



RAPPORT 2012:12

Att mäta kvalitén i kommunens hälso- och sjukvård

QUSTA kvalitetsmätning i särskilda boendeformer
för äldre i Västernorrland.

Författare: Anders Engelholm och Madeleine Blusi



QUSTA, 2012:12

Kommunförbundet; FoU Västernorrland
Gånsviksvägen 4
Box 3014
871 03 Härnösand
Tfn: 0611-55 78 50
Fax: 0611-231 39
E-post: info@y.komforb.se |

Tryck: Hemströms Tryckeri
Omslagsbild: Alexander Raths
ISSN: 1653-2414
ISBN: 978-91-85613-66-3

Förord

Att utveckla och utvärdera hälso- och sjukvården i kommunens särskilda boenden är en av den Medicinskt ansvariga sjuksköterskans, MAS, huvuduppgifter. I Västernorrland, har det sedan övertagande av hälso- och sjukvården för äldre i samband med Ädelreformen i början av 90-talet, inte funnits några gemensamma kvalitetsmått eller genomförts kvalitetsmätningar med jämförelse mellan kommunerna. Genom att använda en standardiserad metod i flera kommuner möjliggör jämförelser mot ett större område och även möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan både verksamhetsföreträdare och olika särskilda boende samt mellan kommunernas MAS:ar.

Med hjälp av QUSTA kvalitetsmätningssinstrument har MAS:arna i Västernorrland fått ett verktyg för utvärdering av den kommunala hälso- och sjukvården som även möjliggjort jämförelser mellan kommuner och olika särskilda boenden. I samarbete mellan länets kommuner och FoU-Västernorrland har en totalundersökning kunnat genomföras där länets samtliga kommuner och särskilda boenden har deltagit. Totalt har 107 särskilda boenden svarat och databasen innehåller totalt 16 142 frågor och svar som ligger till grund för denna rapport.

Föreliggande rapport – som är den första i sitt slag – försöker även värdera hur QUSTA kvalitetsmätning tagits emot och fungerat i kommunerna och lämnar även förslag inför framtida gemensamma mätningar.

Ett stort tack till kommuner och stadsdelar i Stockholms län som tagit fram QUSTA och möjliggjort att denna kvalitetsmätning kunnat genomföras i Västernorrland.

Anders Engelholm

Utvecklingsledare och ansvarig för QUSTA-mätningen i Västernorrland.

Sammanfattning

QUSTA kvalitetsmätning har genomförts på alla 107 särskilda boenden för äldre i Västernorrlands län. Arbetet med kvalitetsmätningen var omfattande – men gav medarbetarna i länets särskilda boenden möjlighet att självskatta den kvalitet som ges inom den kommunala hälso- och sjukvården.

QUSTA-mätningen omfattade 14 delområden inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar och är uppdelade i två huvudområden, regelverk och omvårdnad. Resultatet visar att kvaliteten generellt är god – men att det finns utvecklingsområden som behöver uppmärksammas mer.

Mätningen visar att kommunernas särskilda boenden skattar sig högre vad gäller att följa regelverk och något lägre vad gäller omvårdnad. Kontaktrutiner, avvikelshantering och delegeringsrutiner är de starkaste områdena, medan omvårdnadsområden som inkontinens och munhälsovård har skattats lägre.

QUSTA som uppföljningsmodell har varit uppskattad av både kommunens medarbetare och av kommunens Medicinskt ansvariga sjuksköterska, MAS. Mätningen har skapat en arena för kvalitetsdiskussioner i det särskilda boendet mellan medarbetare och ledningen inom kommunens hälso- och sjukvård. Det finns nu en backspegel att titta i inför kommande mätningar.

Innehåll

Sammanfattning	4
Innehåll	5
Inledning	6
Ledningssystemför kvalitet och säkerhet	7
Vad är kvalitet?	7
Kvalitetsinstrumentet QUSTA	8
Syfte	10
Metod	11
Instrument	11
Databearbetning	13
Analys	13
Resultat	14
Arbetsprocessen	14
QUSTA-enkäten	16
Förslag inför nästa QUSTA-mätning	19
Resultat Ånge kommun	19
Resultat Sundsvalls kommun	21
Resultat Timrå kommun	22
Resultat Härnösands kommun	22
Resultat Kramfors kommun	23
Resultat Sollefteå kommun	26
Resultat Örnsköldsviks kommun	26
Diskussion	28
Metoddiskussion	29
Slutsats	30
Referenser	31
Bilagor	32

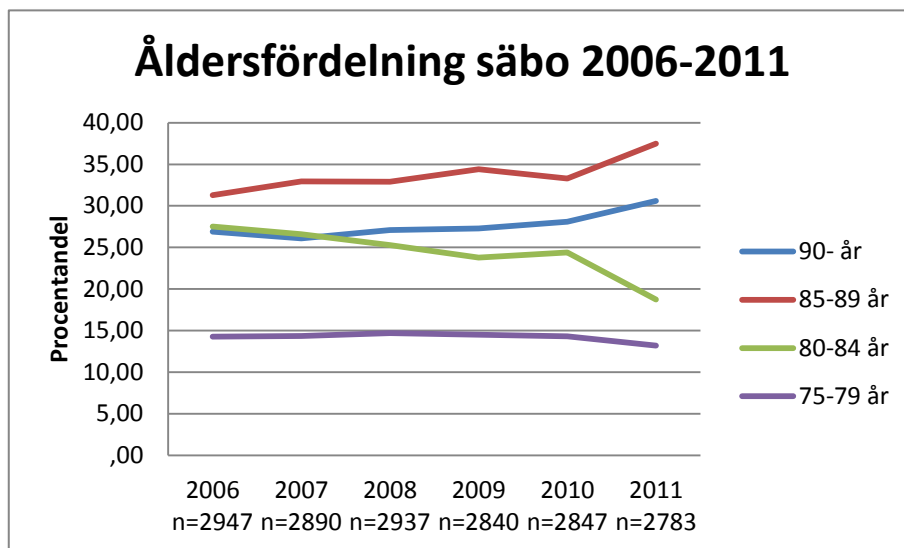
Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska Sveriges kommuner erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla personer som har bistånd för boende i kommunens särskilda boendeenheter och dagverksamheter för äldre. Garanten för att uppfylla kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är avhängt legitimerade sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuters kompetensnivå. Kommunerna ska dessutom erbjuda en god rehabilitering, habilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. Ansvar för läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården åligger landstinget. I kommunerna har den Medicinskt ansvarige sjuksköterskan, MAS, det högsta medicinska ledningsansvaret. MAS har, förutom det medicinska ledningsansvaret, även ansvar för att följa upp och granska kvaliteten i hälso- och sjukvården, utreda fel och brister samt anmäla dem till tillsynsmyndighet, Socialstyrelsen, om det är fråga om allvarliga brister. MAS svarar under socialnämnd eller/motsvarande som är kommunens vårdgivare. MAS samverkar även med i kommunen utsedd verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

Det särskilda boendet inrättades i samband med Ädelreformen i början av 1990-talet. För att få flytta till ett särskilt boende söker varje person bistånd enligt Socialtjänstlagen, SoL, Väl på plats i det särskilda boendet har kommunen hälso- och sjukvårdsansvaret, HSL-ansvaret, upp till sjuksköterskenivå. Vissa län och kommuner har valt att även inkludera vården i ordinärt boende – dock inte i Västernorrland.

HSL-ansvaret innebär att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Med ökad ålder ökar även ohälsan och förekomsten av kroniska sjukdomar. I samband med en ökad ålder i befolkning och en minskning av antalet särskilda boendeplatser har andelen äldre, äldre ökat i SÄBO under de senaste åren.

Sedan 2006 har landstingets läkemedelskommitté och länets kommuner mätt antalet läkemedel som varje person (+75 år) som bor i särskilt boende har ordinerat en viss dag. I samband med mätningen har vissa basvariabler tagits upp som boendeform (korttidsboende och permanent särskilt boende), kön och födelseår. Resultatet från dessa mätningar visar att ålderfördelning i särskilt boende har förändrats sedan 2006 (Figur 1). Andelen personer 85 år och äldre har ökat medan andelen personer 75-84 år har minskat.



Figur 1. Åldersfördelning i särskilt boende i Västernorrland mellan åren 2006 och 2011.

Ledningssystem för kvalitet och säkerhet

För att kommunerna fortlöpande ska kunna säkra och utveckla kvaliteten ska all hälso- och sjukvård omfattas av ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet¹. Ledningssystemet ska innehålla grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet. All personal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Ledningssystemet kan bidra till en grundläggande ordning och systematik i verksamheten. Syftet med systemet är att så långt som det är möjligt förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar samt i de fall felaktigheter uppstår kunna identifiera och åtgärda det som inträffat. Ledningssystemet ska vara anpassat till de förordningar som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Systemet ska omfatta mätbara mål och hur dessa mål ska nås. Det ska också finnas dokumenterade rutiner för effektiv kvalitetsgranskning. Rutinerna ska vara väl förankrade i organisationen. Verksamhetens kvalitet och dess resultat ska tydliggöras för personal, patienter och omvärld.

Vad är kvalitet?

Kvalitet är ett subjektivt begrepp som uppfattas olika beroende på den enskildes kunskap och referensram. I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd kring Ledningssystem (SOSFS 2011:9) beskrivs kvalitet utifrån; *”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård,*

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ersätter (SOSFS 2005:12).

socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter” (Socialstyrelsen, 2011). Kvalitet kan också uttryckas på följande sätt; ”kvaliteten på en produkt är dess förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar” (Bergman och Klefsjö, 2007).

I detta sammanhang utgör QUSTA kvalitetsinstrument, som beskrivs nedan, den delen av kommunens ledningssystem som gäller uppföljning av kvaliteten inom särskilt boendet.

Självskattning

För att stimulera till en ökad kvalitet och upprätthålla en god hälso- och sjukvård och kompetens bland kommunens medarbetare kan självskattning som metod göra stor skillnad.

Självskattningsmätningen tillgodoser verksamheten utifrån två perspektiv - uppifrånperspektivet och nedifrånperspektivet. Uppifrånperspektivet kommer från att socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten, vårdgivare, och att de skattemedel som nämnden har till sitt förfogande används på bästa sätt för att uppnå en god kvalitet. Nerifrånperspektivet är ett perspektiv som ger omedelbar feedback till de som är närmast den enskilde där kvalitén uppstår.

Kvalitetsinstrumentet QUSTA

QUSTA² (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) är ett kvalitetsinstrument för självskattning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet rörande särskilt boende enligt Socialtjänstlagen. Syftet med kvalitetsinstrumentet är att vara ett stöd för att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden får en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.

QUSTA är framtaget av MAS:ar inom olika kommuner och stadsdelar i Stockholms län³. Syftet med instrumentet är att fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Instrumentets struktur bygger på att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till och följer de riktlinjer som MAS har upprättat i den kommunala hälso- och sjukvården. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som berör utvalda

² Kvalitetsuppföljningssystem av hälso- och sjukvården i Västernorrlands läns kommuner.

³ Vallentuna kommun, Kungsholmens stadsdelsförvaltning, Danderyds kommun, Norrtälje kommun Skärholmens stadsdelsförvaltning, Norrmalms stadsdelsförvaltning, Lidingö stad, Hässelby - Vällingby stadsdelsförvaltning, Österåkers kommun och Vaxholms kommun.

delar i den kommunala hälso- och sjukvården (Bilaga 1-14). För att instrumentet ska bli hanterligt och praktiskt användbart har ett visst urval skett där endast de mest centrala områdena behandlas.

Instrumentet består av två delar. Första delen innehåller frågor från områden som regleras enligt lagar och förordningar, exempelvis hur och när läkare ska tillkallas, läkemedelshantering och delegering. Andra delen innehåller frågor inom områden som berör vård och behandling, exempelvis palliativ vård/vård i livets slut, trycksår, nutrition och demens.

Varje område har analyserats och värderats för att en gemensam grundsyn ska finnas. Målet är att skapa konsensus inom olika områden och därefter skapa standards vilka utgör riktmärken för när en verksamhet uppnår godkänd kvalitet. Alla resultat under 20 poäng, inom vart och ett av de områden som ingår i mätningen, har enförbättringspotential.

QUSTA är MAS:ens verktyg för att genomföra sitt uppföljningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Inför mätningen i Västernorrland har länets MAS:ar gemensamt omarbetat QUSTA-instrumentet. Bland annat utökades antalet svarsalternativ. I Västernorrland fanns vid tidpunkten för mätningen, till skillnad mot i Stockholm, inte några privata utförare i särskilt boende.

Syfte

Syftet var att genomföra QUSTA kvalitetsmätning i kommunerna i Västernorrland läns samt att illustrera arbetsprocessen. Syftet med studien var även att ta reda på hur QUSTA uppfattades av chefer och sjuksköterskor i särskilt boende och länets MAS:ar, samt att undersöka hur QUSTA kan utvecklas inför framtida mätningar.

Metod

Detta arbete har genomförts i två delar, en QUSTA-mätning och därefter intervjuer med MAS:ar, chefer i särskilt boende och legitimerad personal i särskilt boende.

När det gäller QUSTA-mätningen så redovisas den på kommunnivå. För mer detaljerade data hänvisas till MAS i respektive kommun, som har totalresultatet. Intervjupersonerna är avidentifierade och kan inte återkopplas till individ eller kommun – enbart yrkesroll, som MAS, chef eller legitimerad personal.

Instrument

QUSTA-instrumentet är uppdelat i två huvudområden vilka i sin tur är nedbrutna i 14 delområden, bilaga 1-14. Varje delområde innehåller mellan nio och tretton frågor som är poängsatta. Uppdelning finns även kring Organisation, hur den fungerar och Individ, vilken kvalitet som levereras till den enskilde.

Godkänd nivå i QUSTA

Totalsumman för varje delområde är 20 poäng. För godkänd nivå krävs 20 poäng per delområde. Eftersom ambitionsnivån för kvalitet är hög krävs 20 poäng för att klassas som godkänd nivå. Allt där under kan utvecklas och förbättras.

Huvudområde 1: **Lagar och författningar (hur regelverk följs)**

- Delområden:
- Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal (Kontaktrutiner)
 - Läkemedelshantering
 - Delegering
 - Avvikelsehantering
 - MTP (Medicintekniska produkter)
 - Hygien

Huvudområde 2: **Vård och behandling (omvårdnad)**

- Delområden:
- Vård i livets slutskede
 - Inkontinensvård
 - Trycksår
 - Nutrition
 - Fallprevention
 - Demens
 - Rehabilitering
 - Munhälsovård

QUSTA kvalitetsmätning

QUSTA kvalitetsmätning genomfördes i särskilt boende inom äldreboenden i de sju kommunerna i Västernorrlands län. Omsorgen om funktionshindrade och dess särskilda boenden var inte inkluderade.

De som svarade på QUSTA-enkäterna var sjuksköterskor och chefer i särskilt boende. I vissa fall deltog sjukgymnaster och arbetsterapeuter i svaren kring delområdena MTP och Rehabilitering.

Arbetsmetod

Innan kvalitetsmätningen ägde rum skickade MAS ut formulär för QUSTA-instrumentets olika delar i pappersform till verksamhetsföreträdarna (områdeschef/enhetschef motsvarande i varje särskilt boende). Via FoU Västernorrland erhöll de sedan en digital Web-enkät och fyllde i sina svar och slutförde registreringen tillsammans med sjuksköterskorna på respektive särskilt boende.

Samtliga enkätsvar bearbetades av utvecklingsledare på FoU Västernorrland och svaren från varje verksamhet levererades sedan till respektive kommuns MAS i en färdig resultatmall tillsammans med samtliga enkäter med svar för sin kommun.

Därefter genomförde MAS en uppföljning och genomgång av samtliga enkäter och resultat vid besök i respektive verksamhet tillsammans med chef, ansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Resultatet och det som framkom under dialogen med verksamheten fördes in i en resultatmall - ett protokoll (Bilaga 15), som MAS sammanställde efter mötet och lämnade till det särskilda boendet.

Utifrån resultatet av uppföljningen skulle ansvariga i varje särskilt boende upprätta en åtgärdsplan samt fastställa när denna skulle följas upp.

Avslutningsvis skulle resultatet av uppföljningen delges ansvarig nämnd. Varje kommuns MAS beslutade tillsammans med respektive nämnd hur denna redovisning skulle genomföras.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts för att få en uppfattning om hur MAS:ar chefer och legitimerad personal i särskilt boende upplevde att använda sig av QUSTA kvalitetsmätning. Frågor som ställdes rörde vad som varit bra, vad som varit dåligt och vad som kan förbättras? Intervjuerna har genomförts via telefon utifrån en i förväg framtagen intervjuguide (Bilaga 16).

Databearbetning

Samtliga enkäter har programmerats i webbenkätssystemet LUVIT e-Val 4.0. Resultatet har därefter exporterats till Microsoft Excel 2010 för sammaställning och bearbetning. Figurer ”Spindeldiagram” i rapporten är genererade i Excel och ”Individual Value Plot” i Minitab 16.

Analys

Samtliga resultat har sammanställts i en Excel-fil och samlats i en databas. Varje verksamhet har summerats per delområde och därefter har sammaställningar gjorts per kommun och län samt inom respektive delområde. Medelvärde har beräknats per delområde och kommun samt delats upp i huvudområdena Lagar och författningar och Vård och behandling.

Spindeldiagram har tagits fram per kommun och för länets som helhet. Ett spridningsdiagram per kommun har också framställts för att ge en bild över spridning per delområde för varje kommun. Detta har legat till grund för analysen för att komma fram till varför vissa resultat är höga respektive låga inom en kommun. Vissa extermvärden som förekommer inom en kommun har inte tagits med då detta skulle ha påverkat medelvärdet allt för mycket.

Under intervjuerna har minnesanteckningar gjorts direkt i intervjuguiden. Därefter har samtliga intervjuer lästs ett flertal gånger, intressanta kommentarer har markerats och återkommande synpunkter från flera individer har också noterats.

Resultat

Resultatet av QUSTA kvalitetsmätning redovisas på följande sätt: Först beskrivs arbetsprocessen, de brister som uppmärksammades samt hur de kan minimeras inför nästa mätning. Positiva erfarenheter lyfts fram. Därefter redovisas resultatet av QUSTA-mätningen, dels kommunvis - men även på länsnivå. En analys av resultatet görs utifrån de olika delarna som granskats och förslag lyfts fram hur QUSTA kan utvecklas och förbättras i framtiden. Relevanta omvärldsfaktorer har tagits med, bland annat att ett flertal nya kvalitetsregister har börjat användas i Sverige. Delområden som hanteras genom ett kvalitetsregister föreslås utgå ur framtida versioner av QUSTA – då legitimerad personal och chefer i särskilt boende inte ska belastas med att behöva svara på en fråga mer än en gång.

I Västernorrland deltog länets samtliga 107 särskilda boenden för äldre i QUSTA kvalitetsmätning. Hur många särskilda boenden som fanns i varje kommun visas i figur 2. Efter att resultatet sammanställts innehöll databasen totalt 16 142 frågor och svar.

Kommun	Äldreboende utan demensinriktning	Äldreboende med demensinriktning	Servicehus	Korttidsboende	Totalt
Härnösand	1	6	1	1	9
Kramfors	1	4	3	1	9
Sollefteå	10	6		1	17
Sundsvall	9	16	7	2	34
Timrå	1	5	1	1	8
Ånge	1	6	2		9
Örnsköldsvik	7	8	3	3	21

Figur 2. Fördelning av särskilda boenden som deltog i QUSTA kvalitetsmätning i Västernorrlands län.

Arbetsprocessen

Telefonintervjuer genomfördes med sex MAS:ar, fem chefer/områdesansvariga och två legitimerad personal.

Genomförandet

Enligt metoden skulle respektive MAS i kommunen besöka enhetschef/områdeschef och legitimerad personal i varje verksamhet som deltagit i QUSTA-mätningen. Så har skett i de flesta kommuner. Det framkom dock att det ibland var svårt att få till denna tid. MAS:ar är inblandade i många frågor i kommunen och har ett stort ansvarsområde. QUSTA har av en del upplevts för omfattande och därför tagit stor tid i anspråk vid mötet. Detta framkommer i både intervjuer med MAS:ar – men även i samtal med chefer och legitimerad personal. *”Det blev lite mastigt att sitta ner och gå igenom allt på en gång. Det skulle ha delats upp i flera*

delar” - var en kommentar från en chef. Någon upplevde att det var lite trögt i samtalet från början – men att detta löstes upp när man kom in på de olika områdena som granskats.

Deltagarnas syn på QUSTA

QUSTA som uppföljningsmodell har upplevts som mycket positivt. Chefer och legitimerad personal säger i intervjuer att det varit bra och att QUSTA sätter fokus på det som inte fungerat i verksamheten. En legitimerad personal sa; *”Det är bra att det följs upp – det vi ska jobba med”*. *”Detta skulle vi ha gjort för många år sedan”* – sa en MAS. Flera har svarat liknande – att det saknats en backspegel. En av de saker som nästan alla MAS:ar har uttryckt är att de hade ett resultat och ett underlag inför besöket i verksamheten som de kunde utgå från. *”Det gav bra förutsättningar inför vår dialog”* - sa en MAS. En annan MAS sa; *”Vi har haft något konkret att prata om”*.

Samtliga intervjuade personer uppger att det var bra att utgå från ett resultat och att de nu har ett instrument att mäta kvalitén med. Verksamheten har fått ett kvitto på vad som behöver utvecklas och samtidigt se vad som fungerar bra. En sjuksköterska sa; *”Vissa saker hade vi dålig koll på, exempelvis MTP. Det är synliggjort nu och vi har fått veta vad som är vårt ansvar”*. En MAS sa; *”Bra med färdigt material som var bearbetat av FoU Västernorrland som visade och jämförde mellan alla boenden”*. *”Det roligaste jag gjort någonsin sedan jag blev MAS”*. En annan MAS sa; *”Det var meningsfullt, roligt och vi var verkligen i behov av en sådan här genomlysning”*.

Ledningens syn på QUSTA

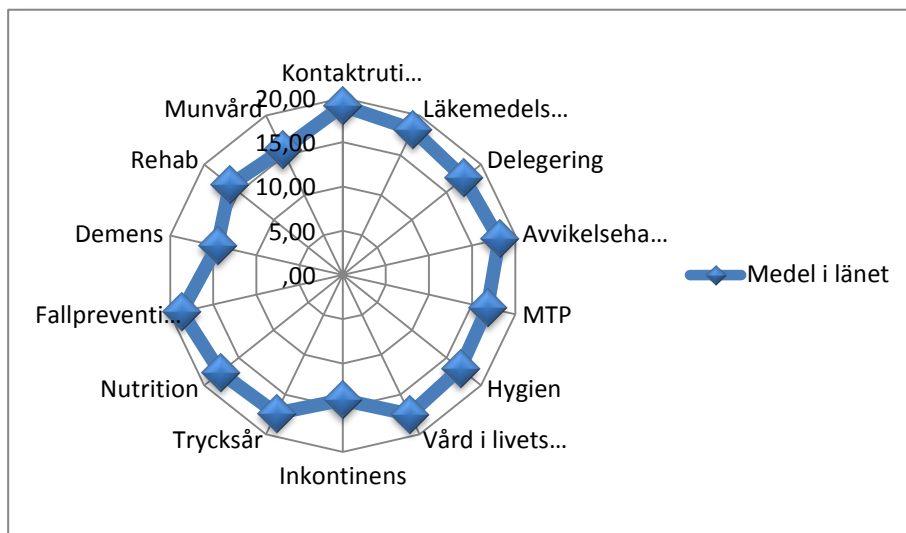
Frågan var då hur övrig ledning och ansvariga politiker ser på QUSTA som uppföljningsmodell? För det första var det en stor skillnad mellan MAS:arna och chefer/leg. personal. Ingen chef eller leg. personal som intervjuades hade fått någon återkoppling eller hört något från politiken eller högre tjänstemän, de hade endast träffat MAS. En chef sa; *”Verksamhetschefen borde i iallafall vara inblandad”*.

MAS:arna som helhet upplevde att politiker och ledning var intresserade. I en kommun efterfrågades mer information och under redovisningen till nämnderna kom många spontana frågor från ledamöterna. En MAS sa; *”Nämndens ordförande tyckte det var jättebra och att det var en struktur i uppföljningen och att den gjordes i hela länet”*.

QUSTA-enkäten

Länet som helhet

Nivån för godkänd var satt till 20 poäng. Generellt var nivån hög inom de flesta kommuner och många särskilda boenden nådde upp till 20 p inom flera delområden. Enbart ett par kommuner nådde upp till 20 poäng för alla sina säbo inom delområdet "Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal". Figur 3 visar medeltalet för samtliga kommuner i länet vad gäller de olika delområdena.

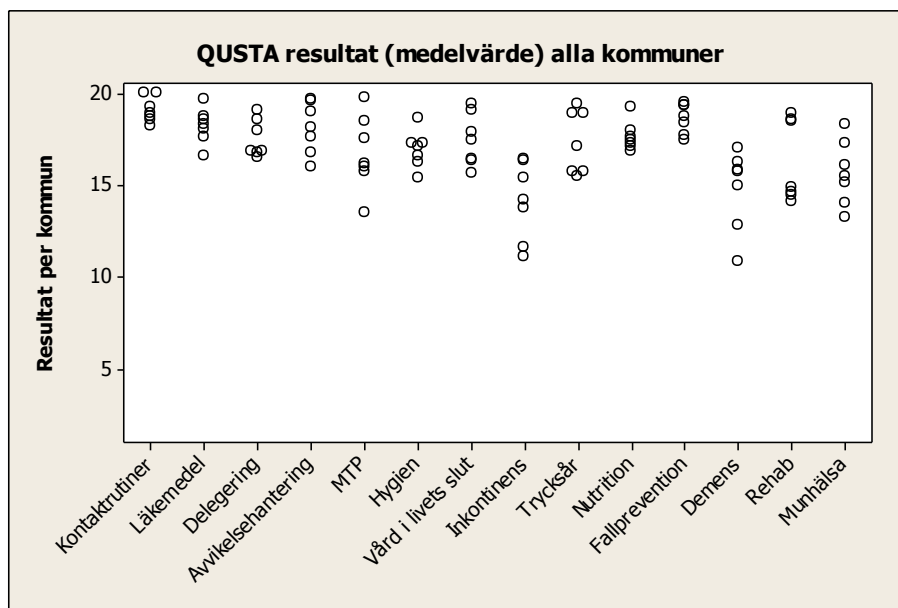


Figur 3. Resultat för samtliga delområden i hela länet.

Vid granskning av de två huvudområdena framträder att det, med några undantag, generellt var högre poäng inom områden som har med rutiner och regelverk att göra och lägre poäng när det gällde vård och behandling. Det skiljde drygt en poäng i medelvärde över hela länet. Området vård i livets slutskede låg generellt högt i alla kommuner, detsamma gällde fallprevention, nutrition och trycksår. Lägst låg inkontinens, demens, rehabilitering och munhälsovård.

Fördelning inom olika mätområden

För att ge en bild hur långt det var kvar till godkänd nivå visas resultaten nedan med hjälp av "Individual Value Plot". Ett diagram som illustrerar spridningen från de lägsta till de högsta resultaten där alla resultat, kommunens medelvärden för just detta delområde, visas med en liten rund ring. Till exempel kan man i figur 4 se att kontaktrutiner låg högst nära godkänd nivå (20 p) med liten spridning mellan lägsta och högsta nivå, medan inkontinens låg lågt med större spridning mellan kommunerna och i deras verksamheter. Sedan förekommer det vissa resultat som skiljer ut sig mycket från de övriga. Detta syns tydligare längre fram i rapporten där varje särskilt boende får ett eget värde per delområde.



Figur 4. Ringarna visar varje kommuns medelvärde inom respektive delområde. För exempelvis delområdet inkontinens var spridning mellan 10-17 poäng.

QUSTA som helhet

Sammantaget har QUSTA kvalitetsinstrument upplevts som positivt. Det framkom dock att vissa frågor och frågeområden upplevdes som irrelevanta. Intervjupersonerna bedömde exempelvis området demens mer som basal omvårdnad och därför borde hanteras inom SoL och uppföljning inom denna lagstiftning. Inom delområdet munhälsövård saknade vissa frågor svarsalternativ som ansågs relevanta för särskilda boenden med inriktning korttidsvård. Detta bör justeras till nästa mätning.

Under mätperioden framkom det att vissa frågor varit felställda och missuppfattats. Vissa frågor och ibland hela frågeområden har därför uteslutits i resultatsammanställningen. Exempel på detta var frågor inom demensområdet. Särskilda boenden, korttidsboenden och servicehus som inte var klassade som demensboenden har inte räknats i sammanställningen då frågorna inte var relevanta där. Inom munhälsa har några frågor om den uppsökande tandvården uteslutits på korttidsenheter eftersom det inte var ett permanent boende för de som vistades där. Inom läkemedelshandling har några frågor tagits bort och inte räknats för verksamheter som inte hade något läkemedelsförråd. Om frågorna tagits med kunde det vara till nackdel resultatmässigt för det särskilda boendet och bidragit till felaktiga slutsatser.

I analysen av respektive område och i samband med intervjuer har det framkommit misstanke om att vissa särskilda boende skattade sig lågt och ibland högt. Detta har dock justerats i de flesta fall i samband med uppföljningsmötet mellan MAS och verksamhetsföreträdare i det aktuella särskilda boendet. I Sollefteå har justering inte varit möjligt då det har varit byte av MAS precis under uppföljningsperioden då tjänsten var vakant under

en period. Detta återkommer under resultatredovisningen för Sollefteå kommun, se nedan.

Brister som förekom och som påverkade undersökningen negativt, med en hel del merarbete som följd, var att webbenkätverktyget hade vissa brister i sin uppbyggnad. Den största bristen var att det inte gick att göra samtliga frågor obligatoriska att svara på. Om det var en fråga som det särskilda boendet inte svarade på så fick den som svarade på enkäten ingen varning när de skickade in den. Detta medförde ett merarbete för undersökningsledare på FoU Västernorrland – men även för den lokala kommunens MAS samt personal i det särskilda boendet med komplettera uteblivna svar.

Inom områdena MTP och rehabilitering var sjukgymnast och arbetsterapeut med och svarade på enkäten i vissa särskilda boenden. I de särskilda boenden där chef och eller sjuksköterska svarade på enkäten blev det mer missuppfattningar och en upplevd felsekattning som påverkade resultatet både positivt och negativt vad gäller poängantal.

Omvärldsförändringar

Under mätperioden påverkades särskilda boenden för äldre av ett antal relevanta omvärldsfaktorer. Hösten 2010 skrev Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och Staten en överenskommelse som utmynnade i en satsning för att förbättra vården om de mest sjuka äldre i Sverige. I överenskommelsen lyftes behovet fram att det behövs mer och bättre mätdata och stöd av kvalitetsregister för att stimulera en snabbare kvalitetsutveckling i vården om de mest sjuka äldre.

Två kvalitetsregister, Senior alert och Palliativregistret, lanserades och började spridas ibland annat i Västernorrland. Senior alert omfattade från början arbetsprocessen kring fallprevention, undernäring och trycksår. Under 2012 har Senior alert utökats med det nya området munhälsa och planer finns på att framöver även inkludera inkontinensområdet. Även ett kvalitetsregister kring vården i livets slutskede, Palliativregistret, har utvecklats, och detta användes av samtliga kommuner i länet sedan 2011.

Under 2012 har ytterligare ett kvalitetsregister startats upp i Sverige och börjat användas i Västernorrland. BPSD-registret, Beteende och Psykiska Symtom vid Demens är ett register som har till uppgift att identifiera och ge vårdpersonal stöd i att förebygga beteendeförändringar bland demenssjuka personer som vårdas i kommunens särskilda boenden. Andra förändringar som sannolikt påverkade utfallet var lagstiftningsförändringar. Exempelvis har föreskriften kring begränsningsåtgärder från Socialstyrelsen utgått – vilket påverkade delområdet demens. En ny föreskrift kring bemanning i demensboende kom våren 2012 och träder i kraft januari 2014.

Förslag inför nästa QUSTA-mätning

För att inte belasta hälso- och sjukvårdspersonalen med att behöva dubbelarbeta eller besvara en fråga två gånger föreslås att delområden som numera omfattas av ovan nämnda nationella kvalitetsregister utgår i nästa QUSTA-mätning. Det gäller delområdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa, vård i livets slut samt demens.

En ny enkätmodul har tagits i bruk på FoU Västernorrland för att minimera risken för merarbete på grund av tekniska brister.

Delområdena MTP och rehabilitering föreslås enbart ska besvaras av sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt deras chefer för att minimera bias inom dessa områden.

Då erfarenheten av den första mätningen summerats samt med det som framkommit i intervjuer att undersökningen varit allt för omfattande så föreslås även att områden med höga poäng nära godkänd nivå utgår i nästa QUSTA-mätning. Exempel på område som kan utgå vid nästa mätning är Kontakt med HSL-personal.

Av de 14 delområden som den första QUSTA-mätningen omfattade blir då sju kvar utifrån ovanstående resonemang. Lämpligen genomförs QUSTA-mätningen varje år med varierande delområden i fokus. Fyra delområden per år skulle kunna vara lämpligt, då hinner det särskilda boendet även genomföra de eventuella förbättringar som mätningen visar att det finns behov av.

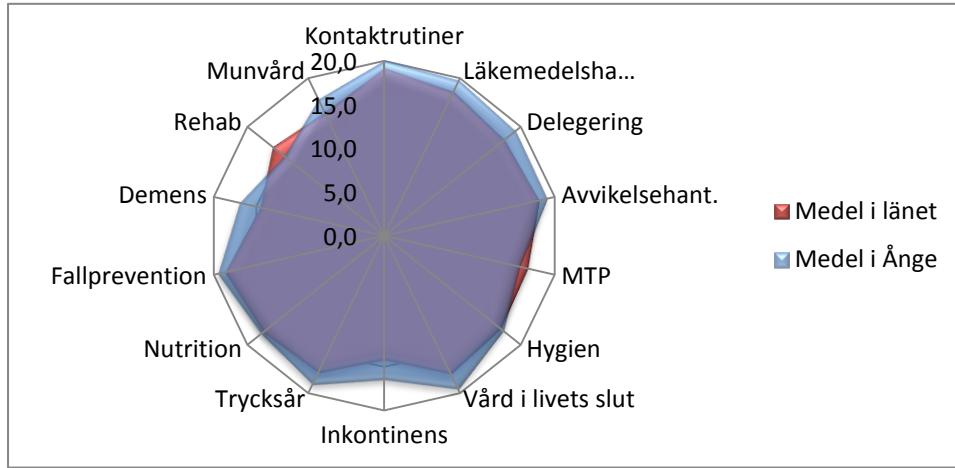
Varje delområde behöver ses över med tanke på omvärdsförändringar såsom lagstiftningsförändring – men även för att validiteten ska vara hög – dvs att QUSTA-frågorna verkligen mäter det som ska mätas och inte kan misstolkas.

Resultat Ånge kommun

I Ånge kommun har arbetet med QUSTA följt metoden. Resultatet har följts upp i möten lokalt med chef och legitimerad personal. Resultatet har redovisats för Socialnämnden. I Ånge kommun fanns 9 st särskilda boenden vid mättillfället.

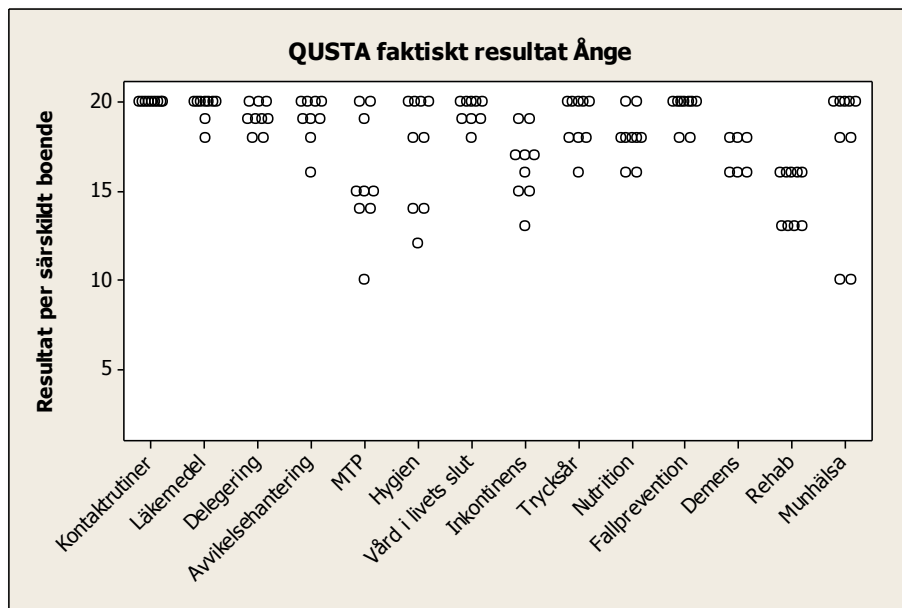
För Ånge kommun visade skattningen höga resultat (Figur 5). Sammantaget hade Ånge högst medelvärde av alla deltagande kommuner. Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal låg på 20 poäng och Läkemedelshantering på 19,7 poäng. För totalt 6 områden låg resultatet över 19 poäng. För rehabilitering och MTP låg dock kommunen under länsmedlet. För MPT var det uteslutande frågan om MTP kontrolleras regelbundet eller minst en gång

per år som drog ner resultatet. Samma gällde för området Rehabilitering. Resultatet var cirka 2 poäng i medel under länsresultatet. Precis som för Kramfors och Sundsvalls kommuner hade medarbetarna svarat att de inte kunde erbjuda sjukgymnastisk eller arbetsterapeutisk träning i grupp – vilket drog ned resultatet som helhet.



Figur 5. Ånge kommuns resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Resultat i Ånge framgår i figur 6. Största spridningen finns inom delområdet munhälsa där exempelvis två särskilda boenden hade 10 poäng – men majoriteten hade långt högre poäng. Även MTP hade stor spridning.

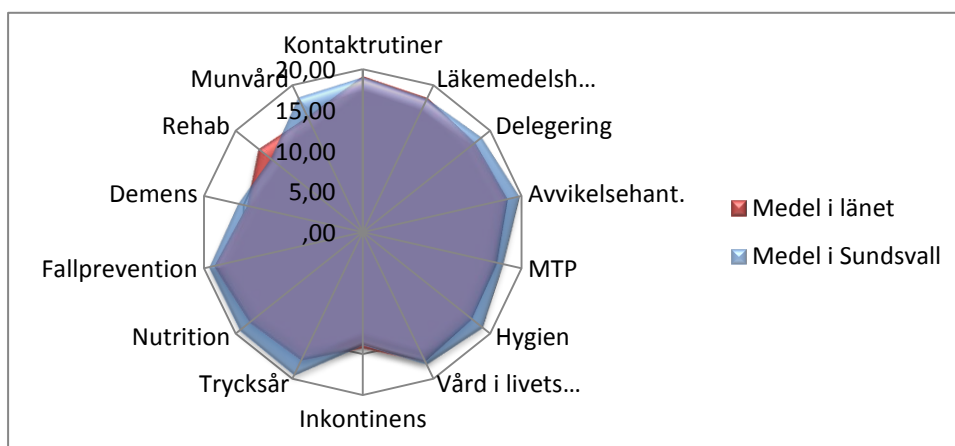


Figur 6. Spridningsdiagram för Ånge kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende.

Resultat Sundsvalls kommun

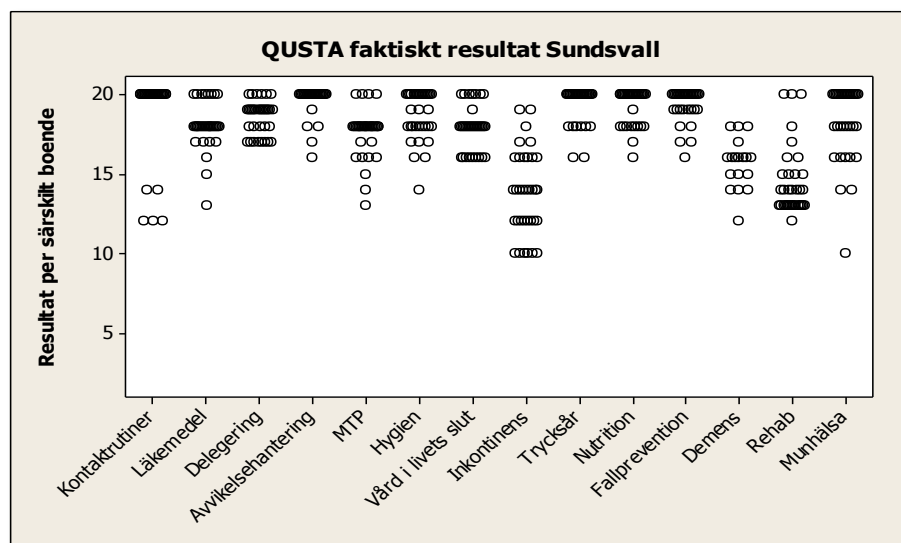
I Sundsvalls kommun har arbetet med QUSTA följt metoden. Resultatet har följts upp i möten lokalt med chef och legitimerad personal. Resultatet har redovisats för Socialnämnden. I Sundsvalls kommun fanns 9 st särskilda boenden vid mätillfället.

Resultatet i Sundsvall visade att medarbetarna hade skattat sig relativt högt jämfört med övriga länet i snitt (Figur 7). Det var bara inom området Rehabilitering som kommunens resultat var lägre än övriga länet. Det var i huvudsak två frågor som drog ner resultatet inom området Rehabilitering, och det var om sjukgymnast eller arbetsterapeut kunde erbjuda sjugymnastisk eller arbetsterapeutisk träning i grupp i särskilt boende. Resultatet för dessa två frågor var i medel från 0,3 till 0,5 av 2 poäng möjliga. Inom området Avvikelsehantering hade 29 av 34 särskilda boenden som deltog i mätningen i Sundsvall 20 poäng på detta område.



Figur 7. Sundsvalls kommuns resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Spridningen inom de olika delområdena är låg i Sundsvalls kommun (Figur 8).

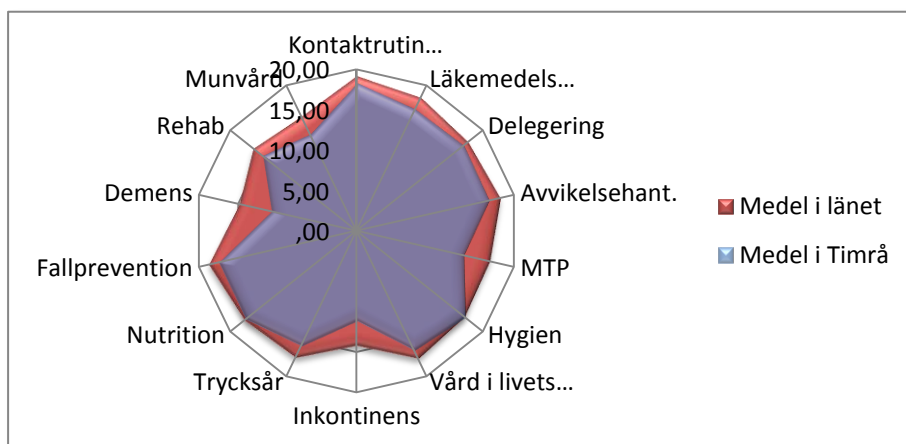


Figur 8. Spridningsdiagram för Sundsvalls kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende.

Resultat Timrå kommun

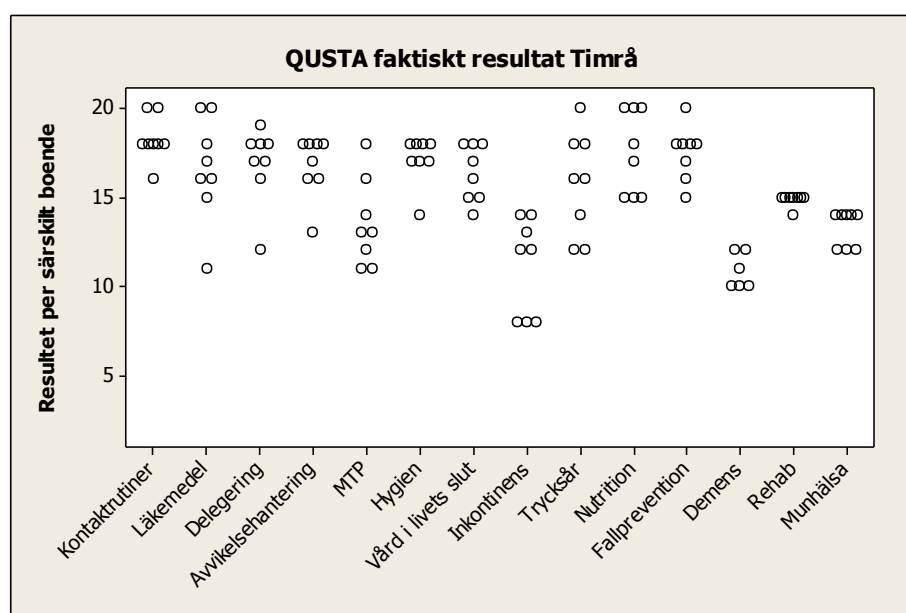
I Timrå kommun har arbetet med QUSTA följt metoden till stor del. Resultatet har följts upp med chef och legitimerad personal – men inte via personliga möten lokalt. Resultatet har redovisats för Socialnämnden. I Timrå kommun fanns 9 st särskilda boenden vid mättillfället.

Timrå kommun låg generellt under länsmedelet vad gällde medarbetarnas skattning av verksamhetens levererade kvalitet, förutom hygien (Figur 9). För området demens var skattningen 10,8 poäng i medelvärde. På frågan ”Har alla demenssjuka demensdiagnos på gruppboende för demenssjuka?” var resultatet 0,3 poäng av 2,0 poäng. Även området inkontinens skattades lågt generellt jämfört med övriga kommuner i länet. Få uppgav att de hade förskrivningsrätt inom inkontinens, få eller inga var utredda för sina läckageproblem och det saknades ofta en omvårdnadsplan kring inkontinens.



Figur 9. Timrå kommuns resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Särskilda boenden med låga resultat kan lära av de med högre.

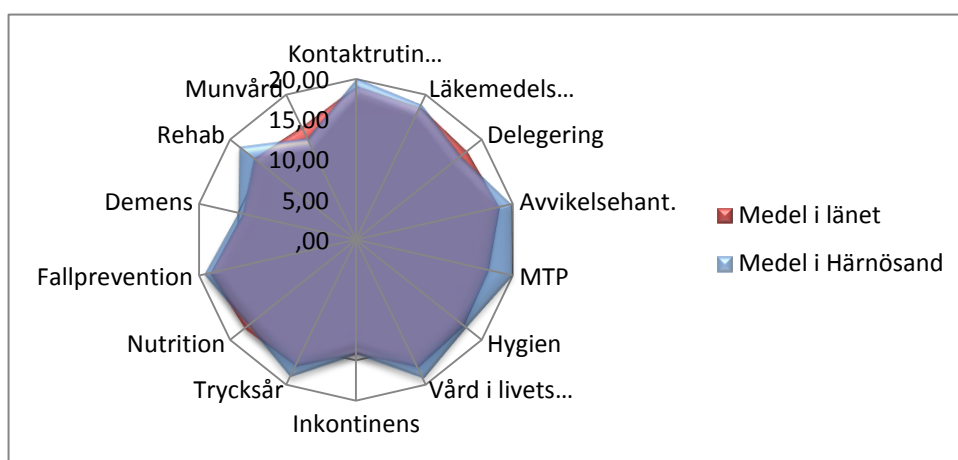


Figur 10. Spridningsdiagram för Timrå kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende. Flera delområden har stor spridning i Timrå kommun.

Resultat Härnösands kommun

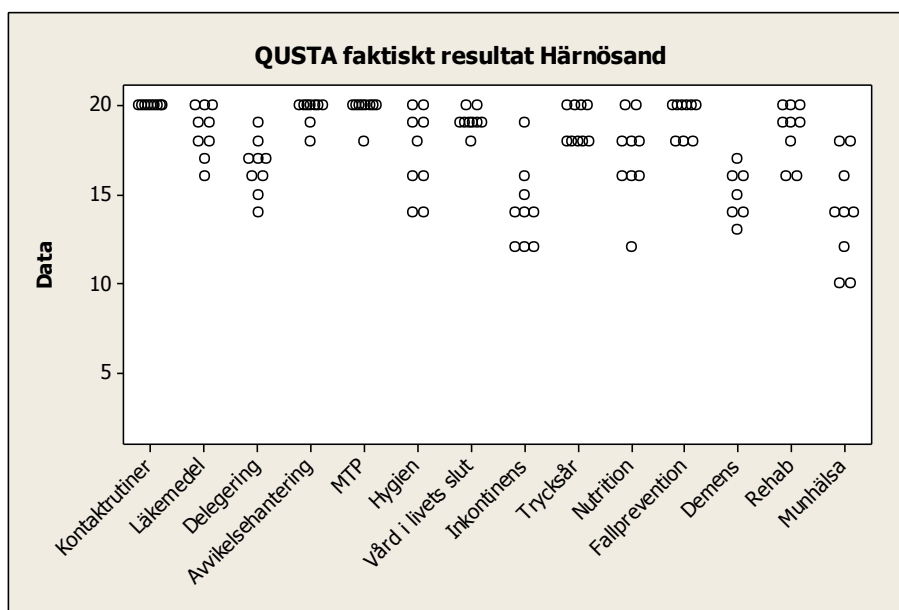
I Härnösands kommun har arbetet med QUSTA följt metoden. Resultatet har följts upp i möten lokalt med chef och legitimerad personal. Resultatet har redovisats för Socialnämnden. I Härnösand kommun fanns 9 st särskilda boenden vid mättillfället.

Inom de flesta områden låg resultatet över medel för länet (figur 11). Munhälsovård var det område som skattades lägst och hade störst förbättringsutrymme. När det gäller Delegering var det en fråga som drog ner resultatet och det var att varje legitimerad sjuksköterska ansvarade över 30 personal med delegering. Varje delegering ska förnyas varje år och följas upp. Om antalet överstiger 30 anses det som svårt att genomföra på ett kvalitativt bra sätt.



Figur 11. Härnösands kommuns resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Inom vissa mätområden var det stora spann mellan olika verksamheter, till exempel mun- och tandhälsovård där det lägsta värdet var på 12 poäng och det högsta var 18 poäng (Figur 12).

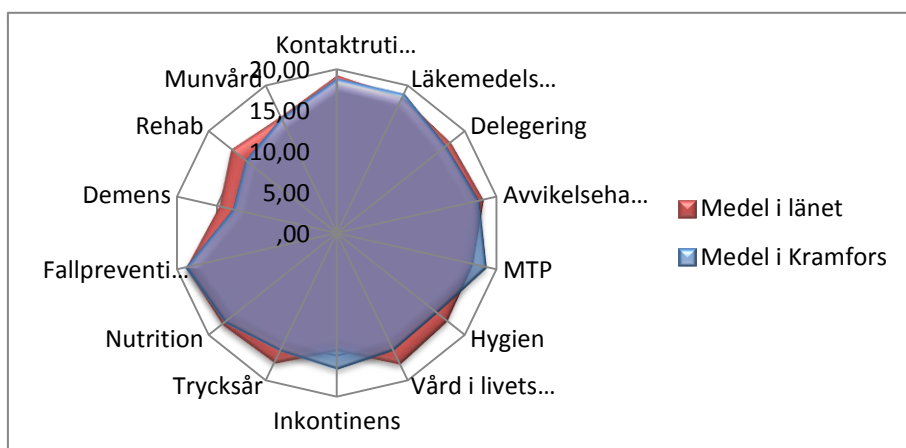


Figur 12. Spridningsdiagram för Härnösands kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende.

Resultat Kramfors kommun

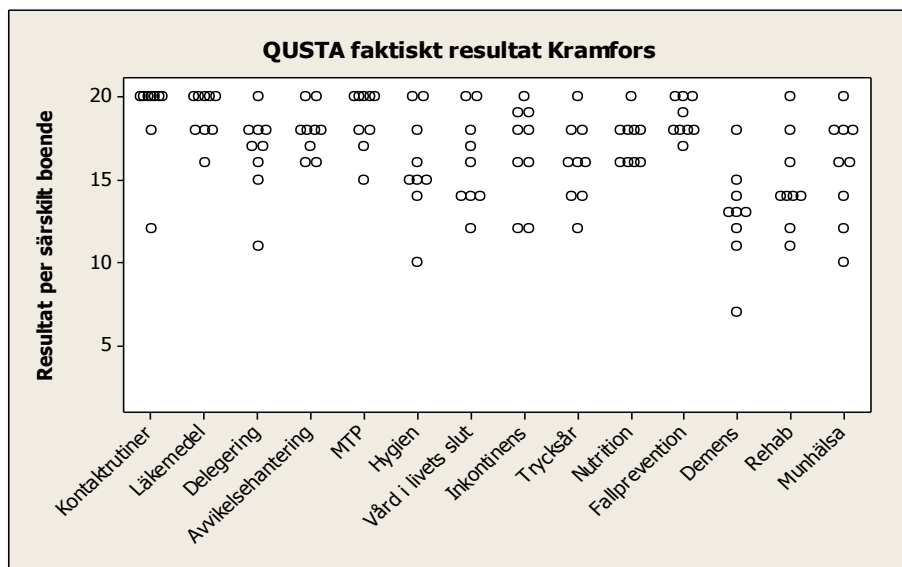
I Kramfors kommun har arbetet med QUSTA följt metoden. Resultatet har följts upp lokalt i verksamheten och redovisats för BAS-nämnden. I Kramfors kommun fanns 9 st särskilda boenden vid mättillfället.

I Kramfors kommun skattade sig verksamhetens medarbetare lägre än länet i genomsnitt (Figur 13). Inom några områden som Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, Läkemedelshantering, MTP, Inkontinens och Fallprevention var resultatet lika med eller över medel för länet. När det gällde Inkontinens så hade Kramfors kommun det högsta resultatet av kommunerna tillsammans med Ånge kommun på 16,4 poäng. Kramfors hade skattat sig högt på de flesta frågor – men på frågan om ”Patient/vårdtagare med symtom på inkontinens är utredda av läkare och/eller förskrivande sjuksköterska” så låg kommunen lågt med 0,3 poäng möjliga av 2,0 i medelvärde. Det betyder att bara 15% av patienter/vårdtagare i särskilt boende fått en diagnos kring sitt urinläckage.



Figur 13. Kramfors kommun resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Spridningen inom delområdena är relativt lika i Kramfors kommun.



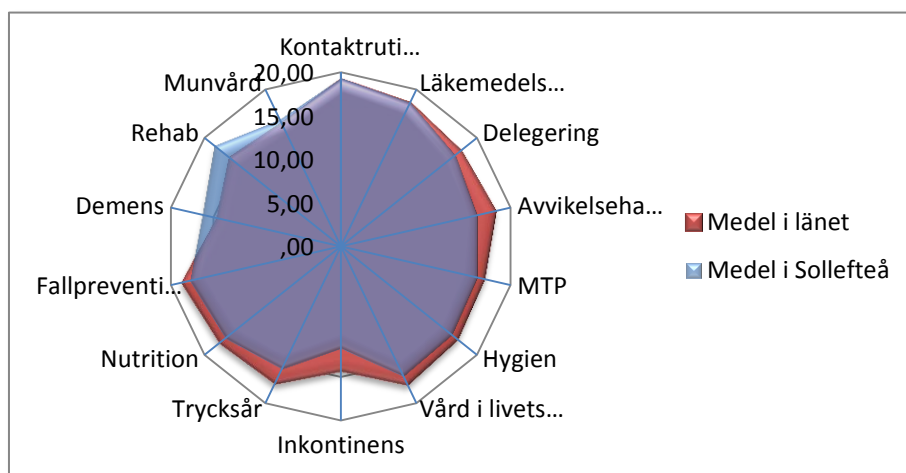
Figur 14. Spridningsdiagram för Kramfors kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende.

Resultat Sollefteå kommun

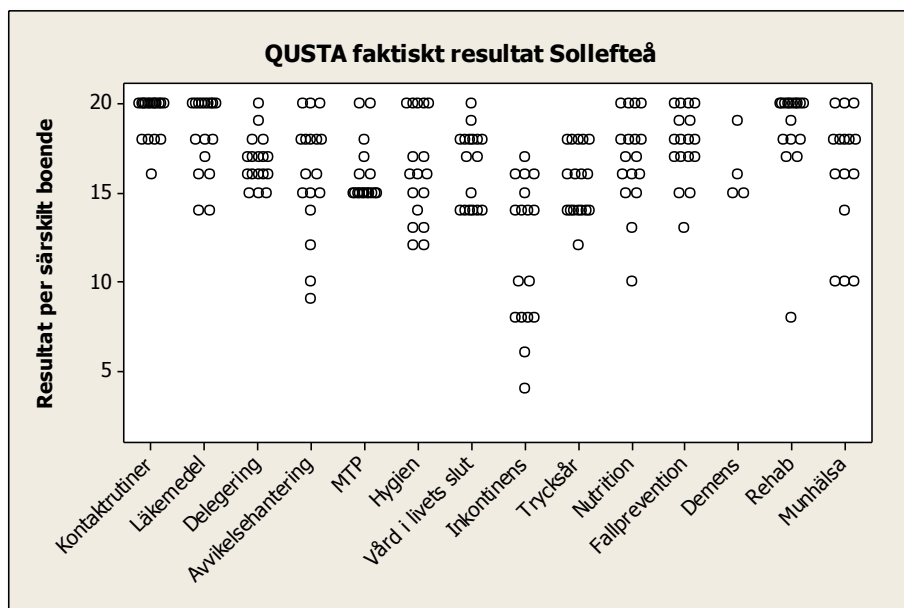
I Sollefteå kommun har det under mätperioden varit byte av MAS i kommunen. Det har fått till följd att metoden inte följts. Inga uppföljningsmöten har genomförts med verksamhetsföreträdarna i särskilt boende. Utvecklingsledaren har kommit överens med nuvarande MAS att bara redovisa resultatet. En konsekvens av detta redovisningsförfarande är att det finns risk för att eventuella missförstånd och tolkningsfel av frågor i de olika mätområdena kan inverka på resultatet, både uppåt och nedåt i poängskalan. I Sollefteå kommun fanns 17 st särskilda boenden vid mättillfället.

De resultat som finns tillgängliga för Sollefteå kommun visar dock att verksamhetens medarbetare skattat sig lågt vad gäller flertalet mätområden jämfört med länet i snitt (Figur 15). Inom området rehabilitering hade Sollefteå kommun högst resultat i länet. Dock är det så att flertalet verksamheter inte hade lämnat några uppgifter inom detta område utan lämnat det helt blankt. Bortfallet var därmed stort för just Sollefteå kommun. Det som talar för att resultatet ändå kan vara tillförlitligt är att det i huvudsak var rehabiliteringspersonal (sjukgymnaster och arbetsterapeuter) som svarade på dessa frågor till skillnad mot andra kommuner där det framkom att enhetschefer och sjuksköterskor i särskilt boende svarade på frågorna utan att rehabiliteringspersonal var tillfrågade om att delta.

De särskilda boendena skattade sig lågt vilket kan ha orsakat en större spridning inom kommunen (Figur 16).



Figur 15. Sollefteå kommuns resultat i relation till övriga kommuner i länet. Resultat är lite osäkert på grund av att det har varit byte av MAS under undersökningens gång. Resultatet visar dock att personalen skattat sig under länsmedel inom de flesta delområdena. Demens, rehab och munhälsa ligger över medel i länet.

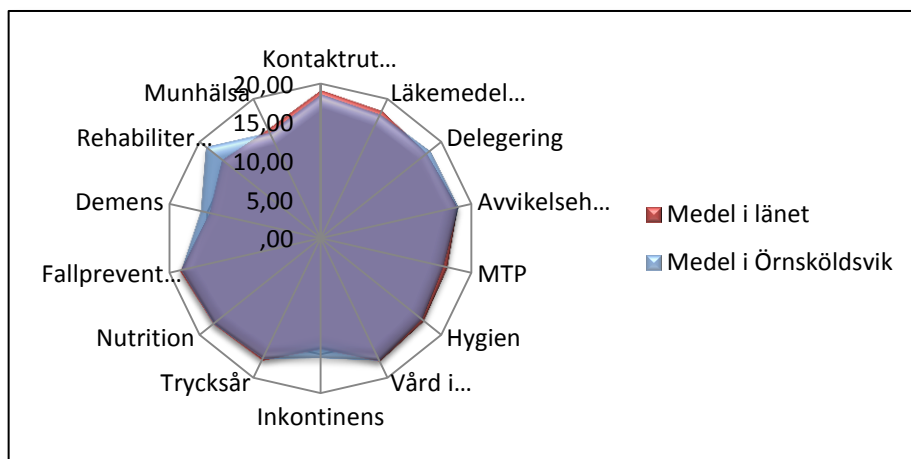


Figur 16. Spridningsdiagram för Sollefteå kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende. Sollefteå har bland de största spridningarna av resultat av undersökta kommuner. I förutom två delområden finns det särskilda boenden som skattat sig högt och någon eller några mycket lågt. Avsaknad av avstämning med MAS kan vara en orsak till detta.

Resultat Örnsköldsviks kommun

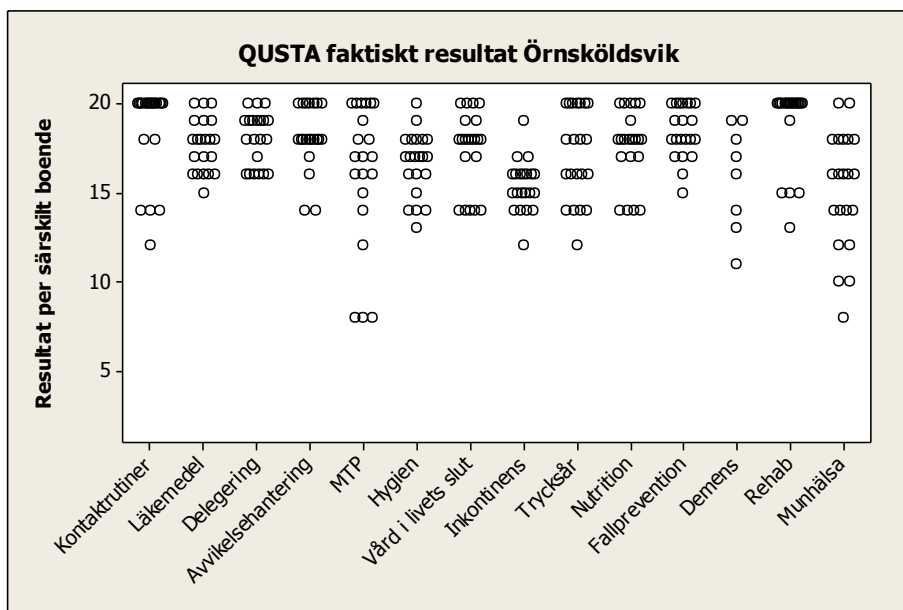
I Örnsköldsviks kommun har arbetet med QUSTA inte följt metoden fullt ut. Resultatet har återförts till verksamheten med kommentarer och synpunkter från MAS samt på ett större seminarium med verksamhetspersonal. Redovisning har lämnats till nämnden.

Resultatet i Örnsköldsvik låg nära länsmedlet inom de flesta mätområdena. Inom området Rehabilitering låg resultatet på 18,9 poäng vilket var högst i länet. De två QUSTA-frågor som uteslutande bidrog till detta höga resultat var ”att rehabiliteringspersonal bedömer att de kan ge både sjukgymnastisk och arbetsterapeutisk träning i grupp” samt att ”sjukgymnast/ arbetsterapeut medverkar vid vårdplaneringar då behov föreligger”. Den senare frågan var även den högsta i länet på kommunnivå – vilket torde betyda att rehabiliteringspersonalen var mer aktiv på både grupp- och individnivå i särskilt boende än de övriga kommunernas medarbetare. Även inom området Inkontinens låg Örnsköldsvik bland de tre högre resultaten på 15,4 poäng – men hade en bit kvar till godkänd nivå.



Figur 17. Örnköldsviks kommun resultat i relation till övriga kommuner i länet.

Spridningen var relativt lika över hela linjen vad gällde de olika delområdena i Örnköldsviks kommun. I figur 18 kan man se att det förhöll sig så. Munhälsa hade en något större spridning och delegering hade en liten spridning. I de fall det förelåg stor spridning kan det finnas stora vinster med samarbete mellan olika särskilda boenden. Ett boende med hög självsfattning kan stötta en boende med lägre självsfattning.



Figur 18. Spridningsdiagram för Örnköldsviks kommun. Varje ring i diagrammet illustrerar resultatet för ett särskilt boende. Örnköldsviks kommun har även den en relativt stor spridning. Många särskilda boenden har skattat sig högt - men det finns de som avviker kraftigt från övriga i sin självsfattning, ex inom området MTP och munhälsa.

Diskussion

MAS:en har ett stort ansvarsområde och är ensam i sin roll i kommunen. Det ställer stora krav på MAS:ens kunskaper inom en mängd områden. Att vara ny MAS i sitt uppdrag kan upplevas som svårt i detta fall – då MAS:en förväntas kunna svara på hur saker och ting ska skötas för att uppnå en hög kvalitet. QUSTA-mätningen kan även ge en ny MAS en raketstart i sitt nya arbete – vilket också framkom i intervjuer med länets MAS:ar.

Att för första gången kunna se och jämföra mellan olika verksamheter har varit en viktig drivkraft för att genomföra QUSTA-mätningen. När denna genomfördes fanns inte några privata utförare i länet – vilket det nu finns via entreprenad i Härnösands kommun. En MAS uttryckte att det nu finns en backspegel som de inte haft tidigare. Det upplevdes som en stor behållningen av mätningen – att nu finns det data som kan följas upp.

Resultatet är att betrakta som en nulägesbeskrivning – då detta är första gången QUSTA använts i Västernorrland. En fördel är att mätningen har utgått från en metod och har gett MAS:en en bra grund att stå på. Resultatet möjliggör även att skapa en diskussion för vad som är just god kvalitet i särskilt boende. Där kan enskilda frågor lyftas upp. Ett tydligt exempel är inom munhälsoområdet. På frågan om sjuksköterskan utför en munbedömning när en vårdtagare flyttar in eller i samband med första vårdkontakten så uppger bara hälften av länets särskilda boenden att de regelmässigt gör detta. MAS:arna anser att det är ett viktigt område och en sjuksköterskeuppgift, att när de får ansvar för en äldre person som flyttar in i särskilt boende så bör hon ta reda på hur patientens munstatus är. Kan patienten äta, finns det sår, sitter eventuella proteser riktigt och erbjuds patienten en uppsökande tandvård enligt Tandvårdsreformen i samband med inflyttning? QUSTA ger möjlighet till denna typ av diskussion som kan bidra till en mer rättvis och högre kvalitet i länets särskilda boenden. Att göra mätningen över hela länet gör även att den enskilde ska kunna förvänta sig samma kvalitet i både Örnsköldsviks kommun som i Ånge kommun.

I ”Individual Value Plot” har alla resultat noterats, låga som höga. Vilka särskilda boenden som har vilka resultat framgår inte. Varje MAS har dock tillgång till dessa resultat. De särskilda boende som skattat sig mycket lågt inom vissa delområden kan det vara idé för MAS att följa upp. Har kommunens särskilda boenden ett snitt runt 18 inom ett område och det finns ett särskilt boende som bara har 6-8 poäng – finns det all anledning att titta närmare på detta. Dels kan extremvärden indikera att något inte står rätt till i verksamheten när det är låga poäng – men även om medelvärdet är lägre och ett särskilt boende har mycket höga skattningar så kan MAS:en använda detta som ett gott exempel hur kvalitén kan utvecklas där resultatet varit långt mycket lägre. Att lära av varandra, har i och med QUSTA-mätningen,

blivit lättare. Det är viktigt att utnyttja detta tillfälle för att utjämna de skillnader som kan finnas inom och mellan kommunerna i Västernorrland.

Metoddiskussion

Genomförandet av QUSTA kvalitetsmätning i Västernorrland har tagit mycket längre tid än beräknat. Enligt den ursprungliga planen skulle denna rapport varit färdig under våren 2011. Till största delen beror förseningen på att uppföljningarna ute i kommunerna i alla verksamheter har tagit längre tid än väntat. Kommunernas MASar skulle boka in möten där ledningen i varje verksamhet skulle kunna medverka och efter mötet återredovisa eventuella justeringar i resultatet till FoU Västernorrland. I Sollefteå kommun har byte av MAS gjort att någon uppföljning inte varit möjlig.

Oförutsedda brister i de tekniska förutsättningarna bidrog till att själva enkätsvaren behövde en hel del justeringar vilket även det drog ut på tiden.

Sammanfattningsvis har metoden, där den tillämpats fullt ut, fungerat väl. MAS:en hade allt material till hands inför besöken och utgick från det i samtalet. Att denna första mätning varit så omfattande gjorde dock att samtalen drog ut på tiden – vilket gjorde att just det momentet tog mycket tid i anspråk från verksamhetens sida.

Målet med denna rapport var även att utveckla QUSTA kvalitetsinstrument inför framtida mätningar. Att hämta in synpunkter genom intervjuer har upplevts som en bra metod. Att använda en enkät till detta hade kunna ge synpunkter från fler verksamhetspersonal – men valet av intervju som metod utifrån en intervjuguide möjliggjorde att få veta mer genom att ställa följdfrågor. Under QUSTA-resans gång upplevdes MAS:gruppen som mer samstämmig och det har varit många och långa kvalitetsdiskussioner i samband med ordinarie länsmöten. När frågorna bearbetades inför mätningen fick länets MAS:ar möjlighet att sätta olika nivåer som var mätbara. Ett exempel på detta är hur många delegeringar som är acceptabelt att en enskild sjuksköterska ansvarar för. Där satte MAS:arna en tydlig nivå. Hade sjuksköterskan mer än 30 personal med delegering så ansågs detta innebära en lägre kvalitet.

När QUSTA utvecklades i Stockholms län för knappt 10 år sedan fanns det ett visst regelverk. Både detta och vården av äldre har ändrats och utvecklats sedan dess. Stockholms MAS:ar har därför förändrat och utvecklat QUSTA och så bör även göras i Västernorrland utifrån länets förutsättningar. Andra omvårdningsfaktorer som starten av flertalet kvalitetsregister kommer också påverka kvaliteten och möjliggöra nya sätt att mäta den och bör ses som ett komplement till QUSTA. Allt för att göra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i särskilt boende mer jämlik med en högre kvalitet.

Slutsats

QUSTA kvalitetsmätning har skapat en arena för samtal mellan medarbetare i särskilt boende och kommunens MAS om kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns data som visar vad som fungerar bra och identifierat vad som behöver utvecklas. Andelen äldre, dvs. de som är 85 år och äldre ökar i särskilt boende – vilket kommer att ställa allt högre krav på den kommunala hälso- och sjukvården och behovet av att kunna mäta kvaliteten. QUSTA kan vara en pusselbit i detta.

Referenser

Bergman B. och Klefsjö B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. Stockholm: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2011). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Bilagor

Bilaga 1

2.1 Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal

1. Är riktlinje ”Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal” upprättad av MAS tillgänglig för berörd personal?

Ja Nej

2. Är riktlinje ”Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal” upprättad av MAS känd för berörd personal?

Ja Nej

3. Finns aktuell skriftlig överenskommelse utifrån Samverkansavtal kring läkarmedverkan om vem som utför läkarinsatserna dagtid?

Ja Nej

4. Finns aktuell skriftlig överenskommelse utifrån Samverkansavtal kring läkarmedverkan om vem som utför läkarinsatserna jourtid?

Ja Nej

5. Finns aktuell skriftlig överenskommelse utifrån Samverkansavtal kring läkarmedverkan hur samarbetet ska ske, t ex besöksdagar, telefonkontakt mm?

Ja Nej

6. Finns aktuell skriftlig överenskommelse för hur läkare kontaktas i akuta fall?

Ja Nej

7. Finns aktuella telefonnummer, faxnummer, minicall, eller andra sökvägar till ansvarig läkare dagtid väl synligt för legitimerad personal?

Ja Nej

8. Finns aktuell skriftlig överenskommelse för kontakt med läkare under jourtid?

Ja Nej

9. Har omvårdnadspersonalen tillgång till aktuell telefonlista till tjänstgörande sjuksköterska?

Ja Nej

10. Blir sjuksköterska kontaktad av omvårdnadspersonalen när vårdtagarens hälsotillstånd förändrats?

Ja Nej

2.2 LÄKEMEDELSHANTERING

Organisation

1. Känner berörd personal till den aktuella instruktionen/direktiv för läkemedelshantering som är utarbetad av MAS?

Ja Nej

2. Finns en aktuell lokal arbetsordning för läkemedelshantering utarbetad efter MAS instruktion/direktiv för läkemedelshantering på enheten?

Ja Nej

3. Är den lokala arbetsordningen tillgänglig och känd för all berörd personal?

Ja Nej

4.a Genomgår läkemedelshanteringen, där det finns läkemedelsförråd, en extern kvalitetsgranskning en gång om året?

- Ja
 Nej
 Det finns inget läkemedelsförråd i verksamheten

4.b Har eventuell anmärkning åtgärdats inom tre månader?

- Ja
 Nej
 Det finns inget läkemedelsförråd i verksamheten

5. Förvaras läkemedel enligt tillverkarens anvisningar i särskilda förråd oåtkomligt för obehöriga ?

Ja Nej

6. Förvaras sprutor och kanyler oåtkomliga för obehöriga?

Ja Nej

7. Sker inventering av narkotika i läkemedelsförrådet minst varje månad av särskilt utsedd sjuksköterska?

- Ja
 Nej
 Det finns inget läkemedelsförråd i verksamheten

8. Sker rekvisering av läkemedel till läkemedelsförråd av den sjuksköterska som är utsedd enligt den lokala arbetsordningen?

Ja Nej

Individ

9. Finns det bedömt och dokumenterat i omvårdnadsjournalen om vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel och ansvaret för läkemedelshantering övertagits av sjuksköterska?

Ja Nej

10. Signeras alltid överlämnat läkemedel på signeringslistan efter intagen dos?

Ja Nej

11. Finns läkemedelsordinationerna sammanställda i en ordinationshandling som är signerad?

Ja Nej

12. Får vårdtagarna sina läkemedel inom rimlig tidsram i förhållande till vad läkare avsett i ordinationen?

Ja Nej

2.4 DELEGERING

Organisation

1. Vilka ska ha kunskap om riktlinjerna för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter?

- a) Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast
- b) Delegerad personal
- c) Både punkt a och b
- d) Varken punkt a och b

2. Delegeras alltid hälso- och sjukvårdsuppgifter skriftligt?

- Alltid Ibland Aldrig

3. Sker utbildning med genomgång enligt MAS riktlinjer och skriftlig kunskapstest i de fall delegering av överlämnande av läkemedel förekommer?

- Ja Nej

4. Sker utbildning med genomgång enligt MAS riktlinjer och skriftlig instruktion i de fall delegering av övrig specifik omvårdnad förekommer t.ex. sondmat, sårvård?

- Ja Nej

5. Utförs kunskapskontroll vid förnyelse av delegering?

- Alltid Ibland Aldrig

6. Följs delegeringarna upp under den tid de gäller?

- Alltid Ibland Aldrig

7. Återkallas delegeringar om god och säker vård inte kan säkerställas?

- Ja Nej

8. Informeras berörd personal om att vidaredelegering ej får förekomma inom hälso- och sjukvård?

- Ja Nej

9. Förekommer delegering för att lösa personalbristsituationer eller av ekonomiska skäl?

- Ja Nej

10. Förekommer det att en sjuksköterska delegerar till fler än trettio personal?

- Ja Nej

2.5 AVVIKELSEHANTERING

Organisation

1. Är riktlinje gällande "avvikelsehantering" upprättad av MAS tillgänglig för berörd personal?
 Ja Nej
2. Är riktlinje gällande "avvikelsehantering" upprättad av MAS känd för berörd personal?
 Ja Nej
3. Har enheten lokala rutiner för avvikelsehantering?
 Ja Nej
4. Vem har ytterst ansvar för att berörd personal blir informerad om deras skyldighet att rapportera risk för avvikelse eller om avvikelse inträffat?
 Närmaste chef
 sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
5. Vem dokumenterar händelseförloppet i en avvikelserapport om en risk för avvikelse eller avvikelse har skett?
 personen som upptäcker händelsen
 sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
 närmaste chef
6. Åtgärdas alltid en risk för avvikelse eller en avvikelse när den upptäcks?
 Ja Nej
7. Återkopplas vidtagna åtgärder regelbundet till omvårdnadspersonalen då en risk för avvikelse eller en avvikelse inträffat?
 Ja Nej
8. Vem har ansvar för att återkoppling sker vid risk för avvikelse eller inträffad avvikelse till berörd personal?
 sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
 närmaste chef
 både sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast och närmaste chef
9. Skickas avvikelserapporter till MAS enligt MAS riktlinjer?
 Ja Nej
10. Vem har ytterst ansvaret för att berörd personal blir informerad om vad Lex Maria innebär?
 närmaste chef

- sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast

Individ

11. Var dokumenteras risk för avvikelse eller inträffad avvikelse?

- På avvikelserapporten
- I omvårdnadsjournalen
- I båda

2.6 MEDICINTEKNISKA PRODUKTER (MPT)

Organisation

1. Är skriftliga rutiner för MTP kända och används i verksamheten?

Ja Nej

2. Tillämpas serviceavtal för MTP?

• Grupp 1 medicinteknisk

Ja Nej

• Grupp 2 Arbetstekniska

Ja Nej

3. Kontrolleras MTP regelbundet eller minst en gång per år?

Ja Nej

4. Utförs kontrollen av en formellt teknisk utbildad person?

Ja Nej

5. Sker analys avseende tillbud och olyckor?

Ja Nej

6. Sker förebyggande underhåll av MTP i verksamheten?

Ja Nej

7. Registreras inköpta MTP i ett inventarieregister i verksamheten?

Ja Nej

8. Utbildats och instruerats personalen regelbundet i användandet av MTP?

Ja Nej

Individ

9. Dokumenteras ordinerade MTP i omvårdnads/rehabjournal?

Ja Nej

10. Är förskrivna hjälpmedel individuellt utprovat av sjukgymnast/ arbetsterapeut eller sjuksköterska?

Ja Nej

11. Sker uppföljning av utlämnade MTP och hur de används?

Ja Nej

2.7 HYGIEN

1. Får all berörd personal information om basala hygienrutiner?

Ja Nej

2. a. Har personal i vården kortärmade arbetskläder?

Ja Nej

2. b. Är händer och underarmar fria från smycken och klocka?

Ja Nej

3. Används engångsförkläde av plast eller en skyddsrock när det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material?

Alltid Ibland Aldrig

4. Finns tillgång till tvål och pappershanddukar avsedd endast för personal för att utföra handhygien hos vårdtagaren?

Ja Nej

5. Desinfekterar personalen händerna före och efter alla omvårdnadsinsatser?

Alltid Ibland Aldrig

Livsmedelshygien

6. Finns det personal som ej deltar i omvårdnadsarbetet i anslutning till iordningställande av mat/matlagning?

Ja Nej

7. Används rent köksförkläde vid iordningställande av mat/matlagning?

Ja Nej

Riskavfall

8. Finns det lokala rutiner på enheten för att hantera riskavfall?

Ja Nej

9. Rengörs orent flergångsmaterial i diskdesinfektor alternativt genom kemisk rengöring?

Ja Nej

Vårdrelaterad infektion

10. Känner sjuksköterskan till att vårdrelaterade infektioner t.ex. MRSA ESBL, VRE och diarréutbrott ska meddelas till MAS?

Ja Nej

3.1 VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Organisation

1. Finns skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede?

Ja Nej

2. Kan vid behovsorderade läkemedel överlämnas inom 30 minuter?

Ja Nej

3. Finns möjlighet att få extra personal vid vård i livets slutskede?

Ja Nej

4. Finns möjlighet för närstående att medverka/närvara vid vård i livets slutskede?

Ja Nej

Individ

5. Erbjuds patient/vårdtagare, närstående och berörd personal att delta i vårdplanering inför vård i livets slutskede?

Ja Nej

6. Upprättas individuell vårdplan inför vård i livets slutskede?

Ja Nej

7. Dokumenterar sjuksköterskan i omvårdnadsjournalen att läkaren har beslutat om vård i livets slutskede?

Ja Nej

8. Finns individuell läkemedelsordination vid vård i livets slutskede?

Ja Nej

9. a. Används någon skattningsskala eller symtomskattningsstöd för bedömning av besvärande symtom vid vård i livets slutskede?

Ja Nej

9. b. Dokumenteras bedömningen i omvårdnadsjournalen?

Ja Nej

10. Beaktas patientens/vårdtagarens etniska och religiösa tillhörighet i samband med vård i livets slutskede?

Ja Nej

3.2 INKONTINENS Organisation

1. Har alla sjuksköterskor på enheten förskrivningsrätt?

- Ja Nej

2. Arbetar sjuksköterska och omvårdnadspersonal i team när det gäller utprovning av inkontinenshjälpmedel?

- Ja Nej

3. Tillgodoses behovet av toalettassistans i omvårdnaden?

- Ja Nej

4. Tillämpas skriftliga rutiner för vårdtagare med kvarliggande urinkateter?

- Ja Nej

Individ

5. Är alla patient/vårdtagare med symtom på inkontinens utredda av läkare och/eller förskrivande sjuksköterska?

- Av läkare
 Av förskrivande sjuksköterska
 Av både läkare och förskrivande sjuksköterska
 Ingen eller få är utredda

6. Är symtomet inkontinens dokumenterat i status?

- Ja Nej

7. Finns en omvårdnadsplan för inkontinens?

- Ja Nej

8. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska med förskrivningsrätt?

- Ja Nej

9. Är inkontinensprodukten/storlek/sort dokumenterat i omvårdnadsjournalen?

- Ja Nej

10. Vidtas åtgärder för att förebygga inkontinens?

- Ja Nej

3.3 TRYCKSÅR

Organisation

1. Tillämpas skriftliga rutiner om trycksår?

Ja Nej

2. Uppdateras sjuksköterskorna regelbundet inom området sårvård?

Ja Nej

3. Kan enheten inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrass t.ex. mjukfiber i profylaktiskt syfte, där risk för trycksår eller trycksår föreligger?

Ja Nej

Individ

4. Gör sjuksköterskan riskbedömning av om det föreligger risk för trycksår?

Ja Nej

5. Används någon bedömningsskala vid riskbedömning av trycksår?

Ja Nej

6. Dokumenteras alltid riskbedömningen i omvårdnadsjournalen?

Ja Nej

7. Konsulteras sjukgymnast/arbetsterapeut vid risk för trycksår eller om sår uppkommit?

Ja Nej

8. Dokumenteras alltid trycksår i en omvårdnadsplan och/eller sårjournal?

Ja Nej

9. Framgår det av dokumentationen hur såret uppkommit, var det är lokaliserat, hur det ser ut och hur stort det är?

Ja Nej

10. Gör sjuksköterskan en smärtstatus om vårdtagare uppvisar smärta vid trycksår?

Ja Nej

3.4 NUTRITION

Organisation

1. Finns det lokala skriftliga rutiner vid nutritionsproblem?

Ja Nej

2. Kan individuellt anpassad kost erbjudas vid nutritionsproblem?

Ja Nej

3. Är nattfastan acceptabel, högst 11 timmar?

Ja Nej

4. Följs Livsmedelsverkets riktlinjer för planering av måltidens sammansättning?

Ja Nej

Individ

5. Erbjuds vårdtagaren längd- och viktkontroll i samband med inflyttning?

Ja Nej

6. Gör sjuksköterskan alltid en riskbedömning vid inflyttning avseende nutrition?

Ja Nej

7.a. Beräknas BMI- värdet vid nutritionsproblem?

Ja Nej

7.b. Följs BMI-värdet upp regelbundet?

Ja Nej

8. Utredds ät- och sväljsvårigheter?

Ja Nej

9. Är näringspreparat ordinerat av dietist eller läkare vid nutritionsproblem förorsakad av sjukdom?

Ja Nej

10. Dokumenteras nutritionsproblem i omvårdnadsjournalen?

Ja Nej

3.5 FALL OCH FALLSKADOR

Organisation

1. Tillämpas skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador?
 Ja Nej
2. Utförs individuell riskbedömning i anslutning till inflyttning?
 Ja Nej
3. Görs en ny individuell riskbedömning i samband med fall?
 Ja Nej
4. Informeras omvårdnadspersonalen regelbundet i fallförebyggande åtgärder?
 Ja Nej
5. Är sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut involverad i det förebyggande arbetet?
 Ja Nej
6. Blir sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut kontaktad vid fall/fallskador?
 Alltid Ibland Aldrig
7. a. Rapporterar sjuksköterskan till läkare när vårdtagare har upprepade fall?
 Alltid Ibland Aldrig
7. b. Konsulterar sjuksköterskan läkare om vårdtagare har fallit och slagit huvudet och varit avsvimmad?
 Alltid Ibland Aldrig

Individ

8. Vem analyserar tillbud och fall/fallskador på individnivå?
 a) Sjuksköterskor
 b) Sjukgymnast/arbetsterapeut
 c) Sjuksköterskor och Sjukgymnast/arbetsterapeut
9. Dokumenteras risk för fall i vårdplan/rehabplan/status?
 Ja Nej
10. Åtgärdas de identifierade riskfaktorerna i samband med riskbedömningen?
 Ja Nej

3.6 DEMENS

Organisation

1. Finns det alltid omvårdnadspersonal på plats på varje enhet/avdelning på gruppboendet på natten?
 Alltid Ibland Aldrig
2. Har boendeenheter mer än nio vårdtagare?
 Ja Nej
3. Får all berörd personal kontinuerlig kompetensutveckling inom demensvård?
 Ja Nej
4. Har omvårdnadsansvarig/planeringsansvarig sjuksköterska specialistutbildning med inriktning mot demens, geriatrik eller öppen hälso- och sjukvård?
 Ja Nej
5. Får personalen handledning kring enskild vårdtagare vid behov?
 Ja Nej

Individ

6. Finns lokala rutiner för hur bedömning görs innan larm eller andra begränsningsåtgärder ordinerar?
 Ja Nej
7. Har alla patienter med larm eller andra begränsningsåtgärder en individuell vårdplan upprättad?
 Alltid Ibland Aldrig
8. Finns kunskap om att individuellt anbringad nödsändare ska rapporteras till MAS?
 Ja, Nej, Ingen nödsändare finns i verksamheten
9. Finns kunskap om att när nödsändare aktiverats så ska det rapporteras till MAS?
 Ja, Nej, Ingen nödsändare finns i verksamheten
10. Har alla demenssjuka demensdiagnos på gruppboende för demenssjuka?
 Ja, Nej, Inga demenssjuka bor på enheten

3.7 REHABILITERING

Organisation

1. Upprättas rehabjournal i samband med inflyttning då behov föreligger?

Alltid Ibland Aldrig

2. Medverkar sjukgymnast/arbetsterapeut vid vårdplaneringar då behov föreligger?

Alltid Ibland Aldrig

3. Kan de vårdtagare som har behov av arbetsterapeutisk träning erbjudas detta individuellt?

Alltid Ibland Aldrig

4. Kan de vårdtagare som har behov av arbetsterapeutisk träning erbjudas detta i grupp?

Ja Nej

5. Kan de vårdtagare som har behov av sjukgymnastisk behandling erbjudas detta individuellt?

Ja Nej

6. Kan de vårdtagare som har behov av sjukgymnastisk behandling erbjudas detta i grupp?

Ja Nej

Individ

7. Följer arbetsterapeut upp den individuella planen när behov föreligger?

Ja Nej

8. Följer sjukgymnast upp den individuella planen när behov föreligger?

Ja Nej

9. Utförs ADL-status när behov föreligger av arbetsterapeut?

Ja Nej

10. Utförs generell motorisk funktionsbedömning när behov föreligger av sjukgymnast?

Alltid Ibland Aldrig

3.8 MUN- OCH TANDHÄLSOVÅRD

Organisation

1. Tillämpas samverkansöverenskommelse om ”Uppsökande tandvård” mellan Beställarenheten och kommunens verksamhet?

Ja Nej Korttidsenhet, frågan gäller ej

2. Känner all personal till överenskommelsen och dess innehåll?

Ja Nej Korttidsenhet, frågan gäller ej

3. Har all personal fått den utbildning som de ska ha enligt överenskommelsen?

Ja Nej Korttidsenhet, frågan gäller ej

4. Får aktuella vårdtagare erbjudande om den kostnadsfria munhalsbedömningen?

Ja Nej Korttidsenhet, frågan gäller ej

Individ

5. Utför sjuksköterskan en munbedömning när en vårdtagare flyttar in eller i samband med första vårdkontakt?

Ja Nej

6. Har riskbedömning gjorts av sjuksköterska?

6. a) Utifrån riskfaktorer munhygien, kostvanor, muntorrhet?

Ja Nej

6. b) utifrån riskgrupper demens, depression, diabetes, hjärt-lungsjukdom, Parkinsons, psykiska sjukdomar, reumatism, smärttillstånd, tumörsjukdomar, stroke och vård i livets slut

Ja Nej

7. Har behovet av hjälp med mun- och tandhygien bedömts av Folktandvården i samband med den uppsökande tandvården?

Ja Nej

8. Om bedömningen är utförd, har berörd personal tillgång till munvårdskortet med råd och anvisningar om vårdtagarens mun- och tandhygien?

Ja Nej

9. Dokumenteras munbedömningen under sökord i omvårdnadsjournalen?

Ja Nej

QUSTA

- kvalitetsuppföljning

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)
kvalitetsuppföljning och granskning av den
kommunala hälso- och sjukvården på _____
Äldreboende, den _____

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom kommunernas särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA som är framtaget av MAS:ar i Stockholms län och anpassat för Västernorrlands kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för kommunal hälso- och sjukvårdsjournal enligt QUSTA.

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet (SOSFS 2005:12)
- att kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård efterlevs
- att lokala rutiner har upprättats, där behov finns i vissa fall, och tillämpas för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att berörd personal ska ha kunskap om de riktlinjer och lokala rutiner som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården, dels frågor som regleras enligt lagar och författningar, dels frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Kvalitetsinstrumentet skickas till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och enhetschefer för att svara på frågorna innan den personliga uppföljningen. MAS besöker verksamheten och går vid uppföljningen igenom materialet med berörda. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen granskas separat och behöver inte genomföra samtidigt. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad journal får maxpoängen 29.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Kvalitet som överstiger maxpoängen (som är en miniminivå) inom ett område, lyfts speciellt fram i rapporten och finns det

brister, anges även dessa. Brister ska åtgärdas och redovisas för MAS inom 2 månader efter granskningen.

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt lagar och författningar	Antal Poäng	Max poäng	Förbättringsåtgärd
1	Kontakt med läkare + HSL-personal		20	
2	Läkemedelshantering		20	
3	Delegering		20	
4	Avvikelsehantering		20	
5	Medicintekniska produkter (MTP)		20	
6	Hygien		20	
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling.			
7	Palliativ vård/vård i livets slutskede		20	
8	Inkontinens		20	
9	Trycksår		20	
10	Nutrition		20	
11	Fall och fallskador		20	
12	Demens		20	
13	Rehabilitering		20	
14	Mun- och tandhälsovård		20	
	Summa:		280	Uppfyllelse 0%
	Medelvärde:		0,0	

1. Läkarkontakt.

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

Förbättringsåtgärd

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, masens riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering skall göras årligen, eventuella

brister skall åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm skall dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen skall följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna skall regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än trettio delegeringar.

Förbättringsåtgärd

4. Avvikelse

På alla äldreboenden skall det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för avvikelshantering. Vid en avvikelse eller en risk för avvikelse skall alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden skall återkopplas till personalen.

Förbättringsåtgärd

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

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

Förbättringsåtgärd

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 skall också finnas tillgång till skyddskläder och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning skall inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen skall använda.

Förbättringsåtgärd

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 skall kunna ges inom en viss tid och det skall finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det skall finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering skall göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen skall framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

Förbättringsåtgärd

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende skall det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan skall utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer skall sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Förbättringsåtgärd

10. Nutrition

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

Förbättringsåtgärd

11. Fall och fallskador

Det förekommer att de boende faller, oftast leder det inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning bör också göras vid inflyttningen. Sjuksköterskor och paramedicinare skall vara involverade i det förebyggande arbetet och övrig personal skall få utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenshandikapp faller skall sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen skall analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

12. Demens

På XX-boende finns ingen avdelning avsedd bara för personer med demenshandikapp, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med demenshandikappade personer bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det skall finnas rutiner för hur individuella demenslarm ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut.

På XX-boende finns enstaka personer med demenshandikapp.

Förbättringsåtgärd

13. Rehabilitering

Om behov finns skall en rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör paramedicinsk personal delta. Boende som har behov av behandling av paramedicinsk personal skall erbjudas detta. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av paramedicinsk personal, användningen av hjälpmedel skall följas upp. Vid behov skall ADL-status utföras.

Förbättringsåtgärd

14 Mun- och tandhäsovård

Sjuksköterskan skall vid inflyttning bedöma munhälsan. Problem i munnen kan ha betydelse för individens välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Individen skall erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen skall följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärd

Dokumentation

Förbättringsåtgärd

Sammanfattning

Intervjuguide QUSTA

Bilaga 16

MAS:ar

Intervjufrågor	Svar
Hur har du som helhet upplevt Qusta som uppföljningsmodell?	
Vilka nackdelar har du sett när du arbetat med Qusta?	
Vilka fördelar har du sett när du arbetat med Qusta?	
Hur har du uppfattat mötet med verksamhetspersonal vid uppföljning av Qusta?	
Hur har du uppfattat att övrig ledning och politiker ser på Qusta som uppföljningsmodell?	
Hur är Qusta som uppföljningsmodell för att stötta kvalitetsutvecklingen i Kommunen?	
Hur kan Qusta utvecklas för att fånga upp kvalitén i kommunen till nytta för patienterna?	
Övriga synpunkter som du vill berätta om?	

Verksamhetspersonal

Intervjufrågor	Svar
Hur har du som helhet upplevt Qusta som uppföljningsmodell?	
Har du sett några nackdelar med att följa upp verksamheten med Qusta?	
Har du sett några fördelar med att följa upp verksamheten med Qusta?	
Hur är Qusta som uppföljningsmodell för att stötta kvalitetsutvecklingen i Kommunen?	
Hur har du uppfattat mötet med MAS vid uppföljning av Qusta i din verksamhet?	
Hur har du uppfattat att äldreomsorgens ledning och (politiker) ser på Qusta som uppföljningsmodell?	
Hur har du uppfattat att övrig ledning och politiker ser på Qusta som uppföljningsmodell?	
Hur kan Qusta utvecklas för att fånga upp kvalitén i kommunen till nytta för patienterna?	
Övriga synpunkter som du vill berätta om?	

Att mäta kvalitén i kommunens hälso- och sjukvård

QUSTA kvalitetsmätning i särskilda boendeformer för äldre i Västernorrland

Kort sammanfattning

En samordnad kvalitetsmätning har genomförts på samtliga 107 särskilda boenden för äldre i Västernorrlands län. Studien belyser själva arbetsprocessen, medarbetares upplevelser och ger förslag på förbättringar inför framtida mätningar. Resultatet visar att kvaliteten generellt är god framför allt när det gäller kunskap om och tillämpning av rutiner och regelverk - men det finns förbättringsområden inom framför allt omvårdnadsområdet.

Anders Engelholm är distriktssköterska och har arbetat som Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i Härnösands kommun under flera år. Sedan våren 2010 på FoU Västernorrland och Kommunförbundet Västernorrland som utvecklingsledare inom äldreområdet.

Madeleine Blusi arbetar som forskare och FoU-handledare vid FoU Västernorrland

FoU-Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp idéer och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på www.fouvasternorrland.se