas.

9. 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. Verksamheten ska ha rutiner för behörighetstilldelning och loggkontroller.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har två handledare för dokumentation. Egenkontroll har genomförts vid två tillfällen under året. Arbetet med att säkerställa dokumentationen i Vodok är ett fortsatt utvecklingsarbete t.ex. genom att införa regelbunden kollegial granskning. Stöd till handledare kommer att ges vid handledarträffar anordnade av stadsdelens dokumentationsstödare.

10. Fallprevention

Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande åtgärder. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med patient. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Bedömning/Utvecklingsområden

Viss kompetens i området fallprevention finns men verksamheten bedömer att personalens kunskaper kan ökas. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett fortsatt utvecklingsområde liksom att när fallrisk identifierats koppla bedömningen till hälsoplan. Verksamheten har arbetat med detta under året och gjort framsteg.

11. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Bedömning/Utvecklingsområden

Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett fortsatt utvecklingsområde. Följsamhet till rutiner att aktuella bedömningar finns behöver säkerställas. 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.

12. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition.

Bedömning/Utvecklingsområden

Vårdgivaren har en dietist som arbetar både strategiskt och kliniskt i verksamheten. Erbjudande och genomförande av riskbedömning är ett fortsatt utvecklingsområde liksom att involvera teamets professioner i det preventiva arbetet. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner när risk för undernäring identifierats och beslut om åtgärder fattats. Analys av egenkontroll över nattfastan är ett utvecklingsområde.

13. Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Stockholms läns landsting.

Bedömning/Utvecklingsområden

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

14. Kontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problemen med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten behöver säkerställa vilka rutiner som gäller vid utredning av blås- och tarmdysfunktion. Det är ett pågående utvecklingsarbete att upprätta hälsoplaner där problem identifierats.

15. Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etniska och religiösa tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

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. Teamet är nu kompletterat med två sjuksköterskor. Utveckling av det palliativa förhållningssättet pågår. Verksamheten behöver ta fram rutiner för hur det palliativa arbetet och ska utföras.

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