

**Handläggare**

Annica Myhr Högström  
Tfn: 08-508 10 086  
Linnéa Svanström Leistedt  
Tfn: 076-129 20 04

## **Sammanfattning av hälso- och sjukvård, uppföljning 2016, Dianagårdens vård- och omsorgsboende**

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor från tio olika kommuner.”

### **Metod**

Kvalitetsinstrumentet QUSTA är uppbyggt med kvalitetsfrågor inom utvalda delar i den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer. QUSTA fastställer en gräns för en godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att svara på frågorna. Verksamheten besvarar frågeformuläret som sedan returneras till uppföljare innan mötet. Vid mötet förs en dialog om områden som besvarats. Varje granskat område poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. För uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation inhämtas verksamhetens egenkontroll av journaler samt analys av journalgranskning.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att stimulera verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Utifrån förbättringsförslag kan en åtgärdsplan begäras in från verksamheten.

## Sammanfattning

Verksamheten har under året implementerat sitt ledningssystem inom området hälso- och sjukvård. Förvaltningens bedömning är att Dianagårdens vård- och omsorgsboende har förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten.

Tillgång till sjuksköterska på plats dygnet runt ger goda förutsättningar för att säkra det ökande behovet av mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i vård- och omsorgsboende. Verksamheten har under året haft en viss omsättning av hälso- och sjukvårdspersonal. Vid uppföljningen är samtliga tjänster tillsatta.

Enligt verksamhetsuppföljningen finns ett fortsatt behov av utveckling inom områdena delegering, hygien, inkontinens, fall och fallskador, mun- och tandvård samt att använda evidensbaserade smärtskattningsmetoder.

Dokumentation av hälso- och sjukvård är ett utvecklingsområde under införandet av ett nytt journalsystem (ICF). Verksamheten har under hösten identifierat behov av kompetensutveckling på både individ- och gruppnivå, samt därefter kontaktat processledare på förvaltningen för stöd.

Resultatet följs upp vid nästa verksamhetsuppföljning.

<b>Första delen</b>	<b>Frågor som regleras enligt förordningar.</b>	<b>Antal Poäng</b>	<b>Max poäng</b>
1	Kontakt med läkare + HSL-personal	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20
3	Delegering	19	20
4	Avvikelsehantering	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20
6	Hygien	18	20
<b>Andra delen</b>	<b>Frågor som berör vård och behandling.</b>		
7	Vård i livets slutskede	19	20
8	Inkontinens	19	20
9	Trycksår	19	20
10	Nutrition	20	20
11	Fall och fallskador	19	20
12	Demens	20	20
13	Rehabilitering	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	19	20
	Summa:	272	280

## **Ledningssystem – rutiner för hälso- och sjukvård**

Ledningssystemet ska vara så tydligt och tillgängligt att all berörd personal ska kunna ta del av de lokala rutiner som finns i verksamheten.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har ett strukturerat ledningssystem som beskriver processer med hänvisning till rutiner. Ledningssystemet är tillgängligt för all personal. Nedan har rekommendationer om vissa utvecklingsområden givits inom hälso- och sjukvårdens områden. Ledningssystemet är tillgängligt i pärmar som hålls uppdaterade av verksamhetschef. I resultatredovisningen finns rekommendationer inom de utvecklingsområden inom hälso- och sjukvårdens områden som bedömts i samband med uppföljningen.

#### **1. Läkarkontakt.**

Det ska i verksamheten finnas rutiner för hur personalen ska kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Av rutinerna ska framgå telefonnummer till aktuella läkare. Kopia på aktuell samarbetsöverenskommelse med läkarorganisation ska finnas tillgängligt.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Samarbetsöverenskommelse med läkarorganisationen finns. Sjuksköterska är ansvarig för läkarkontakter och samverkar med arbetsterapeut och sjukgymnast som deltar vid behov vid läkarbesök.

#### **2. Läkemedelshantering**

Lokal rutin för läkemedelshantering ska finnas i verksamheten. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Rutinen omfattar alla väsentliga delar i läkemedelshantering. Ansvarsfördelningen är tydliggjord i verksamheten. Extern kvalitetsgranskning genomfördes i januari 2016.

#### **3. Delegering**

Legitimerad personal kan delegera vissa arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Vid delegering av läkemedelsutlämnande ska utbildning som ges i samband med delegeringen följas av en skriftlig kunskapstest. Vid annan delegering ska den reella kompetensen säkras genom instruktioner och praktik. Delegering

får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.  
Delegeringarna ska regelbundet följas upp och förnyas årligen.

#### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Vid delegeringar till nattpersonal har inte kunskapskontroll genomförts vid förnyat beslut, vilket verksamheten behöver säkra upp. Delegeringarna är aktuella. Ett utvecklingsförslag för att säkra bevakning över aktuella delegeringar är att alla delegeringar utförs i journalsystemets delegeringsmodul.

#### **4. Avvikelse**

Ledningssystemet ska innehålla lokala rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för eller när en negativ händelse skett ska detta alltid rapporteras samt analyseras och eventuella åtgärder vidtas. Händelsen och åtgärder återkopplas till personalen.

#### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har rutiner för ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering med analys av händelser på individnivå av teamet i teammöten och kvalitetsmöten på verksamhetsnivå. Avvikelserna inom hälso- och sjukvård rapporteras i avvikelsemodulen till Vodok.

#### **5. Medicinteknisk produkt (MTP)**

Medicintekniska produkter är hjälpmedel och utrustning för undersökning, vård och behandling. Dessa ska hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna används av eller förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Omvårdnadspersonal ska ha tillräcklig kunskap om hur hjälpmedel hanteras. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren. Kontroll ska genomföras regelbundet. En inventarieförteckning ska finnas där det framgår hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

#### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har rutiner som beskriver ansvarsfördelning och hantering och kontroller av medicintekniska produkter. Kompetens i hantering och användning säkras främst via handledning och instruktioner. Undervisning finns för att säkra och upprätthålla kunskap i verksamheten. Arbete pågår med att säkerställa att inventarieförteckningen är aktuell.

## 6. Hygien

I särskilda boenden ska all personal arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamheten ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner är ett enkelt sätt att uppdatera kunskap hos personalen och rekommenderas att den genomförs årligen. Självsättning och/eller observation av följsamhet till basala hygienrutiner bör genomföras regelbundet. Verksamheten behöver se över rutiner för rengöring och desinfektion av orena flergångs-instrument/utrustning.

## 7. Vård i livets slutskede

Det ska finnas lokala rutiner för vård i livets slutskede enligt nationella kunskapsstöd för god vård i livets slutskede. Verksamheten ska registrera i Svenska palliativregistret som ett led i att följa upp och utveckla vården.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har under hösten utbildat palliativa ombud i samarbete med Palliativt kunskapscentrum. Användning av evidensbaserade skattningsskalor vid smärta i samband med vård i livets slut behöver säkerställas i teamet.

## 8. Inkontinens

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

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har rutiner för inkontinensutredning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Rutinen bör kompletteras med rutin för kvarliggande kateter. Implementering av digitalt stöd med ”Guide” för förskrivning pågår.

## 9. Trycksår

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

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Användning av evidensbaserade skattningsskalor vid smärta i samband med trycksår behöver säkerställas i teamet.

## 10. Nutrition

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

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har tillgång till dietist vid behov av konsultation.

## 11. Fall och fallskador

Verksamheten ska ha rutiner för fallförebyggande arbete. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder på individnivå. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas. Om boende med demensdiagnos faller ska sjuksköterskan utifrån sin bedömning ta ställning till om läkare direkt behöver kontaktas eller senare informeras om fallet. Fallen ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har rutiner för det fallpreventiva arbetet. Det har brustit i att alltid upprätta vårdplaner vid fallrisk. Det behöver förbättras och uppföljning av dessa säkerställas.

## 12. Demens

Det ska finnas lokala rutiner för vård av personer med demens enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rutinen ska omfatta hur bedömning om eventuella skyddsåtgärder ska genomföras.

### **Bedömning/förbättringsåtgärd**

Personal på demensavdelningarna har genomgått utbildning i demens. BPSD-administratörer är utbildade och metoden används.

## 13. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning samt vid uppmärksammade behov och följas upp minst årligen. Vid behov av insatser från fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut ska detta erbjudas. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både generellt och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

Verksamheten har efter en period utan fast tillgång till sjukgymnast, åtgärdat detta och bedöms därmed kunna säkerställa bedömningar och insatser inom rehabiliteringsområdet.

**14 Mun- och tandhälsovård**

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende erbjuds munhälsobedömning årligen av uppsökande verksamhet som upphandlats i kommunen.

**Bedömning/förbättringsåtgärd**

De flesta som bor i verksamheten har tackat ja till årlig avgiftsfri munhälsobedömning som utförs av Flexident enligt avtal med SLL. Verksamheten uppger att samverkan med Flexident fungerat bra. Lärarledd utbildning om munhälsa till personal erbjuds av Flexident och verksamheten bör ta vara på möjligheten till kompetensutveckling.

**Dokumentation****Bedömning/förbättringsåtgärd**

Legitimerad personal behöver fortsatt stöd och undervisning/utbildning i journalsystemet. Introduktion i samband med anställning är en viktig faktor för en dokumentation som uppfyller kraven enligt gällande lagar och riktlinjer.

Att i större utsträckning använda journalsystemets hjälpfrastexter och frastexter kan ge stöd i välja korrekta sökord och ge tydligare och mer strukturerad information i journalen.

Verksamhetens dokumentationshandledare har gått utbildning under våren avseende vårdprocessen, vilket ger förutsättningar för verksamheten att förbättra journalföring. Då verksamhetens sjuksköterskor delar kontor ger det ytterligare förutsättningar till utveckling genom kollegialt stöd. Det är även av vikt att arbetsterapeut och sjukgymnast ges möjlighet till utbyte genom handledning och kollegialt stöd i den gemensamma journalen.

Stockholms stads införandeprojekt av ny journaltyp enligt ICF pågår under 2016. Dokumentation är ett fortsatt utvecklingsområde inom hela staden. Inom förvaltningen leds införandet av processledare. Verksamheten har ombetts att identifiera behov av kompetensutveckling på både individ- och gruppnivå, samt därefter ta kontakt med processledare för stöd.