

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT REHABILITERING

Norlandias kvalitets- och miljöledningssystem TQM, Total Quality Management, följer Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). TQM är uppbyggt på styrande-, kärn- och stödprocesser.

TQM är ett elektroniskt system och omfattar samtliga av Norlandias rutiner, riktlinjer, koncept och arbetsmetoder som medarbetarna har tillgång till genom en personlig inloggning till systemet. Det innehåller även händelserapportering samt förbättringsarbeten.

Kvalitets- och miljöledningssystemet är certifierat enligt ISO 9001, Kvalitet och ISO 14001, Miljö. En certifiering är ett bevis på att vårt ledningssystem överensstämmer med kraven som lagar, föreskrifter och företaget kräver. Genom årliga revisioner av ett externt företag undersöks områden för förbättringar samt en rekommendation om fortsatt certifiering. Certifikatet är ett bevis på att vi gör det vi säger att vi ska göra.

TQM innehåller alla rutiner och riktlinjer med utgångspunkt från SoL och HSL. På Norlandia Diamantgatan ansvarar verksamhetschef för att upprätta lokala hälso- och sjukvårdsrutiner enligt MAS/MAR riktlinjer. De lokala rutinerna är skriftliga och beskriver vem som gör vad, när och hur. I detta arbete har verksamhetschefen stöd av Norlandias interna kvalitetsorganisation med kvalitetsutvecklare, MAS och MAR.

Teamarbete

I teamet samlas alla professioner där syftet är att tillsammans förena olika perspektiv och bidra till att en helhetssyn för den enskildes behov blir möjligt. Här diskuteras, utvärderas och upprättas planer med mål och delmål, i syfte att nå en trygg och säker vård och omvårdnad utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Genom evidensbaserad vård och omsorg där teamet utgår från individens unika förutsättningar och preferenser, bästa vetenskapliga bevis för nyttan av insatser och åtgärder samt teamets erfarenhet utformar vi den bästa personcentrerade omvårdnaden. Norlandias organisations- och mötesstruktur stöder våra olika yrkesgrupper att samverka utifrån sin profession. Det är den enskilde, den som bor på boendet som är i centrum och ska i möjligaste mån delta i de möten som avhandlar omsorg, vård och behandling. Självbestämmandet och delaktigheten är central i en god vård och omsorg.

Roller och ansvar

I ett värdegrundsbaserat arbetssätt är självklart **den enskilde** är huvudperson och som stöttas och uppmuntras till att uttrycka sina behov, sin vilja och önskemål. Självbestämmande och delaktighet är viktigt för att den personcentrerade vården ska fungera. Med samtycke från den enskilde deltar **anhöriga** som en viktig samarbetspartner för sin närståendes bästa.

Kontaktmannen (KM) har från tiden innan inflyttningen ett huvudansvar för att skapa trygghet och en förtroendefull relation med den enskilde och dess anhöriga. KM kartlägger den enskildes situation och närverk, hjälper till med **levnadsberättelse** och upprättar genomförandeplan (GP) utifrån IBIC för att teamet ska kunna förstå och möta den enskilde- här och nu. **Omsorgspersonal** ansvarar för att arbeta utifrån upprättad GP de dagar KM inte är i tjänst.

Sjuksköterskan (SSK) ansvarar för att upprätta hälsoplan enligt ICF med nödvändiga åtgärder utifrån KVÅ koder i syfte att förebygga och behandla ohälsa. Risker bedöms utifrån Senior alerts områden trycksår, fall, felnäring, inkontinens, munhälsa och läkemedelsbiverkningar. I teamet ansvarar SSK för planering, information och handledning kring riskförebyggande arbete och omvårdnadsåtgärder. SSK kallar till omvårdnadskonferens och leder mötet. Sjuksköterska kallar till vårdplanering med läkare och andra professioner i teamet när så är aktuellt.

SSK planerar också för en läkemedelsgenomgång med läkaren i samband med inflyttningen som sedan följs upp årligen eller vid behov.

Arbetsterapeut ansvarar för utprovning av hjälpmedel utifrån den enskildes behov och förmåga, funktionsbedömning, viss träning för att återfå/behålla funktion, instruerar personal, följer upp ordinationer och åtgärder. Deltar vid riskbedömningar och annat arbete i kvalitetsregister, är med på omvårdnadskonferenser och deltar praktiskt i arbetet vid exempelvis måltider. **Fysioterapeut** gör funktionsbedömning, lägger upp träningsprogram, bistår med program för gruppgymnastik, provar ut gånghjälpmedel mm. Informerar och handleder i vikten av fysik aktivitet och dess positiva inverkan på hälsan. Båda grupperna ingår i det riskförebyggande arbetet genom Senior Alert och ansvarar för bedömningsmodulen COPM/rehabilitering

Läkare ansvarar för den medicinska behandlingen och bjuds in till vårdplanering och teammöten efter den enskildes behov. Har en mycket viktig roll i den palliativa vården genom kontakt med anhöriga och brytpunktsamtal.

Dietist bistår generellt med översyn av matsedlar etc för alla boendes bästa. Möten med den enskilde och dietist erbjuds & bokas in då risk för malnutrition är hög eller då det föreligger andra medicinska behov. **Logoped** anlitas efter medicinsk bedömning.

Verksamhetschef (VC) ansvarar ytterst för att det tvärprofessionella teamets arbete fungerar, att rutiner, resurser och mötesstruktur fungerar. VC har personlig kontakt med alla boende på verksamheten. VC följer upp den enskildes situation genom att granska checklista vid inflyttning, GP, hälsoplaner och **personliga samtal** med den enskilde (och anhöriga) en till två månader efter inflyttningen.

Organisation & Mötesforum

Syftar till att säkerställa helhetsperspektiv, kontinuitet och uppföljning i omvårdnaden.

Daglig informationsöverföring sker skriftligt & muntligt mellan arbetspass enligt rutin. "Läser in sig, skriver ut sig" är vår inriktning för att säkra upp informationen kring den enskilde. SSK träffar alla arbetslag dagligen för information. Nya/uppdaterade hälsoplaner informeras KM / arbetslaget löpande för att säkerställa att alla aktuella uppgifter finns i GP.

AT,FT, Sjuksköterska och kontaktman i tjänst träffas en gång per vecka och stämmer av gemensamma frågeställningar för de boende på **rehabmöte**. Ex planerade inflyttningar, särskilda rehabinsatser, hjälpmedelsbehov, avvikelser, inkomna synpunkter och ärenden till läkare etc. En gång per vecka genomförs så kallad **Fallrond**. Alla som fallit hanteras av teamet (tillsammans med läkare) varvid den enskildes situation går igenom. Riskbedömningar kontrolleras, åtgärder, dokumentation och läkemedelsgenomgång utförs.

Omvårdnadskonferens hålls var fjärde vecka eller oftare vid behov. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kallar vård- och omsorgspersonal, AT & FT till gemensamt möte med genomgång av den enskildes aktuella status. Genomförandeplan, hälsoplan och mål ses över så det är samstämmiga med aktuell status och information om åtgärder. Arbete med Kvalitetsregister; Samtliga yrkeskategorier är med och bedömer status, registrerar, gör planer etc i olika moment utifrån sin yrkesprofession. Riskbedömning Senior alert, Behov av BPSD och åtgärder, översyn av insatser nattetid mm sammanställs på mötet. Åtgärder och mål utvärderas, behov av revidering av genomförandeplaner och hälsoplaner initieras. Dietist deltar två gånger/år samt vid behov för att stämma av nutritionsfrågor. MNA och viktkurvor samt aktuellt status för nutrition ligger till grund för dessa möten då dietist är på plats.

System som stöder samverkan

Dokumentationen sker enligt **IBIC**, en metod för ökad delaktighet, ökad tydlighet för vilket stöd som behövs och den enskilde har rätt till. Med IBIC underlättas samarbetet i teamet genom ett gemensamt språk (**ICF**), gemensamma begrepp och enklare uppföljning av behov och mål. GP täcker in alla livsområden vilket säkrar den personcentrerade omvårdnaden ytterligare. GP går hand i hand med hälsoplanen.

Vi kopplar **digitala planeringsverktyg** till dokumentationen för att säkra att de överkomna insatserna såväl som läkemedel blir utförda/överlämnade i rätt tid.

Rehabilitering

Vi fokuserar på den enskildes friska sidor och stöttar individen i att använda och utveckla sina egna förmågor i det dagliga livet. Med ett **funktionsbevarande** och **rehabiliterande förhållningssätt** menar vi att den enskilde ska göra så mycket hon kan själv utifrån sin förmåga. Personalen finns med som stöd i de dagliga aktiviteterna i det den enskilde inte klarar själv. Vid för mycket hjälp kan konsekvensen bli mer passivitet och förlust funktioner och färdigheter och därmed nedsatt upplevelse av hälsa.

Många gånger handlar det inte bara om vad AT/FT utför eller ordinerar, utan om vad teamet och den enskilde kan åstadkomma tillsammans i arbetet. Att stärka självkänslan är en bra nyckel och strategi till att lyckas med funktionsbevarande, hälsofrämjande åtgärder och aktiviteter för att höja livskvaliteten och därmed också skapa hälsa. För att skapa delaktighet hos den enskilde måste det vi gör vara lustfyllt och roligt. Att locka fram ett skratt eller leende på läpparna är den bästa förutsättningen att finna vägar framåt tillsammans.

Arbetsterapeut och **Fysioterapeut** ansvarar för att ta fram verksamhetens generella och individuella träningsprogram. Vi utser och fortbildar **rehabombud** på enheten som ansvarar för utförande av träningsprogram, grupp gymnastik, bistår med instruktioner, enklare förflyttningar/positioneringar och skötsel av hjälpmedel mm.

Före inflyttning inhämtas information om den enskildes rehabiliteringsbehov via biståndsbeslut och kontakt med FT/AT på korttids, sjukhus eller hemrehab. AT & FT gör en **bedömning** av den enskildes förmåga och funktion inom en vecka efter inflyttningen. Exempelvis förflyttningsbedömning, bedömning av hjälpmedelsbehov, en funktionsbedömning gällande till exempel ledrörlighet och muskelfunktion med tillhörande användning av bedömningsinstrument. Kontaktman observerar hur den äldre klarar sig i såväl lägenhetens som enhetens miljö samt hur interaktionen med medboende ter sig och rapporterar vidare till teamet. Sjuksköterska kartlägger mat och måltidssituation samt nutritionsstatus och sammantagen hälsobild hos den äldre. Den sammantagna bedömningen ligger till grund för insatser och målformulering i hälsoplan och genomförandeplan. Vi tar hänsyn till och anpassar behov av handledning för omvårdnadspersonal så att de kan genomföra/stötta den enskilde i planerade åtgärder.

Gemensamt med den enskilde tar teamet fram mål och delmål, vilka hjälpmedel/aktiviteter/vardagsträning & träning samt andra insatser som behövs för att nå målen. Målet är alltid att stärka den enskildes egna fysiska och kognitiva resurser för att bibehålla eller förbättra funktioner. Teamet planerar och informerar övriga medarbetare om insatserna och följer upp dessa tillsammans med den äldre genom avstämning inför rehabmöte och omvårdnadskonferenser.

Fysisk träning genomförs av FT både **individuellt** och **i grupp**. Effekterna av fysisk träning är mycket goda även för äldre personer. Därför prioriteras vardagsrehabilitering och fysisk aktivitet i verksamhetens aktivitetsutbud.

Genom **proaktivt arbete** med riskbedömningar på verksamhets- och individnivå kan vi minska avvikelser, negativa händelser och förhindra vårdskador. När riskbedömning är utförd, planeras åtgärder som sedan följs upp av det tvärprofessionella teamet vid rehabmöte/omvårdnadskonferens.

Screeningen/skattningen, och registrering i **Senior alert** (utförs senast två veckor efter den äldres inflyttning, ibland snabbare vid en känd risk) av SSK, AT, FT och Kontaktman på rehabmöte inför vårdplanering. Screeningen av den äldre utförs enligt Senior alerts evidensbaserade bedömningsverktyg; ROAG för munhälsa, MNA för undernäring, Nikola för blåsdysfunktion, Downtown Fall Risk Index för fall, Nortonskalan för trycksår samt inspektion/registrering av hudkostym, COPM för rehabilitering. På rehabmöte identifieras orsak och planering för åtgärder förbereds.

En **hälsoplan** upprättas med mål och delmål utifrån skattningen och de risker som framkommit. Åtgärder kopplas till målen som utvärderas och följs upp vid rehabmöte/omvårdnadskonferens där det säkerställs att det går hand i hand med **genomförandeplanen**.

Genom omvårdnadskonferenser, rehabmöten och våra arbetsmetoder samverkar alla yrkeskategorier i sitt arbete kring den enskilde. Hög kvalitet och professionalitet är en förutsättning för att den enskilde ska uppleva och känna trygghet. Schemalagda **Omvårdnadskonferenser** hålls var 4:e vecka, oftare vid behov. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kallar omvårdnadspersonal och AT&FT till gemensamt möte med genomgång av de enskildas aktuella status. Åtgärder utvärderas, behov av revidering av genomförandeplaner och hälsoplaner initieras. Kvalitetsregister följs upp. **Rehabmöte** hålls varje vecka och är en avstämning mellan AT, FT, KM och patientansvarig sjuksköterska. Här stäms gemensamma frågeställningar av kring de enskilda. Ex planerade inflyttningar, särskilda rehabiliterande insatser, hjälpmedelsbehov, ärenden till läkare. Här sker även utredning och analys av avvikelser gällande exempelvis fall och läkemedel.

När vi arbetar med personer med **demenssjukdom**, arbetar vi i BPSD registret och kan därigenom hitta ett bemötande och förhållningssätt för den enskilde som inte själv kan redogöra för vad hen vill eller önskar. Ofta har personer som är i början av en demenssjukdom mycket fysiska funktioner kvar med ett stort behov av att röra på sig. Dessa personer kan ibland bli rädda och osäkra när de inte känner igen sig. Förhållningssättet måste vara anpassat utifrån individen och dennes behov för att locka med oss den enskilde på en rehabiliterande aktivitet.

Verksamhetschefen ansvarar för att samtliga medarbetare får **förflyttningsutbildning** där personal får utbildning i aktiva förflyttningar (att den boende gör så mycket som den själv klarar). Detta ligger till grund för vardagsrehabilitering som omvårdnadspersonalen ansvarar för. Utbildningen är obligatoriskt för all personal och hålls av FT/AT. Även **fortbildning i riskförebyggande arbete**, olika arbetssätt och verktyg för att minimera risk för att vårdskador uppstår. Utbildning i *Riskförebyggande arbete* är en del i den obligatoriska introduktionsutbildningen som samtliga medarbetare genomgår. Utbildningen belyser patientsäkerhetslagen, kvalitetsregister, hur man arbetar förebyggande i teamet, använder checklistor och metodstöd, gör planer med mål och delmål samt hur insatserna följs upp.