

## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 1**.....Datum **14 juni -05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta stadsdelsnämnd**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) **Farsta sdf**.....

Enhetschef/Hemvårdschef **Ann Ericson**...

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström**.....

Verksamhetens inriktning: **Permanent sjukhemsboende 16 pl, korttidsboende 12 pl, växelvård 4 pl**.....

Antal boende **32**, varav 5 lediga varav kvinnor **22**..... män...**10**.....

Ålder: yngst **69** år \_\_\_\_\_ äldst **94** år \_\_\_\_\_

---

### 1. ORGANISATION

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka **10 tim ( rond 2 dag/v )**.....

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

4. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor ...**4,0.+0,66 natt..** antal tjänster  
**+ enhetschef**

5. Antal vakanser ? ...**0** .....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **8**.....

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**32**..... Helg dag.....**32**.....Helg kväll.....**32**.....

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt.....**75**.....Helg natt.....**75**.....

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast ...**44**.....
10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut ...**44**.....
11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: ...**18,35**...=antal tjänster

Dag och kväll.....

Natt **2** .....

12. Antal vakanser? ... **0** .....

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **10**.....

Lördag/söndag morgon ...**6**.....

Vardag lunch ..... **10- 11**.....

Lördag/söndag lunch **8**.....

Vardag kväll ..... **4**.....

Lördag/söndag kväll ..... **4**.....

Natt ..... **2**.....

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning?

**13 undersköterskor, 7 vårdbiträden**.....

15. Hyr Ni in personal? Ja **XNej**

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### Utbildning

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

1. Demens	<b>XJa</b>	Nej
2. Diabetes	Ja	<b>XNej</b>
3. Nutrition	Ja	<b>XNej</b>
4. Smärta	<b>XJa</b>	Nej
5. Sårvård	<b>JXa</b>	Nej

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område?.....

## 2. KVALITÉ

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Dokumentation- VIPS, APT- uppföljningar, Avdelningskonferenser, planeringsdagar, teamkonferenser.....**

2. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? **Se ovan, stadens mål –och åtaganden**

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Kompetensfondens utbildningar, inkontinensutbildning, värdegrunder, interna och externa föreläsningar.....**

## 2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD

3.

### Vårdplanering

1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?	Alltid	Ibland	<b><u>Aldrig</u></b>
2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
4. Tidpunkt för individuell vårdplanering	<b><u>inom 2 veckor efter inflyttn.</u></b>		mer än 2-3 veckor efter inflytt
5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig

### Dokumentation

1. Vilket system användes för dokumentation? **VIPS.....**

2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?	<b>XJa</b>	Nej
3. Är anteckningarna i journalen signerade?	<b>XJa</b>	Nej
4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer?	<b>XJa</b>	Nej

### Läkemedel

- Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ? Ja **XNej**
- Senaste apoteksinspektionen? **Oktober - 02.....**
- Hur förvaras läkemedel? **I låst medicinrum**
- Vilket läkemedelssystem användes ? **Dosettindelning ur centralt förråd**

5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling? **X Ja** Nej
6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ? Ja **XNej**
7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av läkemedel? **XJa** Nej
8. Är smärtbehandling individuellt anpassad **XJa** Nej
9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? **XJa** Nej

### Delegering

1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **X Ja** Nej

Om ja, ge exempel... **Sårömläggning, ge laxermedel, sondmatning, spola KAD, provtagning, sätta på stödstrumpor....**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )  
**Instruktion och uppföljning**

3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej
4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ?  
Ja Nej
5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? Ja Nej

Om nej, ge exempel på vad.

Vilka åtgärder vidtas? ... **Endast sjuksköterska överlämnar läkemedel...**

### Kost / Näring

- |  | Frukost              | Mellanmål                       | Lunch        | Mellanmål     | Middag       | Kvällsmat     |
|--|----------------------|---------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| 1. Klockan                                     | <b>8 - 9</b>         | <b>10- 12</b>                   | <b>12.15</b> | <b>c:a 14</b> | <b>16.30</b> | <b>18- 19</b> |
| 2. Erbjuds mat även på natten?                 |                      |                                 |              |               | <b>XJa</b>   | Nej           |
| 3. Hur lång är nattfastan?                     | <b>13- 14 timmar</b> |                                 |              |               |              |               |
| 4. Lagas mat i verksamheten?                   |                      | <b>Gröt och välling<br/>ägg</b> |              |               | <b>xJa</b>   | Nej           |
| 5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning |                      |                                 |              |               | Ja           | <b>XNej</b>   |

Kommentar **Endast frukostmat lagas på enheten**

6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej
7. Kan önskekost erhållas? **XJa** Nej
8. Sker viktkontroller vid inflyttning **XJa** Nej

9.Sker viktkontroller regelbundet **XJa** Nej

Om ja hur ofta? **Varje halvår samt vid behov**.....

10.Sker bedömning av energibehovet vid behov ( se metodbok ) Ja Nej

Kommentar.....

Om, ja hur bedömer ni energibehovet.....

11.Görs BMI -bedömning ( se metodbok ) **XJa** Nej

### Munvård

1. Utförs munhygien? morgon och kväll **enbart morgon eller kväll, en del morgon och kväll** Inte alls

2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist **XJa** Nej

3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år **1** .....

### Hygien

1 Utförs övre toalett morgon och kväll **Enbart morgon eller kväll**

2. Utförs nedre toalett morgon och kväll **Enbart morgon eller kväll + vb**

3. Möjlighet till dusch/bad dagligen flera ggr/vecka **1 ggr/vecka och efter behov**

### Fotvård

1. Tillgång till fotvårdsspecialist **XJa** Nej

2. Tillgång till medicinsk fotvård **XJa** Nej

3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" Ja **XNej**

4. Finns vårdplan på diabetesfötter Ja **XNej**

### Trycksår

1. Hur många boende har trycksår? **4 boende**.....

2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet **XJa** **XNej**

**Ett sår har uppkommit på äldreboendet**

3. Läktes trycksåret i äldreboendet **Håller på att läkas** **XJa** Nej

**Förebyggande vård**

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner? **Gångträning, hjälp till självhjälp.** .....

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa** Nej

Om, ja vilka? **Gruppgymnastik, bingo gudstjänster, underhållning, högtidsluncher, bakning**.....

3. Förebyggs fallolyckor? **X Ja** Nej

Om ,ja hur **Fallriskbedömning, vårdplanering**

4. Förebyggs förstoppning **X Ja** Nej

Om, ja hur...**Toaträning, läkemedel**.....

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare ? **Ja** **XNej**  
(Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)

Om ja hur ofta .....

6. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder (säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa** Nej

Om ja ,vad... **Säkerhetssele, sänggrindar, .....**

7. Vem ordinerar t.ex. bälte, sänggrindar, larm?

**Bälte ordineras av läkare, sänggrindar av sjuksköterska.**

**Inkontinens**

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat i status och vårdplan (inkontinensjournal)? **Ja** **XNej**

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **XJa** Nej

Vilka? **Toaträning**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? **Ja** **XNej**

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa** Nej

5. Finns namn på ordinator ? **Ja** **Xnej inte**  
**alltid då de boende kommer från annan vårdinstans**

6. Finns datum för ordination i journalen? **Ja** **Xnej se**  
**ovan**

7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? **XJa** Nej

### Avvikelsehantering

1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering? **XJa** Nej

Om ja, känner all personal till dem? **XJa** Nej

2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? **XJa** Nej

3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?

### Kvalitetsråd, protokoll som alla ska läsa

4. Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?

- den som upptäcker händelsen **X** ☐
- sjuksköterska/paramedicinare ☐
- chefen ☐

5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta? **Alltid** Ibland Aldrig

6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till samtlig personal? **Alltid** Ibland Aldrig

7. Vem återkopplar avvikelserapporten?

- sjuksköterska/paramedicinare **x** ☐
- chefen ☐

8. Var dokumenteras avvikelserapporten ?

- på Avvikelseblankett ☐
- i Omvårdnadsjournalen ☐
- Båda **X** ☐

9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa?

- Inom en vecka **X** ☐
- Inom två veckor ☐
- Inom tre veckor ☐

10. Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder? **XJa** Nej

11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är? **XJa** Nej

### Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede

1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? **XJa** Nej

Om ja, Hur planeras vården? **Individuellt, extravak vid behov**

**Bemötande**

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X Ja** Nej

Om ja hur? **Frågar hur personen vill ha det, vårdplanering, teamkonferens**

**Rehabilitering/funktionsuppehållande**

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa** Nej

Om ja, hur följs det upp ? **På teamkonferenser**

**Personalhygien**

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa** Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa** Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa** Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? Ja **XNej**

**Övriga kommentarer:**

**Inga kommentarer från enheten.**

**Datum 05 06 14**

**Namn uppgiftslämnare Maria Bergvall**



## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 2**.....Datum **2 juni -05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta stadsdelsnämnd**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) **Farsta sdf**

Enhetschef/Hemvårdschef **Ann Ericson** .....

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström**.....

Verksamhetens inriktning: **Permanent sjukhemsboende**

Antal boende **31** varav kvinnor **21**..... män...**10**

Ålder: yngst **67** år \_\_\_\_\_ äldst **98** år \_\_\_\_\_

### 4. ORGANISATION

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka **C:a 4 tim ( Läkare finns alltid tillgänglig på dagtid )**

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

5. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor **3,75 + 0,66 natt=** antal tjänster  
**+ 1 enhetschef**

5. Antal vakanser ? ...**0** .....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **8**.....

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**31**..... Helg dag.....**31**.....Helg kväll.....**31**.....

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt **74** Helg natt **74**.....

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast ...**62**.....

10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut .....**62**.....

11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: ... ? =antal tjänster

Dag och kväll... **10 på dagen + 4 på kvällen**.....

Natt **2** .....

12. Antal vakanser? ... **0**.....

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **8- 10**.....

Lördag/söndag morgon ...**6**.....

Vardag lunch ..... **8- 10**.....

Lördag/söndag lunch **6- 8**.....

Vardag kväll ...**4** ....

Lördag/söndag kväll .....**4** .....

Natt ..... **2**.....

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning?

**12 undersköterskor, 4 vårdbiträden med utbildning samt 3 vårdbiträden utan utbildning**

15. Hyr Ni in personal? **Ja** **xNej**

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### **Utbildning**

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

<b>6.</b> Demens	Ja	<b>XNej</b>
<b>7.</b> Diabetes	Ja	<b>XNej</b>
<b>8.</b> Nutrition	Ja	<b>XNej</b>
<b>9.</b> Smärta	<b>XJa</b>	Nej
<b>10.</b> Sårvård	Ja	<b>XNej</b>

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område?...**Grundutbildning**.....

## 5. KVALITÉ

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Dokumentation- VIPS, APT, uppföljningar, avdelningskonferenser, planeringsdagar, teamkonferenser.**

2. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? **Se ovan, mål och åtaganden**

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Kompetensfondens utbildningar, inkontinensutbildningar, värdegrunder, interna och externa utbildningar, förflyttningsteknik.**

## 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD

### Vårdplanering

1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?	Alltid	Ibland	<b><u>Aldrig</u></b>
2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
4. Tidpunkt för individuell vårdplanering	<u>inom 2 veckor efter inflyttning</u>	mer än 2-3 veckor efter inflyttning.	
5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig

### Dokumentation

1. Vilket system användes för dokumentation? **VIPS**.....

2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?	<b>XJa</b>	Nej
3. Är anteckningarna i journalen signerade?	<b>XJa</b>	Nej
4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer?	<b>XJa</b>	Nej

### Läkemedel

1. Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ?

Ja **XNej**

2. Senaste apoteksinspektionen? **Oktober - 02**.....

3. Hur förvaras läkemedel? **I låst medicinrum.**

4. Vilket läkemedelssystem användes ? **Centralt förråd, dosettindelning**

5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling? **X Ja** Nej

6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ? **XJa** Nej

7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av överlämnande av läkemedel?

**XJa** Nej

8. Är smärtbehandling individuellt anpassad

**XJa** Nej

9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? **XJa** Nej

### Delegering

1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **X Ja** Nej

Om ja, ge exempel... **Ge laxermedel....**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )

### Skriftligt, uppföljning, handledning.

3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej

4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ? **Endast sjuksköterska överlämnar läkemedel**

Ja Nej

5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? Ja Nej

Om nej, ge exempel på vad. **Sjuksköterskan signerar på signeringslista**

Vilka åtgärder vidtas? .....

### Kost / Näring

	Frukost	Mellanmål	Lunch	Mellanmål	Middag	Kvällsmat
1. Klockan	<b>8 – 9.30</b>		<b>12</b>	<b>13.30</b>	<b>16.30</b>	<b>18.30</b>

2. Erbjuds mat även på natten? **XJa** Nej

3. Hur lång är nattfastan? **13- 14 timmar.**

4. Lagas mat i verksamheten? **Gröt och välling** **xJa** Nej

5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning Ja **XNej**

### Kommentar

6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej

7. Kan önskekost erhållas? **XJa** Nej

8. Sker viktkontroller vid inflyttning **XJa** Nej

9.Sker viktkontroller regelbundet **XJa** Nej

Om ja hur ofta? **2 ggr/ år samt vid behov**.....

10.Sker bedömning av energibehovet vid behov **XJa** Nej  
( se metodbok )

Kommentar.....

Om, ja hur bedömer ni energibehovet.....**Viktnedgång,  
aptitlöshet**.....

11.Görs BMI -bedömning **XJa** Nej  
( se metodbok )

### Munvård

1. Utförs munhygien? **morgon  
och kväll** enbart morgon eller kväll Inte alls

2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist **XJa** Nej

3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år **1 gång**.....

### Hygien

1 Utförs övre toalett morgon och kväll **Enbart morgon eller kväll + vid behov**

2. Utförs nedre toalett morgon och kväll **Enbart morgon eller Kväll+ vid behov**

3. Möjlighet till dusch/bad dagligen flera ggr/vecka **1 ggr/vecka**

### Fotvård

1. Tillgång till fotvårdsspecialist **XJa** Nej

2. Tillgång till medicinsk fotvård **XJa** Nej

3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" **XJa** Nej

4. Finns vårdplan på diabetesfötter Ja **XNej**

### Trycksår

1. Hur många boende har trycksår? **2**.....

2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet Ja **XNej**

3. Läktes trycksåret i äldreboendet Ja Nej

**Förebyggande vård**

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner? **Genom individuella bedömningar och nära samarbete mellan avdelningspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast.**

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa** Nej

Om, ja vilka? **Frågesport, bingo, trädgårdsgrupp, tipspromenad, gymnastik, underhållning, besök av kyrkan**

3. Förebyggs fallolyckor? **X Ja** Nej

Om, ja hur

**Kontinuerliga vårdplaneringsmöten, teamkonferenser, uppföljningar av redan inträffade fall med dokumenterade åtgärdsplaner, fallriskbedömning.**

4. Förebyggs förstoppning **X Ja** Nej

Om, ja hur... **Avföringslistor, kost, läkemedel.**

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare? **XJa** Nej  
(Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)  
Om ja hur ofta .....

6. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder (säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa** Nej

Om ja, vad... **Säkerhetssele, sänggrindar, larm, rullstolsbord**

7. Vem ordinerar t.ex. säkerhetssele, sänggrindar, larm?

**Säkerhetssele ordinerar av läkare, sänggrindar av ssk .**

**Inkontinens**

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat i status och vårdplan (inkontinensjournal)? **XJa**

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **XJa** Nej

Vilka? **Toaträning**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? Ja **XNej**

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa** Nej

5. Finns namn på ordinator? Ja **XNej**

- |   |            |             |
|---|------------|-------------|
| 6. Finns datum för ordination i journalen?          | Ja         | <b>Xnej</b> |
| 7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? | <b>XJa</b> | Nej         |

**Avvikelsehantering**

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| 1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering?                              | <b>XJa</b> | Nej |
| Om ja, känner all personal till dem?                                     | <b>XJa</b> | Nej |
| 2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? | <b>XJa</b> | Nej |
| 3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?                        |            |     |

**1Rapportör- 2sjuksköterska- 3sjukgymnast- 4enhetschef- 5MAS- 6sjukehemschef**

- |  |               |                          |        |
|--|---------------|--------------------------|--------|
| 4.Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?   |               |                          |        |
| - den som upptäcker händelsen  | <b>X</b>      | <input type="checkbox"/> |        |
| - sjuksköterska/paramedicinare   |               | <input type="checkbox"/> |        |
| - chefen   |               | <input type="checkbox"/> |        |
| 5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta?                               | <b>Alltid</b> | Ibland                   | Aldrig |
| 6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till all personal?                            | <b>Alltid</b> | Ibland                   | Aldrig |
| 8. Vem återkopplar avvikelsen?   |               |                          |        |
| - sjuksköterska/paramedicinare   | <b>X</b>      | <input type="checkbox"/> |        |
| - chefen   | <b>X</b>      | <input type="checkbox"/> |        |
| 8. Var dokumenteras avvikelsen ?   |               |                          |        |
| - på Avvikelseblankett   |               | <input type="checkbox"/> |        |
| - i Omvårdnadsjournalen  |               | <input type="checkbox"/> |        |
| - Båda   | <b>X</b>      | <input type="checkbox"/> |        |
| 9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa? |               |                          |        |
| - Inom en vecka  | <b>X</b>      | <input type="checkbox"/> |        |
| - Inom två veckor  |               | <input type="checkbox"/> |        |
| - Inom tre veckor  |               | <input type="checkbox"/> |        |
| 11.Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder?                                       | <b>XJa</b>    |                          | Nej    |
| 11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är?   | <b>XJa</b>    |                          | Nej    |

**Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede**

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| 1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? | <b>XJa</b> | Nej |
|--|------------|-----|

Om ja, Hur planeras vården? **Avlastningsrum finns på avdelningen, individuell vårdplanering, extra personal vid behov**

## Bemötande

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X** Ja    Nej

## Om ja hur? **Bemötande, knackas på dörr, tilltal, ankomstsamtal, vårdplanering**

## Rehabilitering/funktionsuppehållande

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa** Nej

Om ja, hur följs det upp ? **Genom teamkonferenser**

## Personalhygien

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa** Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa**      Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa** Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? **XJa** Nej

**Övriga kommentarer:**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are ten visible lines, creating nine equal-sized rows for writing. The top margin is slightly larger than the others. The bottom edge of the paper has a light blue shaded area, which is part of the original document's design.

**Datum**      **05 06 02**

**Namn uppgiftslämnare Maria Bergvall**



## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 3**.....Datum **30 maj -05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta stadsdelsnämnd**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) ...**Farsta sdf**.....

Enhetschef/Hemvårdschef **Ingela Aspenström**

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström**

Verksamhetens inriktning: **Permanent sjukhemsboende för dementa 28 platser**

Antal boende **28** varav kvinnor **28**..... män...**0**

Ålder: yngst **74 år** \_\_\_\_\_ äldst **97 år** \_\_\_\_\_

---

### 6. ORGANISATION

7.

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka **C:a 4 tim ( Läkare finns alltid tillgänglig på dagtid )**

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

6. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor ...**3,75**...= antal tjänster  
**+ 1 enhetschef**

5. Antal vakanser ? ...**0** .....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **7**.....

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**40**..... Helg dag...**40**..... Helg kväll...**40**.....

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt **91** Helg natt **91**

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast .....**60**.....

10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut .....**60**.....

11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: ... =antal tjänster

Dag och kväll... **15,72 på dagen** .....

Natt **2 personal**.....

12. Antal vakanser? ... **1**

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **8-9**.....

Lördag/söndag morgon ...**6**.....

Vardag lunch ..... **8-9**.....

Lördag/söndag lunch **6**.....

Vardag kväll ... **4** ....

Lördag/söndag kväll ..... **4**.....

Natt ..... **2**.....

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning?

... **Alla utom två**

15. Hyr Ni in personal? Ja **X Nej**

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### Utbildning

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

<b>11. Demens</b>	<b>XJa</b>	Nej
<b>12. Diabetes</b>	<b>XJa</b>	Nej
<b>13. Nutrition</b>	Ja	<b>XNej</b>
<b>14. Smärta</b>	<b>XJa</b>	Nej
<b>15. Sårvård</b>	<b>XJa</b>	Nej

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område?.....

## 2. KVALITÉ

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Avvikelsehantering, dokumentation- VIPS, SoL, efter inspektionsresultat från äldreomsorgsinspektörer, socialstyrelse och länsstyrelse, åtaganden/ garantier**

2. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? **APT, gruppmöten, klagomål.....**

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Kompetensfondsanknutna utbildningar och föreläsningar i första hand fram till 2006, internutbildning-normala åldrandet, hygien, förflyttningsteknik, demens, smärta, etik.....**

## 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD

### Vårdplanering

1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?	Alltid	Ibland	<u><b>Aldrig</b></u>
2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig
3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig
4. Tidpunkt för individuell vårdplanering	inom 2 veckor efter inflyttning		<u><b>mer än 2-3 veckor efter inflyttning.</b></u>
5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig

### Dokumentation

1. Vilket system användes för dokumentation? **Vips.....**

2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?	<b>XJa</b>	Nej
3. Är anteckningarna i journalen signerade?	<b>xJa</b>	Nej
4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer?	<b>XJa</b>	XNej

### Läkemedel

1. Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ?

Ja **XNej**

2. Senaste apoteksinspektionen? **Oktober - 02.....**

3. Hur förvaras läkemedel? **I låsta skåp**

4. Vilket läkemedelssystem användes ? **Centralt läkemedelsförråd. Sjuksköterskan delar dosetter.**

5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling? **X Ja** Nej
6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ? **XJa** Nej
7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av läkemedel? **XJa** Nej
8. Är smärtbehandling individuellt anpassad **XJa** Nej
9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? Ja **XNej**

**Delegering**

1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **XJa** Nej

Om ja, ge exempel...**Sårvård**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )  
**Sjuksköterskan förvissas sig om att kunskapen finns hos den som mottar delegering. Delegering för överlämnande av läkemedel förekommer ej.**

3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej
4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ?  
Ja Nej
5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? Ja Nej

Om nej, ge exempel på vad.

Vilka åtgärder vidtas? .....

**Kost / Näring**

	Frukost	Mellanmål	Lunch	Mellanmål	Middag	Kvällsmat
1. Klockan	<b>7-10</b>	<b>8- 12</b>	<b>12</b>	<b>14 - 15</b>	<b>16</b>	<b>18- 19+</b>

**vb. senare**

2. Erbjuds mat även på natten? **XJa** Nej
3. Hur lång är nattfastan? **Varierar**
4. Lagas mat i verksamheten? **Gröt och välling  
Bakas mycket** **xJa** Nej
5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning Ja **XNej**

Kommentar **Endast frukostmat lagas på enheten**

6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| 7. Kan önskekost erhållas?             | <b>XJa</b> | Nej |
| 8. Sker viktkontroller vid inflyttning | <b>XJa</b> | Nej |
| 9. Sker viktkontroller regelbundet     | <b>XJa</b> | Nej |

Om ja hur ofta? **Var 6:e månad+ vid behov och vid ordination.....**

- |   |            |     |
|---|------------|-----|
| 10. Sker bedömning av energibehovet vid behov<br>( se metabok ) | <b>XJa</b> | Nej |
|---|------------|-----|

Kommentar...**Tillsammans med avdelningschef för kök.....**

Om, ja hur bedömer ni energibehovet.....

- |   |            |     |
|---|------------|-----|
| 11. Görs BMI -bedömning<br>( se metabok ) | <b>XJa</b> | Nej |
|---|------------|-----|

#### **Munvård**

- |  |                                    |                              |           |
|--|------------------------------------|------------------------------|-----------|
| 1. Utförs munhygien?   | <u><b>morgon<br/>och kväll</b></u> | enbart morgon<br>eller kväll | Inte alls |
| 2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist                              | <b>XJa</b>                         | Nej                          |           |
| 3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år | <b>1 gång.....</b>                 |                              |           |

#### **Hygien**

- |  |                                |                              |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Utförs övre toalett                                     | <u><b>morgon och kväll</b></u> | Enbart morgon eller<br>kväll |
| 2. Utförs nedre toalett                                    | <u><b>morgon och kväll</b></u> | Enbart morgon eller<br>kväll |
| 3. Möjlighet till dusch/bad                                | dagligen                       | flera ggr/vecka              |
| <u><b>ggr/vecka. Problem med utrymme för duschvagn</b></u> |                                |                              |
|  |                                | <b>1- 2</b>                  |

#### **Fotvård**

- |  |            |             |
|--|------------|-------------|
| 1. Tillgång till fotvårdsspecialist    | <b>XJa</b> | Nej         |
| 2. Tillgång till medicinsk fotvård     | <b>XJa</b> | Nej         |
| 3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" | <b>XJa</b> | Nej         |
| 4. Finns vårdplan på diabetesfötter    | Ja         | <b>XNej</b> |

#### **Trycksår**

- |   |                 |     |
|---|-----------------|-----|
| 1. Hur många boende har trycksår? <b>2.....</b> |                 |     |
| 2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet       | <b>XJa, ett</b> | Nej |

3. Läktes trycksåret i äldreboendet Ja                  Nej  
**Behandlas fortfarande**

### Förebyggande vård

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner? .....

### Viss gångträning efter operation, ADL- dokumentation

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa**                  Nej

Om, ja vilka? **Schemalagt 1g/ vecka+ individuellt. Sång, musik fika vid öppen brasa, målning, boll, promenader, besök i cafeteria**

3. Förebyggs fallolyckor ? **X Ja**                  Nej

Om ,ja hur **Fallriskbedömning**

4. Förebyggs förstoppning **X Ja**                  Nej

Om, ja hur... **Vätska, rörelse, plommon, gröt, massage. Försöker få bort läkemedel. Dokumentation**

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare ? **XJa**                  Nej  
 (Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)

Om ja hur ofta ...**Följs upp på ronder. Läkaren skriver uppföljningsdatum.....**

6. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder  
 ( säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa**                  Nej

Om ja ,vad... **Säkerhetssele, sänggrindar, larm, rullstolsbord**

7. Vem ordinerar t.ex. säkerhetssele, sänggrindar, larm?  
**Säkerhetssele ordineras av läkare, sänggrindar av ssk .**

### Inkontinens

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat i status och vårdplan (inkontinensjournal) **XJa**                  Nej

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **X Ja**                  Nej

Vilka? **Toaträning**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? **XJa**                  Nej

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa**                  Nej

5. Finns namn på ordinator ? Ja                  **XNej**

6. Finns datum för ordination i journalen? Ja                  Nej

7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? **XJa** Nej

### Avvikelsehantering

1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering? **XJa** Nej

Om ja, känner all personal till dem? **XJa** Nej

2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? **XJa** Nej

3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?

### Följer riktlinjer från MAS.

4. Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?

- den som upptäcker händelsen **X** ☐
- sjuksköterska/paramedicinare **X** ☐
- chefen **X** ☐

5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta? **Alltid** Ibland Aldrig

6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till samtlig personal? **Alltid** Ibland Aldrig

9. Vem återkopplar avvikelserapporten?

- sjuksköterska/paramedicinare **x** ☐
- chefen **X** ☐

8. Var dokumenteras avvikelserapporten ?

- på Avvikelseblankett ☐
- i Omvårdnadsjournalen ☐
- Båda **X** ☐

9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa?

- Inom en vecka ☐
- Inom två veckor **X** ☐
- Inom tre veckor ☐

13. Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder? **XJa** Nej

11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är? **XJa** Nej

### Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede

1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? **XJa** Nej

Om ja, Hur planeras vården? **I samråd med närstående, läkare, sjuksköterska och kontaktperson**

**Bemötande**

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X Ja** Nej

Om ja hur? **Gott bemötande, god omvårdnad**

**Rehabilitering/funktionsuppehållande**

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa** Nej

Om ja, hur följs det upp ?

**Vårdplanering och vårdlagsmöten + vid behov**

**Personalhygien**

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa** Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa** Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa** Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? **XJa** Nej

**Övriga kommentarer:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Datum** 05 05 30

**Namn uppgiftslämnare** Maria Bergvall



## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 4** Datum **5 maj - 05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta stadsdelsnämnd**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) **Farsta sdf**.....

Enhetschef/Hemvårdschef **Eva- Maria Fryksén**.....

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström** .....

Verksamhetens inriktning: **Permanent sjukhemsboende 32 platser**

Antal boende **32** varav kvinnor ...**20**..... män...**12**

Ålder: yngst \_ **67** år \_\_\_\_ äldst **97** år \_\_\_\_\_

### 8. ORGANISATION

9.

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka **3- 4 timmar**

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

7. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor ...**3,75+ 0,66 natt**...=  
antal tjänster  
**+ enhetschef**

5. Antal vakanser ? ...**0** .....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **8**

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**32**..... Helg dag.....**32**.....Helg kväll.....**32**.....

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt **91** Helg natt **91**.....

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast ...**60**.....

10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut .....**60**.....

11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: ... **24** =antal tjänster

Dag och kväll... **20**.....

Natt **4**.....

12. Antal vakanser? ... **0**

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **8-10**.....

Lördag/söndag morgon ...**7**.....

Vardag lunch ..... **8- 10**.....

Lördag/söndag lunch **7**.....

Vardag kväll ... **4** ....

Lördag/söndag kväll ..... **4**.....

Natt ..... **2**.....

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning? **12 undersköterskor, 7 vårdbiträden, 5 vårdbiträden utan utbildning**

15. Hyr Ni in personal? Ja **X Nej**

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### Utbildning

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

<b>16.</b> Demens	Ja	<b>XNej</b>
<b>17.</b> Diabetes	Ja	<b>XNej</b>
<b>18.</b> Nutrition	Ja	<b>XNej</b>
<b>19.</b> Smärta	Ja	<b>XNej</b>
<b>20.</b> Sårvård	Ja	<b>XNej, en</b>

**ansvarig på avdelningen**

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område?...**Arbetsterapeut, sjukgymnast**

**2. KVALITÉ**

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Stadens mål- åtaganden. Samtal olika forum såsom rapport, sidomöten, planeringsdagar. Individuell vårdplanering, uppföljningssamtal berörda kategorier, dokumentation, SoL + uppföljning individuella behov, rutiner, checklistor, delaktighet, integritet, säkerhet, ankomstsamtal- handlingsplan**

10. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? **Säkerställer arbetssätt för stadens mål och åtaganden, sidomöten 1g/ mån- uppföljning rutiner- utveckling rutiner.**

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Utbildning via kompetensfonden- undersköterskeutbildning, vårdbiträdesutbildning. Seminarier ex. vård i livets slutskede, hygien, internt – nutrition, matsituation, förflyttning.**

**3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD****Vårdplanering**

1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?	Alltid	Ibland	<u><b>Aldrig</b></u>
2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig
3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig
4. Tidpunkt för individuell vårdplanering	inom 2 veckor efter inflyttning	<u><b>mer än 2-3 veckor efter inflyttning.</b></u>	
5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering	<u><b>Alltid</b></u>	Ibland	Aldrig

**Alla erbjuds medverkan****Dokumentation**

1. Vilket system användes för dokumentation? **VIPS.....**

2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?	<b>XJa</b>	Nej
3. Är anteckningarna i journalen signerade?	<b>xJa</b>	Nej
4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer?	<b>XJa</b>	Nej

**Läkemedel**

1. Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ?

Ja **X Nej**

2. Senaste apoteksinspektionen? **Oktober - 02.....**

3. Hur förvaras läkemedel? **I låst läkemedelsrum i skåp och i vagn.**

4. Vilket läkemedelssystem användes ? **Centralt förråd, dosettindelning**5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling? **X Ja** Nej6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ? **XJa** Nej

7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av läkemedel?

**XJa** Nej8. Är smärtbehandling individuellt anpassad **XJa** Nej9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? **XJa** Nej**Delegering**1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **X Ja** NejOm ja, ge exempel... **Ge laxermedel, såromläggning, salvsmörjning**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )

**Handledning/ utbildning innan delegering, årlig uppföljning, signeringslistor vid såromläggning, salvsmörjning**3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej

4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ?

**Endast sjuksköterska överlämnar läkemedel** Ja Nej

5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? Ja Nej

Om nej, ge exempel på vad.

Vilka åtgärder vidtas? .....

**Kost / Näring**

	Frukost	Mellanmål	Lunch	Mellanmål	Middag	Kvällsmat
1. Klockan	<b>8</b>	<b>individuellt</b>	<b>12</b>	<b>13.30+ vb.</b>	<b>17</b>	<b>19</b>

2. Erbjuds mat även på natten? **XJa** Nej3. Hur lång är nattfastan? **C:a 12 tim**4. Lagas mat i verksamheten? **Gröt och välling** **xJa** Nej**Soppa bakning**5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning Ja **XNej**Kommentar **Chefen i köket är konsult och ger råd**6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| 7. Kan önskekost erhållas?             | <b>XJa</b> | Nej |
| 8. Sker viktkontroller vid inflyttning | <b>XJa</b> | Nej |
| 9. Sker viktkontroller regelbundet     | <b>XJa</b> | Nej |

Om ja hur ofta? **2 gånger/år**

- |  |    |             |
|--|----|-------------|
| 10. Sker bedömning av energibehovet vid behov<br>( se metodbok ) | Ja | <b>XNej</b> |
|--|----|-------------|

Kommentar...

Om, ja hur bedömer ni energibehovet...

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| 11. Görs BMI -bedömning<br>( se metodbok ) | <b>XJa</b> | Nej |
|--|------------|-----|

### Munvård

- |  |                                    |                              |           |
|--|------------------------------------|------------------------------|-----------|
| 1. Utförs munhygien?   | <u><b>morgon<br/>och kväll</b></u> | enbart morgon<br>eller kväll | Inte alls |
| 2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist                              | <b>XJa</b>                         | Nej                          |           |
| 3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år | <b>1 gång</b> .....                |                              |           |

### Hygien

- |                             |                                    |   |
|-----------------------------|------------------------------------|---|
| 1. Utförs övre toalett      | morgon och kväll                   | <u><b>Enbart morgon eller<br/>kväll</b></u> |
| 2. Utförs nedre toalett     | <u><b>morgon och kväll vb.</b></u> | Enbart morgon eller<br>kväll                |
| 3. Möjlighet till dusch/bad | dagligen                           | flera ggr/vecka                             |
|                             |                                    | <b>1 ggr/vecka<br/>och efter behov</b>      |

### Fotvård

- |  |            |             |
|--|------------|-------------|
| 1. Tillgång till fotvårdsspecialist    | <b>XJa</b> | Nej         |
| 2. Tillgång till medicinsk fotvård     | <b>XJa</b> | Nej         |
| 3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" | Ja         | <b>XNej</b> |
| 4. Finns vårdplan på diabetesfötter    | Ja         | <b>XNej</b> |

### Trycksår

- |   |                |     |
|---|----------------|-----|
| 1. Hur många boende har trycksår?         | <b>0</b> ..... |     |
| 2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet | Ja             | Nej |
| 3. Läktes trycksåret i äldreboendet       | Ja             | Nej |

**Förebyggande vård**

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner? **Dagligen genom överenskommelse i den individuella handlingsplanen i SoL, stödja och bibehålla de funktioner den boende har, följa upp ADL- status, sjukgymnastik och aktiviteter av olika slag.**

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa** Nej

Om, ja vilka? **Trädgårdsgrupp, frågesport, bakning, gruppgymnastik, storfika varannan vecka= dans, musik, öppen brasa, fin dukning, gott fika**

3. Förebyggs fallolyckor? **X Ja** Nej

Om ,ja hur **Fallriskbedömning**

4. Förebyggs förstoppning **X Ja** Nej

Om, ja hur... **Genom kosten, ex katrinplommon, specialgröt, linfrö, grönsaker, grovt bröd. Bulkmedel efter läkarordination. Genom åtgärder vid behov i vårdplanen, ex mer dryck samt uppföljning**

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare? **Ja** **XNej**  
(Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)

Om ja hur ofta .....

6. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder  
( säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa** Nej

Om ja ,vad... **Säkerhetssele, sänggrindar,rörelselarm**

7. Vem ordinerar t.ex. bälte, sänggrindar, larm?

**Säkerhetssele ordinerar av läkare, sänggrindar av ssk, rörelselarm i samråd mellan sjuksköterska, kontaktperson, paramedicinare och ibland läkare. .**

**Inkontinens**

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat **XJa** Nej  
i status och vårdplan (inkontinensjournal)?

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **XJa** Nej

Vilka? **Toaschema - omvårdnadsdiagnos. Boende tillfrågas vid flera tillfällen under dagen, speciellt efter måltid om de vill ha hjälp till toaletten.**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? **XJa** Nej

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa** Nej

5. Finns namn på ordinator ? Ja **XNej**

6. Finns datum för ordination i journalen? **XJa** Nej

7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? **XJa** Nej

### Avvikelsehantering

1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering? **XJa** Nej

Om ja, känner all personal till dem? **XJa** Nej

2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? **XJa** Nej

3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?  
**Enligt MAS riktlinjer**

4.Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?

- den som upptäcker händelsen **X** ☐
- sjuksköterska/paramedicinare ☐
- chefen ☐

5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta? **Alltid** Ibland Aldrig

6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till samtlig personal? **Alltid** Ibland\_ Aldrig

10.Vem återkopplar avvikelsen?

- sjuksköterska/paramedicinare **x** ☐
- chefen **x** ☐

8. Var dokumenteras avvikelsen ?

- på Avvikelseblankett ☐
- i Omvårdnadsjournalen ☐
- Båda **X** ☐

9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa?

- Inom en vecka **X** ☐
- Inom två veckor ☐
- Inom tre veckor ☐

14.Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder? **XJa** Nej

11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är? **XJa** Nej

### Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede

1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? **XJa** Nej

Om ja, Hur planeras vården? **Efter individuella behov och önskemål. Tillgång till enskilt rum på avdelningen.**

### Bemötande

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X Ja**      Nej

Om ja hur? **Genom att handlingsplanen i SoL följs av samtliga. Att informationsrutiner finns för överrapportering av bestämda arbetssätt. Man knackar alltid på dörren innan man går in till den boende. Är lyhörd för önskemål. Uppträder med respekt.**

### Rehabilitering/funktionsuppehållande

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa**      Nej

Om ja, hur följs det upp ? **Genom att arbetsterapeut dagligen (ej helger) finns på avdelningen och att naturlig kommunikation finns mellan sjuksköterska, kontaktperson och paramedicinare. Genom uppföljningsmöten efter behov när förändring sker. Genom dagliga rapporter.**

### Personalhygien

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa**      Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa**      Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa**      Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? **XJa**      Nej

**Övriga kommentarer:**

---

---

---

**Datum      05 05 20**

**Namn uppgiftslämnare      Maria Bergvall**



## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 5** Datum **5 maj -05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta SDF**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) **Egen**.....

Enhetschef/Hemvårdschef **Lena Palm**.....

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström**.....

Verksamhetens inriktning: **Permanent sjukhemsboende 31 platser**

Antal boende **31** varav kvinnor **23**..... män...**8**

Ålder: yngst **73 år**.....äldst **96 år**.....

### 11. ORGANISATION

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka **3-4 timmar**

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

8. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor ...**3,75 + 0,66 natt**...=  
antal tjänster  
**+ 1 enhetschef**

5. Antal vakanser ? ...**0**.....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **7-8**.....

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**31**..... Helg dag.....**31**.....Helg kväll.....**31**.....

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt **91** Helg natt **91**

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast .....**62**.....

10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut .....**62**.....

11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: ... **21,35** =antal tjänster

Dag och kväll... **20 personer/ 17,5 årsarbetande** .....

Natt **4 personer/ 3,85 årsarbetande**

12. Antal vakanser? ...**0**

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **8- 10** .....

Lördag/söndag morgon ...**6- 7** .....

Vardag lunch ..... **8- 10** .....

Lördag/söndag lunch **7- 8** .....

Vardag kväll ... **4** ....

Lördag/söndag kväll ..... **4** .....

Natt ..... **2**

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning?

.....**12 undersköterskor, 4 vårdbiträden, 9 vårdbiträden utan utbildning**

15. Hyr Ni in personal? Ja **X**Nej

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### Utbildning

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

21. Demens	<b>XJa</b>	Nej
<b>22. Diabetes</b>	<b>XJa</b>	Nej
<b>23. Nutrition</b>	Ja	<b>XNej</b>
24. Smärta	<b>XJa</b>	Nej
<b>25. Sårvård</b>	<b>XJa</b>	Nej

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område? **Sjukgymnast, arbetsterapeut** .....

## 2. KVALITÉ

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Efter stadens mål och åtaganden, olika möten, sidomöten, planeringsdagar, fredagsmöten, rapporter. SoL- individuella behov- uppföljning, ankomstsamtal. Individuell vårdplanering och uppföljning, rutiner, checklista.**

2. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? **Arbetssätt säkerställs för mål/ åtaganden. Sidomöten- rutiner följs upp och diskuteras för utveckling....**

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Förflyttningsteknik erbjuds internt en gång per månad, hygienutbildning via avtal, utbildningar via kompetensfonden, nutrition/ matsituation, dokumentationsutbildning, utvecklingssamtal.**

## 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD

### Vårdplanering

1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?	Alltid	Ibland	<b><u>Aldrig</u></b>
2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig
4. Tidpunkt för individuell vårdplanering	inom 2 veckor efter inflyttning	<b><u>mer än 2-3 veckor efter inflyttning.</u></b>	
5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering	<b><u>Alltid</u></b>	Ibland	Aldrig

**Erbjuds alltid**

### Dokumentation

1. Vilket system användes för dokumentation? **VIPS**.....

2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?	<b>XJa</b>	Nej
3. Är anteckningarna i journalen signerade?	<b>XJa</b>	Nej
4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer?	<b>XJa</b>	Nej

### Läkemedel

1. Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ?

Ja

**X Nej**

2. Senaste apoteksinspektionen? **Oktober - 02**.....

3. Hur förvaras läkemedel? **Skåp i låst medicinrum, tarettvagn**

4. Vilket läkemedelssystem användes ? **slutenvårdsystem**5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling? **X Ja** Nej6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ? **XJa** Nej

7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av läkemedel?

**XJa** Nej8. Är smärtbehandling individuellt anpassad **XJa** Nej9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? **XJa** Nej**Delegering**1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **XJa** NejOm ja, ge exempel... **provtagning, omläggningar, ge laxermedel**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )

**Handledning/ utbildning, årlig uppföljning**3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ?  
Ja Nej

5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? Ja Nej

Om nej, ge exempel på vad.

Vilka åtgärder vidtas? .....**Endast sjuksköterska överlämnar läkemedel****Kost / Näring**

	Frukost	Mellanmål	Lunch	Mellanmål	Middag	Kvällsmat
1. Klockan	<b>8</b>	<b>individuellt</b>	<b>12</b>	<b>13.30+ vb</b>	<b>16.30</b>	<b>18.30- 19</b>

2. Erbjuds mat även på natten? **XJa** Nej3. Hur lång är nattfastan? **C:a 13 tim**4. Lagas mat i verksamheten? **Gröt och välling** **xJa** Nej5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning Ja **XNej**Kommentar **Endast frukost lagas på enheten**6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej

7. Kan önskekost erhållas? **XJa** Nej

8. Sker viktkontroller vid inflyttning **XJa** Nej

9. Sker viktkontroller regelbundet **XJa** Nej

Om ja hur ofta? **2ggr/ år + vid behov**

10. Sker bedömning av energibehovet vid behov  
( se metabok ) **XJa** Nej

Kommentar.....**Vid viktnedgång**.....

Om, ja hur bedömer ni energibehovet.....**Vid viktnedgång**...

11. Görs BMI -bedömning  
( se metabok ) **XJa** Nej

### Munvård

1. Utförs munhygien? **morgon  
och kväll** enbart morgon eller kväll Inte alls

2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist **XJa** Nej

3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år **1 gång**.....

### Hygien

1 Utförs övre toalett morgon och kväll **Enbart morgon eller kväll**

2. Utförs nedre toalett **morgon och kväll + vb** Enbart morgon eller kväll

3. Möjlighet till dusch/bad dagligen flera ggr/vecka **1 ggr/vecka**

### Fotvård

1. Tillgång till fotvårdsspecialist **XJa** Nej

2. Tillgång till medicinsk fotvård **XJa** Nej

3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" **XJa** Nej

4. Finns vårdplan på diabetesfötter Ja **XNej**

### Trycksår

1. Hur många boende har trycksår? **2**.....

2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet **XJa** **XNej**

3. Läktes trycksåret i äldreboendet **Läkning pågår** **XJa** Nej

**Förebyggande vård**

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner?

**Dagligen i samråd med rehab, stödja och bibehålla fungerande funktioner, ADL- status**

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa** Nej

Om, ja vilka? **Gymnastik (grupp), bingo, tipspromenader, storfika, trädgårdsgrupp**

3. Förebyggs fallolyckor? **X Ja** Nej

Om ,ja hur **Fallriskbedömning**

4. Förebyggs förstoppning **X Ja** Nej

Om, ja hur... **Kosten: linfrön. Grovt bröd, grönsaker, specialgröt, katrinplommon. Bulkmedel enligt läkarordination.**

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare? **XJa** Nej

(Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)

Om ja hur ofta .....

6. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder ( säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa** Nej

Om ja ,vad... **Säkerhetssele, sänggrindar, rörelselarm**

7. Vem ordinerar t.ex. bälte, sänggrindar, larm?

**Säkerhetssele ordineras av läkare, sänggrindar av sjuksköterska, rörelselarm i samråd mellan sjuksköterska, paramedicinare och kontaktperson. .**

**Inkontinens**

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat i status och vårdplan (inkontinensjournal)? **XJa** Nej

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **XJa** Nej

Vilka? **Boende tillfrågas ofta under dagen om de behöver gå på toaletten, toaschema**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? **XJa** Nej  
**Pågår genomgång av alla**

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa** Nej

5. Finns namn på ordinator? **Ja** **XNej**

6. Finns datum för ordination i journalen? **XJa** **Nej**

7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? **XJa** **Nej**

### Avvikelsehantering

1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering? **XJa** **Nej**

Om ja, känner all personal till dem? **XJa** **Nej**

2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? **XJa** **Nej**

3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?

### Enligt MAS riktlinjer

4.Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?

- den som upptäcker händelsen **X** ☐
- sjuksköterska/paramedicinare ☐
- chefen ☐

5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta? **Alltid** Ibland Aldrig

6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till samtlig personal? **Alltid** Ibland Aldrig

11.Vem återkopplar avvikelsen?

- sjuksköterska/paramedicinare **X** ☐
- chefen **X** ☐

8. Var dokumenteras avvikelsen ?

- på Avvikelseblankett **X** ☐
- i Omvårdnadsjournalen ☐
- Båda ☐

9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa?

- Inom en vecka **X** ☐
- Inom två veckor ☐
- Inom tre veckor ☐

15.Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder? **XJa** **Nej**

11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är? **XJa** **Nej**

### Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede

1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? **XJa** **Nej**

Om ja, Hur planeras vården? **Efter individuella önskemål och behov. Tillgång till enskilt rum finns på avdelningen**

**Bemötande**

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X Ja** Nej

Om ja hur? **Samtliga följer arbetsplan i SoL. Rutiner för rapportering av arbetssätt. Vi knackar alltid på dörren innan vi kliver in. Vi är lyhörda för individuella önskemål.**

**Rehabilitering/funktionsuppehållande**

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa** Nej

Om ja, hur följs det upp ? **Arbetsterapeut finns dagligen på avdelningen alla vardagar. Samråd med sjuksköterska, kontaktperson och rehabpersonal. Uppföljningsmöten efter behov vid eventuell förändring.**

**Personalhygien**

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa** Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa** Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa** Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? **X Ja** Nej

**Övriga kommentarer:**

---

---

---

---

---

---

---

**Datum** 05 05 27

**Namn uppgiftslämnare** Maria Bergvall



## Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boendeformer.

Enhet **Avdelning 6**.....Datum **23 maj -05**.....

Vårdgivare ( Ansvarig nämnd/ beställare) **Farsta stadsdelsnämnd**.....

Utförare (egen regi/entreprenad) **Farsta sdf**.....

Enhetschef/Hemvårdschef **Felege Gebeyehu**.....

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård **Susann Ronström**.....

Verksamhetens inriktning: **Demens**

Antal boende **12** varav kvinnor **7**..... män...**5**

Ålder: yngst **59** år \_\_\_\_\_ äldst **97** år \_\_\_\_\_

### 12. ORGANISATION

#### Bemanning

1. Planerad läkartid /vecka : **rond 1 gång/v**

2. Akuta läkarinsatser dagtid **XJa** Nej

3. Akuta läkarinsatser jourtid **XJa** Nej

9. Sjukskötersketäthet = antal årsarbetande sjuksköterskor ...**0,75** ...= antal tjänster

5. Antal vakanser ? ...**0**.....

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar för antal boende

Vardag dag **12**.....

7. Sjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag kväll...**40**..... Helg dag.....**40**.....Helg kväll.....**40** ( **Koppling med avd 3** )

8. Nattsjuksköterskans ansvar för antal boende

Vardag natt **ansvarar för avd 1, 2, 6 = 76** Helg natt **avd 1, 2, 6 = 76**.....

9. Ansvarig för antal boende/sjukgymnast ...**44**.....

10. Ansvarig för antal boende/arbetsterapeut .....**44**.....

11. Personaltäthet = Antal årsarbetande vårdpersonal: **10,78** =antal tjänster

Dag och kväll... .....**8,74**

Natt .....**2,04**.....

12. Antal vakanser? ... **1 (natt)**...

13. Antal vårdbiträden/undersköterskor i tjänst enligt schema

Vardag morgon ..... **4**.....

Lördag/söndag morgon ...**3**.....

Vardag lunch ..... **4** .....

Lördag/söndag lunch **3- 4**.....

Vardag kväll **2-3**...

Lördag/söndag kväll ..... **2** .....

Natt ..... **1** .....

14. Hur många av personalen har undersköterske-, mentalskötare-, vårdbiträde-, annan- eller ingen utbildning?

.....**2mentalskötare/ undersköterskor, 3 undersköterskor, 5 vårdbiträden, 3 vårdbiträden utan utbildning**

15. Hyr Ni in personal? Ja **XNej**

Om ja, i så fall vilka kategorier och hur ofta .....

### Utbildning

Finns tillgång till ssk med kompetens inom området?

<b>26.</b> Demens	<b>XJa</b>	Nej
<b>27.</b> Diabetes	<b>XJa</b>	Nej
<b>28.</b> Nutrition	<b>XJa</b>	Nej
<b>29.</b> Smärta	<b>XJa</b>	Nej
<b>30.</b> Sårvård	<b>XJa</b>	Nej

Vilken kompetens finns inom paramedicinens område?.....

## 2. KVALITÉ

1. Hur arbetar enheten med kvalité avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

**Stadens mål- och åtaganden, arbetar förebyggande, dokumentation, fredagsmöten.**

2. Hur arbetar enheten med kvalitetsutveckling? .....

3. Hur arbetar enheten med fortbildning för personal? **Demensutbildning, utbildningar från kompetensfonden, internutbildning för sjuksköterskor.....**

## 3. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD/ OMVÅRDNAD

### Vårdplanering

- |  |  |                                      |                      |
|--|--|--------------------------------------|----------------------|
| 1. Förekommer samordnad vårdplanering före inflyttning?  | Alltid                                 | Ibland                               | <b><u>Aldrig</u></b> |
| 2. Förekommer ankomstsamtal vid inflyttning              | <b><u>Alltid</u></b>                   | Ibland                               | Aldrig               |
| 3. Upprättas omvårdnadsjournal i samband med inflyttning | <b><u>Alltid</u></b>                   | Ibland                               | Aldrig               |
| 4. Tidpunkt för individuell vårdplanering                | <b>inom 2 veckor efter inflyttning</b> | mer än 2-3 veckor efter inflyttning. |                      |
| 5. Medverkar boende /anhörig vid vårdplanering           | <b><u>Alltid</u></b>                   | Ibland                               | Aldrig               |

### Dokumentation

1. Vilket system användes för dokumentation? **VIPS.....**

- |   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| 2. Kan omvårdnadsprocessen följas ?                     | Ja          | <b>X Nej</b> |
| 3. Är anteckningarna i journalen signerade?             | <b>X Ja</b> | Nej          |
| 4. Finns signaturlista för identifiering av signaturer? | <b>X Ja</b> | Nej          |

### Läkemedel

- |  |                            |              |
|--|----------------------------|--------------|
| 1. Utförs läkemedelsgenomgångar med Apoteket AB, läkare, sjuksköterska och kontaktperson ? | Ja                         | <b>X Nej</b> |
| 2. Senaste apoteksinspektionen?  | <b>Oktober - 02.....</b>   |              |
| 3. Hur förvaras läkemedel?   | <b>Låst medicinskåp</b>    |              |
| 4. Vilket läkemedelssystem användes ?  | <b>Slutenvårdsmodellen</b> |              |
| 5. Sker läkemedelsordinationerna skriftligt på originalhandling?                           | <b>X Ja</b>                | Nej          |
| 6. Kontrasigneras telefonordination av läkare ?  | <b>X Ja</b>                | Nej          |

7. Finns kontrollistor för iordningställande och överlämnande av läkemedel?

**XJa** Nej

8. Är smärtbehandling individuellt anpassad

**XJa** Nej

9. Har ni utsett någon syrgasansvarig sjuksköterska på enheten? Ja **XNej**

### Delegering

1. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter? **X Ja** Nej

Om ja, ge exempel... **Spolning av kateter, venprover. Överlämnande av läkemedel har nattpersonal + en personal på dagen.**

2. Hur är rutinerna vid delegering ( t. ex. handledning uppföljning )

**Noggranna rutiner finns i lokala instruktioner som följs. Personlig delegering, utbildning, handledning, uppföljning**

3. Är delegationen skriftlig och tidsbegränsad? **XJa** Nej

4. Om annan än sjuksköterska överlämnar läkemedel finns signeringslista ?

**XJa** Nej

5. Signerar personalen alltid vid överlämnandet? **XJa** Nej

Om nej, ge exempel på vad.

Vilka åtgärder vidtas? .....

### Kost / Näring

	Frukost	Mellanmål	Lunch	Mellanmål	Middag	Kvällsmat
1. Klockan	<b>7 – 10</b>		<b>12</b>	<b>14</b>	<b>16.30</b>	<b>18- 19 (Kl. 22 ges dryck + smörgås för diabetiker)</b>

2. Erbjuds mat även på natten? **XJa** Nej

3. Hur lång är nattfastan? **12- 14 timmar för en del.**

4. Lagas mat i verksamheten? **Gröt och välling** **xJa** Nej

5. Medverkar dietist vid måltidssammansättning Ja **XNej**

Kommentar **Endast frukostmat lagas på enheten**

6. Är maten anpassad till vårdtagarnas behov? **XJa** Nej

7. Kan önskekost erhållas? **XJa** Nej

8. Sker viktkontroller vid inflyttning **XJa** Nej

9. Sker viktkontroller regelbundet **XJa** Nej

Om ja hur ofta? **2 gånger per år + vid behov** .....

10. Sker bedömning av energibehovet vid behov  
( se metodbok ) Ja Nej

Kommentar...

Om, ja hur bedömer ni energibehovet.....

11. Görs BMI -bedömning **XJa** Nej  
( se metodbok )

### Munvård

1. Utförs munhygien? **morgon  
och kväll** enbart morgon eller kväll Inte alls

2. Finns avtal med tandläkare/tandhygienist **XJa** Nej

3. Hur ofta sker uppföljning av tand - munvård av tandhygienist ggr / år **1** .....

### Hygien

1 Utförs övre toalett morgon och kväll **Enbart morgon** eller kväll

2. Utförs nedre toalett **morgon och kväll** Enbart morgon eller kväll

3. Möjlighet till dusch/bad dagligen flera ggr/vecka **1 ggr/vecka**  
**och efter behov**

### Fotvård

1. Tillgång till fotvårdsspecialist **XJa** Nej

2. Tillgång till medicinsk fotvård **XJa** Nej

3. Utförs kontroll av "diabetesfötter" **XJa** Nej

4. Finns vårdplan på diabetesfötter Ja **XNej**

### Trycksår

1. Hur många boende har trycksår? **0** .....

2. Har trycksår uppkommit på äldreboendet Ja Nej

3. Läktes trycksåret i äldreboendet Ja Nej

**Förebyggande vård**

1. Hur arbetar enheten med att så långt som möjligt upprätthålla den boendes funktioner? ... **Samarbete med rehab** .....

2. Finns regelbundna aktiviteter inom enheten? **XJa** Nej

Om, ja vilka? **Går ut varje dag, sångstunder, uppträdande**

3. Förebyggs fallolyckor? **X Ja** Nej

Om ,ja hur

**Använder sänggrindar, säkerhetssele, alltid personal som passar avdelningen när det är möten**.....

4. Förebyggs förstoppning **X Ja** Nej

Om, ja hur... **Molinogröt, rapsolja, läkemedel, gångpromenader.**

5. Görs regelbundna hälsokontroller av läkare? **XJa** Nej  
(Vikt, puls, BT, urinprov, Hb)  
Om ja hur ofta .....

. Förekommer frihetsinskränkande skyddsåtgärder  
( säkerhetssele, sänggrindar, larm) **XJa** Nej

Om ja ,vad... **Säkerhetssele, sänggrindar,**

7. Vem ordinerar t.ex. bälte, sänggrindar, larm?

**Säkerhetssele ordinerar av läkare, sänggrindar av sjuksköterska.**

**Inkontinens**

1. Är symtomet inkontinens kartlagd och dokumenterat i status och vårdplan (inkontinensjournal)? Ja **XNej**

2. Har åtgärder vidtagits för att förebygga inkontinens? **XJa** Nej

Vilka? **Toaträning**

3. Har inkontinenshjälpmedel förskrivits individuellt av sjuksköterska? Ja **XNej**

4. Har Ni boende med kvarliggande urinkateter? **XJa** Nej

5. Finns namn på ordinator? Ja **Nej**

6. Finns datum för ordination i journalen? Ja **Nej**

7 Finns datum för byte och utvärdering i journalen? **XJa** Nej

### Avvikelsehantering

1. Finns riktlinjer för avvikelsehantering? **XJa** Nej

Om ja, känner all personal till dem? **XJa** Nej

2. Är all personal skyldig att rapportera fel som upptäcks eller händer? **XJa** Nej

3. Vilka rutiner finns för avvikelserapportering?

### Rutiner finns utarbetade av internmas, mycket tydliga

4. Vem är det som börjar fylla i avvikelseblanketten?

- den som upptäcker händelsen **X**☐
- sjuksköterska/paramedicinare **X**☐
- chefen ☐

5. När en avvikelsen upptäcks ska åtgärder vidtas, görs detta? **Alltid** Ibland Aldrig

6. Återkopplas händelsen och vidtagna åtgärder till samtlig personal? **Alltid** Ibland Aldrig

12. Vem återkopplar avvikelserapporten?

- sjuksköterska/paramedicinare **X**☐
- chefen **X**☐

8. Var dokumenteras avvikelserapporten ?

- på Avvikelseblankett ☐
- i Omvårdnadsjournalen ☐
- Båda **X**☐

9. Inom vilken tid ska avvikelserapporten vara Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska till handa?

- Inom en vecka **X**☐
- Inom två veckor ☐
- Inom tre veckor ☐

16. Känner samtlig personal till vad Lex Maria betyder? **XJa** Nej

11. Känner samtlig personal till vad Lex Sarah är? **XJa** Nej

### Kvarboende vid akut sjukdom/vård i livets slutskede

1. Finns kvarboende vid vård i livets slutskede? **XJa** Nej

Om ja, Hur planeras vården? **Efter medicinsk undersökning dokumenteras ordinationerna, omvårdnaden planeras, information till personalen och till anhöriga**

**Bemötande**

1. Respekteras den boendes integritet och självbestämmande? **X Ja** Nej

Om ja hur? **Personalen behandlar de boende med respekt.**

**Rehabilitering/funktionsuppehållande**

Görs ADL-status på alla nyinflyttade? **XJa** Nej

Om ja, hur följs det upp ?

**Personalhygien**

1. Finns och används skyddsklädsel vid orent arbete? **XJa** Nej

2. Finns tillgång till pappershanduk/ flyt.tvål/ handdesinfek? **XJa** Nej

3. Finns hygienrutiner? **XJa** Nej

4. Används förkläden vid matlagning/ kökstjänst? **XJa** Nej

**Övriga kommentarer:**

---

---

---

**Datum** 05 05 23

**Namn uppgiftslämnare** Maria Bergvall