

2023

Granskning av kommunal Hälsa – och Sjukvård i vård och omsorgsboende

Susanne Fäldt
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Innehåll

Inledning	3
Metod	3
Resultat.....	4
Bedömning	7

Sammanfattning

Årets hälso- och sjukvårdsgranskning visar att verksamheterna uppfyller i huvudsak kraven på god och säker vård. De brister som granskningen visat är på acceptabel nivå och verksamheterna har därmed fått handlingsplaner för att åtgärda bristerna innan årets slut. Områden som berörs i huvudsak är vårdhygien och samverkan mellan professionerna på boendena.

Inledning

Socialnämnden, Danderyd kommun, ska som huvudman erbjuda en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet och en god hygienisk standard enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvården omfattar även habilitering, rehabilitering samt att tillgodose behovet av hjälpmedel.

Kommunal hälso- och sjukvård regleras genom författningar och omfattas även av nationella riktlinjer samt överenskommelser mellan regioner och kommuner. Vårdgivaren och dess utförare ska även följa Danderyd kommuns och MAS riktlinjer samt de krav som framgår i avtal med kommunen.

Under hösten 2023 har en granskning av hälso- och sjukvården gjorts inom Danderyd kommuns vård- och omsorgs boenden för äldre där personer bor efter beviljat biståndsbeslut från kommunen. Granskningen har utförts av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) på uppdrag av socialnämnden.

Metod

Granskningen är utförd under tidperioden 11/9–6/10 2023. Samtliga verksamheter har fått ett fysiskt besök av MAS och granskningen har genomförts i dialog med verksamhetschefer, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter. Genomgång och kontroll av dokumentation samt resultat i kvalitetsregister har genomförts.

En sammanvägd bedömning av respektive ämnesområde redovisas med färgmarkeringar:

Omfattande och allvarliga brister.	Allvarliga brister förekommer.	Acceptabel nivå där mindre brister förekommer.	Nivå som uppfyller ställda krav för en god och säker vård.
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Grön nivå innebär att vården är god och säker utifrån uppställda krav.

Gul nivå innebär att det finns identifierade brister men som inte bedöms allvarliga.

Orange nivå innebär att allvarliga brister, alternativt flera mindre allvarliga brister som sammantaget bedöms som allvarliga, har identifierats.

Röd nivå innebär att verksamheten har alarmerande brister som kräver omgående åtgärd.

Resultaten återkopplas till verksamhetschefer av MAS. Brister åtgärdas enligt upprättad handlingsplan för respektive verksamhet och följs upp av MAS.

Resultat

Egen regi	2022	2023
Annebergsgården		
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Samverkan och informationsöverföring		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering/ Habilitering		
Vård i livets slut		
Vård vid demenssjukdom		Ej aktuellt
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår, Munhälsa		

Egen regi -	2022	2023
Stocksundsgården		
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Samverkan och informationsöverföring		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår, Munhälsa		
Vård i livets slut		

Egen regi -Klingsta	2022	2023
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår Munhälsa		
Vård i livets slut		

Egen regi -Storkalmar	2022	2023
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår Munhälsa		
Vård i livets slut		

Vardaga -Odinslund	2022	2023
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår, Munhälsa		
Vård i livets slut		

Blomsterfonden- Tallgården	2022	2023
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Vård i livets slut		
Undernäring, Trycksår Munhälsa		
Vård i livets slut		

Blomsterfonden-Svalnäs	2022	2023
Kompetensutveckling		
Ledningssystem för kvalitet		
Vårdhygien		
Bemanning		
Systematiska patientsäkerhetsarbetet		
Patientjournal och hantering av personuppgifter		
Rehabilitering / habilitering		
Vård vid demenssjukdom		
Hjälpmedel		
Undernäring, Trycksår Munhälsa		
Vård i livets slut		

Bedömning

Annebergsgården, Stocksundsgården, Klingsta och Storkalmar

Kompetensutveckling

I gällande Lov avtal ska utföraren på ett systematiskt sätt arbeta för att de krav som ställs i Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar inom socialtjänstens omsorg om äldre, (SOSFS 2011:12 och HSL-FS 2021:107) Vårdgivaren ska också svara för att löpande ge personalen adekvat kompetensutveckling, fortbildning och handledning för att ge en god och säker vård.

Samtliga utförare arbetar kontinuerligt med fortbildning och repetition av färdigheter utifrån verksamheternas interna behov. För egenregin förekommer mindre brister som att baspersonalen saknar individuell kompetensplan och har i stället en övergripande kompetensplan för boendet. Här behöver egenregin stärka individuell kompetensutveckling hos medarbetaren till exempel genom att utveckla arbetet i de olika kvalitetsregistren kopplat till olika ombudsroller.

Ledningssystem för kvalitet

Ledningssystemet ska vara utformat i enlighet med den senaste versionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. I gällande LOV avtal framgår att leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera, förbättra verksamheten.

Samtliga utförare arbetar enligt SOSFS 2011:9. Årets granskning visar att uppföljningarna för resultat av insatser i huvudsak är dokumenterade. Några verksamheter visar mindre brister i att följa upp insatser, utvärdera och dokumentera dess effekt. Aktuella verksamheter måste därför säkerställa att detta uppfylls.

Vårdhygien

Enligt gällande Lov avtal ska utföraren arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utföraren ska genom Vårdhygiens avtal genomgå hygienrund med bedömning av verksamhetens hygieniska standard regelbundet. Vidare ska utföraren arbeta med systematiska egenkontroller för att kunna följa resultat, mönster och trender och kvalitetssäkra en god hygienisk standard inom verksamheten (MAS riktlinje Vårdhygien).

2022 års granskning visade att samtliga utförare påvisade en god och säker vård utifrån gällande regelverk, avseende vårdhygien på vård- och omsorgsboendena.

Årets granskning påvisar mindre brister såsom att externa hygienrunder inte utförts enligt avtal med Vårdhygien. Egenkontroller har utförts regelbundet i samtliga verksamheter men har bitvis brustit då flertalet verksamheter saknar checklistor/ signeringslistor för att säkerställa att hygienrutiner följs för kylskåp, städ och tvätt utrymmen. Okulära kontroller utförs delvis men behöver förbättras för att säkerställa hygienisk standard.

Systematiska patientsäkerhetsarbetet

Enligt gällande Lov avtal ska utföraren rapportera i relevanta kvalitetsregister. Utföraren ska vara ansluten till och kunna arbeta med riskbedömningar i Senior alert för att tidigt upptäcka risker och förebygga trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen för den enskilde där behov föreligger. Utföraren ska vara ansluten till och rapportera i Svenska Palliativregistret. Utförare som driver en demensenhet ska vara ansluten till och arbeta teambaserat utifrån BPSD kvalitetsregister (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Samtliga utförare gör riskbedömningar i aktuella kvalitetsregister. Årets granskning visar mindre brister i egenkontrollen genom att uppföljningar på de åtgärder som utföraren vidtagit ibland inte gjorts. Det avser återkoppling till personalgruppen då uppföljningsmöten inte ägt rum enligt planering eller att dokumentationen inte fullföljts. Eftersom uppföljningsdelen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte fullföljts måste aktuella utförare säkerställa att så sker. För verksamheter med demensinriktning behöver arbetet i BPSD -registret utvecklas och stärkas på enhetsnivå.

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Enligt gällande Lov avtal ska verksamheterna ansvara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa ska utföras i syfte att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt med målsättning att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion.

Årets granskning visar att verksamheterna tillhandahåller i huvudsak en god och säker rehabilitering / habilitering. De brister som påvisats är att årlig fortbildning i förflyttningsteknik inte genomförts, vilket är ett ska krav enligt gällande Lov avtal. Checklistor för spårbarhet gällande hjälpmedel kopplat till respektive brukare saknades hos några utförare och behöver åtgärdas (3 Kap. 6 § SOSFS 2008:1).

Vård vid demenssjukdom

Enligt gällande LOV avtal ska utförare med demensinriktning erbjuda en personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Utföraren ska arbeta teambaserat utifrån kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Personal ska ges möjlighet att utbildas till BPSD administratörer. Vård-och omsorgspersonal ska få kontinuerlig utbildning, träning och handledning inom området.

Samtliga boende med demenssjukdom är registrerade i BPSD -registret. De boenden som vårdar personer med demenssjukdom visar årets granskning att det personcentrerade omvårdnaden för målgruppen behöver stärkas och utvecklas. Här behöver också personalen få riktad kompetensutveckling/ handledning som till exempel reflektionstid i bemötande, för att nå målet god och säker vård.

Vård i livets slut

Verksamheterna ska registrera boende i livets slut i Svenska Palliativa registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registreringen är att förbättra vård i livets slut för den boende och dennes anhöriga.

Årets granskning visar på mindre brister i samband med vård i livets slut. Verksamheterna arbetar aktivt med palliativa ordinationer och brytpunktssamtal för anhöriga och extra vak sätts in. Boende registreras i Svenska Palliativa registret enligt

gällande LOV avtal. Arbetet ute i verksamheterna behöver dock stärkas med fler palliativa ombud på de olika enheterna.

Vardaga Odinslund

Vårdhygien

Enligt gällande Lov avtal ska utföraren arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utföraren ska genom Vårdhygiens avtal genomgå hygienrond med bedömning av verksamhetens hygieniska standard regelbundet. Vidare ska utföraren arbeta med systematiska egenkontroller för att kunna följa resultat, mönster och trender och kvalitetssäkra en god hygienisk standard inom verksamheten (MAS riktlinje Vårdhygien).

På boendet Odinslund behöver verksamheten boka in en extern hygienrond under 2024. Vidare behöver boendet spara checklistor för genomförd egenkontroll gällande tvättstuga och temperaturmätning av kylskåp. Okulära besiktningar behövs för att säkerställa god vårdhygien.

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Enligt gällande Lov avtal ska verksamheterna ansvara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa ska utföras i syfte att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt med målsättning att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion.

Vid granskningstillfället saknas årligt utbildning i förflyttningsteknik för personalen, vilket behöver genomföras innan årets slut. En inventering av hjälpmedel pågick vid granskningstillfället och verksamheten behöver ta fram checklistor för genomförd inventering, där spårbarhet till boendes hjälpmedel finns dokumenterat.

Vård vid demenssjukdom

Enligt gällande LOV avtal ska utförare med demensinriktning erbjuda en personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Utföraren ska arbeta teambaserat utifrån kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Personal ska ges möjlighet att utbildas till BPSD administratörer. Vård-och omsorgspersonal ska få kontinuerlig utbildning, träning och handledning inom området.

Verksamheten har under året arbetat med att förbättra kunskapsnivån hos personalen genom en nystart i BPSD registret. Intern utbildning för personal pågår genom Nytidias egna utbildningar. Verksamheten behöver utveckla detta arbete och stärka demenskompetensen på boendet.

Blomsterfonden Tallgården och Svalnäs

Vårdhygien

Enligt gällande Lov avtal ska utföraren arbeta förebyggande mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utföraren ska genom Vårdhygiens avtal genomgå hygienrond med bedömning av verksamhetens hygieniska standard regelbundet. Vidare ska utföraren arbeta med systematiska egenkontroller för att kunna följa resultat, mönster och trender och kvalitetssäkra en god hygienisk standard inom verksamheten (MAS riktlinje Vårdhygien).

2022 år granskning visade att utförarna påvisade en god och säker vård utifrån gällande regelverk avseende vårdhygien på vård- och omsorgsboendena. Årets granskning visar på följsamhet i huvudsak men mindre brist som uppmärksammas är att checklistor i egenkontrollen saknas, för att säkerställa att städrutiner följs. Okulära besiktningar behöver bli fler för att säkerställa att rutinerna följs. Extern hygienrond behöver bokas in, vilket är ett krav enligt gällande LOV avtal.

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Enligt gällande Lov avtal ska verksamheterna ansvara för habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa ska utföras i syfte att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt med målsättning att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion.

På boendet Svalnäs behöver komplettera rutinerna för hjälpmedel med en checklista för att säkra spårbarhet kopplat till brukarens hjälpmedel.

Vård i livets slut

Verksamheterna ska registrera boende i livets slut i Svenska Palliativa registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registreringen är att förbättra vård i livets slut för den boende och dennes anhöriga.

På boendet Tallgården behöver antalet ombud i vård i livets slut bli fler. I granskningen framkommer att utbildning planeras för personal under kommande år.