



VÄRMDÖ KOMMUN
2013 -04- 23
Dnr 13408/0031

# Kvalitetsuppföljning

## Djuröhemmet 2013

Kommunledningskontoret,  
Kundvals- och finansieringsavdelningen,  
äldreheten

Åsa Ahlsved, kostcontroller  
Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Berit Nylander, äldreomsorgscontroller  
Carina Widmark, chef äldreheten



## Innehållsförteckning

Förklaring av vissa begrepp och förkortningar .....	3
Inledning .....	4
Sammanfattning .....	4
Fakta om verksamheten.....	4
Metod för uppföljningen .....	5
Beskrivning av verksamheten .....	5
Lokaler och inventarier .....	5
Underentreprenörer .....	6
Ledningssystem.....	6
Samverkan.....	6
Systematiskt förbättringsarbete.....	7
Egenkontroll.....	7
Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter.....	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten/förbättring av processer och rutiner .....	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	7
Dokumentationsskyldighet.....	7
Brukarundersökning.....	7
Avvikelse .....	8
Social dokumentation.....	8
Personakt.....	8
Journalanteckningar .....	8
Genomförandeplaner.....	9
Hälso- och sjukvård.....	9
Läkemedelshantering .....	10
Delegeringar .....	10
Riskbedömningar .....	10
Dokumentation.....	10
Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering ...	12
Nutrition .....	12
Medicintekniska produkter (MTP).....	12
Avvikelsehantering enligt HSL.....	13
Kvalitetssäkrad inkontinensvård .....	14
Vårdhygien.....	14
Vård i livets slutskede .....	14
Kost och måltider .....	15
Forum.....	15
Specialkost/rutiner.....	15
Kostkompetens.....	16
Matsedel .....	16
Pedagogisk måltid .....	16
Kvalitetssäkring.....	16
Personal och kompetens.....	17
Personalbemanning .....	17
Kompetens .....	18
Tidplan för utvecklingsarbetet .....	18



## **Förklaring av vissa begrepp och förkortningar**

Allmän handling	Handling som upprättas hos eller inkommit in till en myndighet och som förvaras hos myndigheten.
Myndighetsutövning	En myndighets befogenhet att för enskild ensidigt bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande eller annat jämförbart förhållande.
Nämnd	Den eller de nämnder som <ul style="list-style-type: none"><li>– enligt 2 kap. 4 § SoL fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten (socialnämnden)</li><li>– enligt 22 § LSS utövar ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt den lagen</li><li>– avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen</li><li>– avses i lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet</li></ul>
Personakt	Akt som innehåller handlingar om en person som är eller har varit aktuell för utredning eller insats inom socialtjänsten. <i>Kommentar:</i> Personakten kan vara elektronisk eller fysisk eller både och. Den kan innehålla handlingar som har kommit in till eller upprättats inom socialtjänsten.
Utredning	All den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta ett beslut i ett ärende hos nämnden.
Dokumentera	Att skriva, fotografera eller spela in på band.
Genomförande	Verkställighet av en beslutad insats.
Genomförandeplan	Plan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras.
Handling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. <i>Kommentar:</i> En journalanteckning är att anse som en handling.
Insats	Individuellt behovsprövat stöd eller individuellt behovsprövat vård och behandling enligt SoL, LVU, LSS, LVM samt insatser enligt 9 § LSS.
Journal	Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ärenden och genomförande av insatser görs kontinuerligt och i kronologisk ordning. <i>Kommentar:</i> Journalen ska inte förväxlas med den patientjournal som ska föras enligt patientdatalagen (2008:355)
SoL	Socialtjänstlagen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
Entreprenör	Privat vårdgivare som upphandlats av kommunen för drift av särskild boendeform
Utföraren	Benämning på den som ansvarar för driften oavsett om den drivs på entreprenad eller av kommunens egenregiverksamhet.



## **Inledning**

Det övergripande syftet med att genomföra kvalitetsuppföljningar är att bedöma kvaliteten för de äldre som bor i särskilda boenden i Värmdö kommun. De kvalitetsaspekter som bedöms följer regelverk och avtal och avser att säkerställa att de boende ges delaktighet och inflytande samt får sina behov och önskemål tillgodosedda.

Resultatet ska användas för att utveckla och höja kvaliteten i kommunens äldreomsorg, såväl på enhetsnivå som i kommunen som helhet. Resultatet kan också publiceras och användas av enskilda som beviljats särskild boendeform som underlag för dem att välja boende.

Kvalitetsuppföljningen är samtidigt en uppföljning av att utföraren följer avtalet med kommunens beställare.

## **Sammanfattning**

Detta är en uppföljning av Djuröhemmets särskilda boende. Uppföljningarna görs årsvis.

Uppföljningen har visat att de boende ges inflytande i sin vardag och har möjlighet till gemensamma aktiviteter alla veckans dagar. Det framgår också i den sociala dokumentationen att de boende erbjuds och ofta deltar i olika aktiviteter.

I Socialstyrelsens brukarundersökning, som genomfördes 2012, ger de boende ett gott betyg till den vård och omsorg som ges på Djuröhemmet.

Ett av de utvecklingsområden som framkommit under uppföljningen handlar om att utföraren behöver upprätta ett kvalitetsledningssystem som uppfyller de krav som anges i Socialstyrelsens föreskrifter.

Ett annat utvecklingsområde är att ge omsorgspersonalen fördjupade kunskaper i att dokumentera genomförandet av de sociala omsorgsinsatserna. Utföraren behöver även arbeta med att skapa systematik och struktur i patientsäkerhetsarbetet. Detsamma gäller arbetet med kost och måltider.

## **Fakta om verksamheten**

Namn	Djuröhemmet
Adress	Sollenkrokavägen 34, 139 73 Djurhamn
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Kommunens egenregiverksamhet
Verksamhetschef	Jan-Kåge Wallin
Målgrupp och antal	Djuröhemmet har totalt 41 lägenheter, uppdelat på tre avdelningar. Kobben har åtta lägenheter med demensinriktning. Storskär med 21 lägenheter och Lillskär med 12 lägenheter har somatisk inriktning. På Kobben finns en (1) plats per dag, vardagar, för demensdagvård. 11 av lägenheterna i Storskär har 2 rum och kök.
Antal anställda	44 anställda, som motsvarar 38,16 årsarbetare.



### **Metod för uppföljningen**

- Besök i verksamheten har gjorts av Åsa Ahlsved, kostcontroller, Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Berit Nylander äldreomsorgscontroller den 6 och 7 februari, 2013.
- Dialog med enhetens ledningsgrupp bestående av biträdande verksamhetschef Jan Sjö, Catarina Johansson, sjuksköterska, Kim Dahlström, undersköterska, Malin Forsberg, ekonomiassistent och Yvonne Klang, assistent. Verksamhetschefen var förhindrad att delta.
- Resultat från brukarundersökningar.
- Granskning av utförarens dokumentation och rutiner. (ledningssystem och kost)
- Granskning av social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 15 boende; varav Storskär 7 boende, Lillskär 5 boende och Kobben 3 boende.
- Granskning av faktisk bemanning utifrån täthetschema i avtalet.
- Dialog med företrädare från kommunens biståndsenhet.

### **Beskrivning av verksamheten**

Djuröhemmets särskilda boende erbjuder service, omsorg och vård dygnet runt, i social gemenskap och med aktiviteter både i grupp och enskilt.

Verksamheten har eget kök och restaurang med separat kökspersonal där alla måltider tillagas. Restaurangen har fullständiga rättigheter och har ett fåtal externa gäster. De boende på avdelningarna Lillskär och Kobben har egen matsal och de boende på Storskär använder restaurangens matsal.

Verksamhetschefen är ansvarig för både restaurang och boendet.

Utföraren har brutit ned produktionsavdelningens (pro Varmdos) värdegrund. Värdegrunden har fyra värdeord; respekt, individperspektiv, kompetens och tydlighet och vänder sig till både den boende och anhöriga/företrädare.

Sommartid prioriteras daglig utevistelse, verksamheten har egen trädgård och närhet till båtbygga. De boende erbjuds även båtutflykter. Personalen uppmärksammar helgdagar och högtider i de gemensamma utrymmena och matsedeln anpassas också därefter.

### **Lokaler och inventarier**

Djuröhemmet är en äldre fastighet, som byggts till och byggts om genom åren. Några lägenheter finns en trappa ned i förhållande till entréplanet, andra en trappa upp. Det finns flera hissar och det är bra tillgänglighet i fastigheten.

Utföraren använder miljömärkta disk- och rengöringsmedel och sorterar sina sopor. Lokalerna är något slitna men ljusa och ger ett trivsamt intryck.

Sedan januari 2013 pågår en större renovering av köket, enligt krav från kommunens miljöinspektör. Under tiden levereras lunch- och middagsrätterna från Gustavsgården. Samtidigt pågår en anpassning till arbetsmiljöverkets krav i lägenheterna, som handlar om ombyggnad av badrum, breddning av dörrar mm. Arbetet startade i oktober 2012. Bägge arbetena beräknas vara klara till i april 2013. De boende evakueras till sedan tidigare tomställda lägenheter inom fastigheten, enligt ett schema som hittills fungerat som planerat.



- Skyltningen vid huvudentrén till de olika avdelningarna bör förbättras, så att det framgår var i huset de olika avdelningarna ligger

## ***Underentreprenörer***

Utföraren har avtal med Nackageriatriken ASIH (om sjuksköterskeinsatser från kl 16-07) alla dagar i veckan.

- Avtalet ska innehålla insatser vid palliativ vård.

## ***Ledningssystem***

Vid genomgången av utförarens ledningssystem för verksamheten görs bedömningen att det inte uppfyller Socialstyrelsens krav. Som vårdgivare ska utföraren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9.

- Utföraren ska skapa ett fullständigt ledningssystem utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9

## **Samverkan**

Det finns en lokal rutin för samverkan vid rapportering mellan arbetspassen. Den beskriver även hur information ska inhämtas i det elektroniska dokumentationssystemet vid arbetspassets början.

- Utföraren behöver beskriva det tvärprofessionella samarbetet och samverkan för att skapa en helhetssyn kring den boendes behov av vård och omsorg. De gäller hela processen från det att den enskilde flyttar in och hela boendetiden med de forum som ska genomföras i verksamheten.
- Utföraren behöver upprätta samverkansöverenskommelser med sina externa samverkanspartners, framförallt med ASIH som utför sjuksköterskeinsatser 15 timmar/dygn.
- Kontaktuppgifter till ansvarig arbetsledare över hela dygnet ska anslås på respektive avdelning.
- Information om vilka som arbetar under dagen ska finnas anslagen på alla avdelningar (saknas på en avdelning)



## **Systematiskt förbättringsarbete**

I verksamhetens lokala rutiner finns ett dokument som beskriver vad utföraren gör för att utveckla och förbättra kvaliteten i sitt arbete, däremot framgår inte arbetssättets flöde (processbeskrivning).

- Utföraren behöver utveckla och förtydliga sitt systematiska förbättringsarbete så det överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2011:9.

## **Egenkontroll**

Utföraren har inte beskrivit hur de själva på ett systematiskt sätt kontrollerar och följer upp att rutiner och arbetssätt följs och är ändamålsenliga.

- Utföraren behöver beskriva hur egenkontroll ska ske i verksamheten.

## **Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter**

Verksamheten följer MAS riktlinje till vissa delar när det gäller HSL och använder proVarmdos riktlinje som rutin vid rapportering och utredning av allvarliga missförhållanden (lex Sarah).

- Den rutin som finns för avvikelshantering behöver förtydligas så att hela flödet framgår; rapportering; handläggning; resultat och utvärdering samt vem som gör vad i handläggningen. Det ska också framgå vem som har rätt att slutföra en avvikelse.
- Vidare behöver utföraren definiera vem som utreder avvikelser enligt SoL. Bedömningen är att den rutin som finns idag inte uppfyller kraven i regelverket.

## **Förbättrande åtgärder i verksamheten/förbättring av processer och rutiner**

- Utföraren behöver beskriva sina processer, dvs. det systematiska arbetet med att följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

## **Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

- Utföraren behöver utveckla dokumentationen i sitt ledningssystem, så att det framgår på vilket sätt personalen deltar i arbetet med att förbättra kvaliteten.

## **Dokumentationsskyldighet**

- Utföraren ska dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Det ska gå att följa inom vilka områden man arbetar, vidtagna åtgärder och uppnått resultat. Det ska också framgå hur ansvarsfördelningen ser ut för olika yrkeskategorier.

## **Brukarundersökning**

I Socialstyrelsens brukarundersökning 2012 har 14 boende (34 %) besvarat enkäten. Resultatet är i huvudsak positivt. De flesta av dem som svarat trivs både med inomhus- och utomhusmiljön på Djuröhemmet. Vidare anser de flesta att maten smakar bra, att de kan



påverka vilka tider som hjälpen ska ges samt att hänsyn till personliga önskemål tas och att personalen har tillräckligt med tid vid omvårdnadstillfällena.

*Se bilaga 1 med hela resultatet från brukarundersökningen.*

Utföraren har även genomfört en egen brukarundersökning under 2012. Den besvarades av 26 av de boende (65 %). Den visar ett likartat resultat som den nationella undersökningen. De flesta svarar att de trivs och att boendet uppfyller förväntningarna och att de är nöjda med sin kontaktperson. Det är dock färre, jämfört med 2011 års brukarundersökning, som anser att personalen uppträder respektfullt, att omsorgen utförs enligt önskemål och på ett sådant sätt att den boende inte behöver känna sig stressad.

Efter att verksamheten tagit del av resultatet av den egna brukarundersökningen, anordnade utföraren en halvdags-utbildning för all personal i bemötande, där det även ingick diskussioner i grupp.

## **Avvikelse**

Utföraren har tagit emot ett klagomål under 2012, vilket gällde information och kommunikation med anhörig.

## **Social dokumentation**

Den sociala dokumentationen för totalt 15 boende har granskats. Det är knappt 40 % av dokumentationen, proportionellt fördelad mellan avdelningarna. Granskningen har gjorts i det elektroniska verksamhetssystemet, som är gemensamt för SoL och HSL.

## **Personakt**

De sekretessbelagda handlingarna förvaras inlåsta i brandsäkra aktskåp i omsorgspersonalens dokumentationsrum på respektive avdelning. Varje boende har en pärm, där SoL och HSL dokumentation förvaras tillsammans.

- Utföraren behöver ändra på detta så att handlingarna för respektive lagrum förvaras åtskilda från varandra.

## **Journalanteckningar**

Journalanteckningar förs löpande och innehåller i huvudsak vardagliga händelser, såsom aktiviteter som den boende deltagit i och besök av anhöriga/vänner.

För att kunna följa hur situationen utvecklas för den enskilde och hur uppsatta mål nås måste dokumentationen utvecklas till att även innehålla sådan information, liksom information om när planerade insatser inte kunnat genomföras. Vidare ska även genomförda samtal, välkomstsamtal, vårdplaneringar mm dokumenteras. I detta ingår att beskriva den enskildes egen upplevelse av de insatser som utförts.

I den sociala dokumentationen förekommer även uppgifter som ska dokumenteras enligt patientdatalagen.





- Omsorgspersonalen behöver få fördjupad kunskap i vad som ska dokumenteras och varför, med utgångspunkt från Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- Hälso- och sjukvårdsuppgifter ska dokumenteras enligt patientdatalagen.

## Genomförandeplaner

14 av 15 genomförandeplaner beskriver mål med var och en av insatserna, samt hur och när insatserna ska genomföras. I de flesta av planerna framgår på vilket sätt den enskilde själv deltar i genomförandet. I drygt hälften planerna framgår vilka övriga personer som deltagit vid upprättandet. Den enskildes intressen beskrivs i två tredjedelar av planerna. Sju av de boende har valt att lämna en levnadsberättelse.

Inte i någon av planerna beskrivs på vilket sätt den enskilde har haft inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen. Knappt hälften av genomförandeplanerna var aktuella vid granskningstillfället.

Utförarens arbete med att upprätta genomförandeplaner behöver utvecklas på följande punkter för att överensstämna med Socialstyrelsens föreskrifter och kommunens riktlinje om social dokumentation:

- Att säkerställa att alla genomförandeplaner är aktuella.
- Att det framgår vilka som deltagit vid upprättandet (ska uppges med namn, relation/befattning).
- Att det framgår hur den enskilde getts inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen.
- Att säkerställa att den enskildes intressen och individuella aktiviteter och hur dessa ska genomföras framgår i alla planer.
- Att det framgår hur genomförandeplanen ska följas upp.

## Hälso- och sjukvård

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan genomför granskning av hälso- och sjukvårdsinsatserna, vilket omfattar följande områden:

- läkemedelshantering
- delegering
- nutrition
- riskbedömningar
- inkontinenshjälpmedel
- vård i livets slutskede
- medicintekniska produkter



- vårdhygien
- dokumentation enligt patientdatalagen

## Läkemedelshantering

En lokal rutin för utförarens läkemedelshantering finns upprättad utifrån Värmdö MAS övergripande riktlinje för läkemedelshantering.

Extern granskning av utförarens läkemedelshantering har utförts av farmaceut. Samtliga anmärkningar i senaste inspektionen 2012 var åtgärdade vid uppföljningen. Vid uppföljningen förvarades ett antal oxygentuber öppet under en trappa.

- En lokal rutin behöver skapas för hantering av medicinskt oxygen inom enheten. Oxygen ska förvaras i uppmärkt rum. Var god se vidare Vårdhandboken, en handbok för vårdpersonal, utgiven av Stockholms läns landsting.

## Delegeringar

Samtliga delegeringar var giltiga vid uppföljningen. Delegeringar finns utfärdade av sjuksköterskor till omsorgspersonal inom området läkemedelshantering.

- Utföraren ska säkerställa att MAS riktlinje för delegering av insulingivning följs alla tider på dygnet.

## Riskbedömningar

Riskbedömningar är utförda för samtliga boende avseende fallrisk, nutrition och trycksårskrisk.

## Dokumentation

Dokumentationen är av skiftande kvalitet och skiljer sig åt mellan de olika avdelningarna. Det finns behov av att ytterligare säkra upp och dokumentera nödvändiga uppgifter som efterfrågas i lagstiftning och även tydliggörs i MAS riktlinjer för dokumentation, samt kring riskbedömningar.

### *Storskär*

De allmänna uppgifterna är överlag inte dokumenterade.

- Kompletterande uppgifter behövs i vissa journaler kring genomförd ID kontroll, inhämtade samtycken samt den boendes och i förekommande fall anhörigs önskemål om delaktighet i vården.
- Omvårdnadsanamneser finns i samtliga av de granskade journalerna men de behöver kompletteras med ytterligare uppgifter så att de blir fullständiga, och ska vara uppdaterade minst en gång per år samt däremellan vid behov.
- Omvårdnadsstatus behöver kompletteras under respektive sökord med uppgifter kring att samtliga riskbedömningar är utförda samt resultatet av dessa.
- Omvårdnadsplaner ska dokumenteras samt i vissa fall vidareutvecklas att innefatta samtliga problem/resursområden för varje boende.



- Nattfastan ska vara uträknad för varje boende med hänvisning till förebyggande åtgärder för att bryta nattfastan om tiden för denna överstiger 11 timmar.

## *Lillskär*

De allmänna uppgifterna är överlag dokumenterade. Att den boende och i förekommande fall anhörig gjorts delaktig går att utläsa i journalerna. Aktuell omvårdnadsstatus finns där det framgår att riskbedömningar är utförda inom samtliga områden, samt resultatet av dessa. Nattfastan finns uträknad för de boende.

- ID-kontroll saknades i något fall och behöver kompletteras.
- Omvårdnadsanamneser behöver uppdateras vid behov och minst en gång per år.
- Omvårdnadsplaner finns men vissa problem/resursområden som går att utläsa i omvårdnadsstatus behöver definieras på omvårdnadsplan.

## *Kobben*

De allmänna uppgifterna är överlag inte dokumenterade. Omvårdnadsplaner saknades i stor utsträckning. Vissa uppgifter har inte uppdaterats på flera år.

- Kompletterande uppgifter behövs i vissa journaler kring genomförd ID kontroll, inhämtade samtycken samt den boendes och i förekommande fall anhörigs önskemål om delaktighet i vården.
- Omvårdnadsanamneserna ska uppdateras utifrån de boendes behov och minst en gång per år. Utföraren behöver också säkerställa att de innehåller fullständiga uppgifter.
- Omvårdnadsstatus ska uppdateras enligt de boendes behov men minst en gång per år.
- Riskbedömningar, inklusive fallriskbedömningar ska utföras av sjuksköterska. Finns risk inom något område t.ex. fallrisk ansvarar sjuksköterskan för att upprätta en omvårdnadsplan.
- Att riskbedömningar är utförda ska dokumenteras under respektive sökord i omvårdnadsstatus, så att det framgår ett resultat av själv riskbedömningen.
- Omvårdnadsplaner ska upprättas utifrån den boendes problem, och resursområden.

## *Dokumentation av arbetsterapeut och sjukgymnast*

ADL status är dokumenterat för i stort sett samtliga boende. Förflytningsbedömning finns dokumenterade för varje boende. Löpande journalanteckningar dokumenteras av arbetsterapeut och sjukgymnast. Hjälpmedel provas ut och förskrivs samt dokumenteras.

- Säkerställa att alla ADL status och förflytningsbedömningar uppdateras vid förändringar så att de alltid är aktuella



## *Förvaring av journaler*

Journaler förs i det elektroniska verksamhetssystemet. De pappersdokument som finns förvaras i ett brandsäkert arkivskåp. Vid uppföljningstillfället var låset till översta lådan trasigt på Storskär. Journaler förda enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen hålls inte åtskilda.

- Låset till den trasiga arkivskåpslådan ska omedelbart lagas.
- Journaler enligt patientdatalagen ska förvaras åtskilda från journaler utifrån andra lagrum.

## **Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering**

Utföraren har påbörjat ett arbete med att bjuda in boende och anhöriga till vårdplaneringsmöten, men det saknas en lokal rutin som beskriver hur arbetet med vårdplaneringar ska ske.

- Upprätta en lokal rutin för hur vårdplaneringar ska genomföras samt vilka yrkesgrupper som deltar och deras uppdrag i detta.
- Säkerställa att det i rutinen framgår hur den boende och dennes anhöriga görs delaktiga i vårdens planering, genomförande och utvärdering.

## **Nutrition**

Lokal rutin finns för utförarens arbete med nutrition.

- Rutinen behöver tydliggöras utifrån MAS riktlinje för arbete med nutrition, särskilt vad gäller ansvaret för ordination av kost- och näringstillägg.

Enligt sjuksköterskorna finns inte näringsvärdesberäkning på maten/portionerna som tillagas i verksamheten. Det finns inte tillgång till specialkost, t.ex. e-kost (energi- och proteinrik kost) vilket är ett viktigt alternativ att kunna ordinera då boende har risk för undernäring eller befinner sig i ett undernäringstillstånd. I stället ordineras näringsdrycker vilket generellt inte ska vara ett förstahandsval i behandlingen.

- Utföraren ska näringsvärdesberäkna samtliga måltider för att sjuksköterskorna ska kunna uppfylla sitt uppdrag när det gäller nutrition.
- Utföraren ska säkerställa att det, vid behov, finns tillgång till alla slags specialkost, särskilt viktigt är att e-kost alltid ska finnas att tillgå.

## **Medicintekniska produkter (MTP)**

Utföraren har god kontroll av sina medicintekniska produkter genom ett upprättat inventoriesystem. Protokoll finns att tillgå på utförd service och besiktningar.

- Den lokala rutinen för MTP behöver utvecklas ytterligare så att det framgår vem som har ansvar för rengöring och kontroll och med vilken frekvens det ska ske.



- Verksamhetschefen behöver överlämna skriftligt ledningsuppdrag till arbetsterapeut och sjukgymnast så att det framgår vad dessa yrkesgrupper har för ansvar kring de medicintekniska produkterna kontra verksamhetschefens ansvar.

### Avvikelsehantering enligt HSL

Registrering och rapportering av avvikelser sker i avvikelsemodulen i det elektroniska verksamhets- och journalföringssystemet. Det finns en lokal rutin som beskriver utförarens avvikelsehantering.

- Den lokala rutinen behöver förtydligas så att hela processen framgår med ansvarsbeskrivning för samtliga som rapporterar, registrerar och handlägger avvikelser. Det vill säga från det att avvikelser registreras till att den är godkänd och avslutad.
- Ett utvecklingsarbete krävs för att minska risker och avvikelser inom läkemedelshanteringen.

### Sammanställning av rapporterade avvikelser 2012

Typ av avvikelse	
Läkemedel	140
Omvårdnad	9
Larm/teknik	8
Provtagning	2
Summa	159

### Sammanställning av fallincidenter och ev. skador under 2012

Fallincident och ev. skada	
Ingen synlig skada	102
Skada som sår, vrickning/stukning/	25
Skada som resulterat i fraktur	2
Summa	129

- Utföraren behöver skapa en rutin för hur det fallförebyggande arbetet ska ske där det tvärprofessionella samarbetet behöver lyftas fram.
- Arbetet med fallrapporterna behöver förbättras. Det ska framgå en bedömning och en orsaksanalys samt vidtagna åtgärder av omvårdnadsansvarig sjuksköterska då den boende har fallit. Effekten av de vidtagna åtgärderna ska också dokumenteras och utvärderas.



### **Kvalitetssäkrad inkontinensvård**

En av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna har utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

- Utföraren ska ha en lokal rutin för arbete med kvalitetssäkrad inkontinensvård.
- De sjuksköterskor som inte har en formell kompetens att förskriva inkontinenshjälpmedel behöver genomgå denna utbildning på 4,5 högskolepoäng för att få kompetens att arbeta med inkontinens utifrån nu gällande krav inom området. En kvalitetssäkrad inkontinensvård ställer krav på kompetens för att kunna utreda, bedöma och analysera resultat av den företagna utredningen.
- I de fall boende har en inkontinens ska det finnas en upprättad omvårdnadsplan som beskriver de omvårdnadsåtgärder som ska ges inom inkontinensområdet.

### **Vårdhygien**

Utföraren följer de riktlinjer som finns utfärdade från Vårdhygien.

Lokal rutin finns där egenkontroll är angiven i form av att de egenkontrollistor som finns att tillgå ska användas. Verksamhetens diskdesinfektor är besiktigad.

- Utföraren behöver en dokumenterad lokal rutin för vem som ansvarar för kontroll, skötsel och tillsyn av diskdesinfektorn samt påfyllning av diskmedel m.m.
- Dokumentera en lokal rutin som anger hur ren och smutsig tvätt ska hanteras samt hur arbete ska ske i tvättstuga.

### **Vård i livets slutskede**

Ett policydokument finns från 2002, som dåvarande MAS tillsammans med en arbetsgrupp tagit fram, finns att tillgå. Utföraren registrerar i Svenska palliativregistret. Det finns ingen lokal rutin upprättad för hur utföraren arbetar med vård i livets slutskede.

Efter klockan 16 ges sjuksköterskeinsatser via ASIH. Sjuksköterska på Djuröhemmet kan rapportera behov av planerade insatser i förväg till ASIH. Undersköterskor i tjänst kan också ringa till sjuksköterska då behov uppstår, det är upp till undersköterska att göra bedömningen om sjuksköterskekontakt ska ske eller inte.

En journalgranskning har företagits av MAS i syfte att utvärdera vården i livets slutskede under 2012. 16 journaler har varit föremål för granskning. Fokus i journalgranskningen har legat på verksamhetens insatser att förebygga och lindra samt utvärdera smärta, ångest, oro samt bibehålla en god andning för boende i livets slutskede.

I vissa av de granskade journalerna kring vård i livets slutskede framgår att boende fått vänta oacceptabelt länge på insatser av sjuksköterska under kväll och natt avseende smärtlindring, hjälp vid andningsbesvär och oro.



Det finns sällan en dokumenterad utvärdering om det givna läkemedlet givit önskad effekt eller när/om sjuksköterska ska besöka den boende igen för att göra symtomskattning. Brister i dokumentation av sjuksköterskeinsatser finns under kväll och natt. Vårdplaner var inte upprättade för vård i livets slut.

- Utföraren behöver planera för hur sjuksköterskeinsatser kan säkras under kväll och natt för att kunna kvalitetssäkra vården utifrån de krav på insatser som framgår i de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen angående palliativ vård.
- Dokumentationen behöver förbättras så att det går att följa de insatser som ges under vård i livets slut. Vårdplaner ska upprättas inför vård i livets slut.
- Ansvarig sjuksköterska ska alltid dokumentera sina insatser i journalen enligt lokal rutin.
- Symtomskattning avseende smärta, oro, ångest samt andning ska ske fortlöpande av sjuksköterska och dokumenteras i den boendes journal. Syftet med symtomskattning är att boende i vård i livets slut inte ska behöva ligga och vänta på att få sina symtom lindrade.
- Utvärdering av effekt av givna läkemedel ska alltid göras samt dokumenteras i journalen. Har den ansvariga sjuksköterskan givit ett läkemedel ska denne också ansvara för att följa upp effekten samt dokumentera detta i journalen.
- I den lokala rutinen för vård i livets slutskede behöver utföraren förtydliga hur resultatet används från Svenska Palliativregistret i syfte att utveckla vården i livets slutskede.

## **Kost och måltider**

För närvarande pågår en renovering av verksamhetens kök, varför de varma måltiderna levereras från Gustavsgårdens kök, och följer deras matsedel. De förhållanden som beskrivs nedan är utifrån att Djuröhemmets kök är i drift.

## **Forum**

Det finns en kostgrupp bestående av ett kostombud per avdelning, en sjuksköterska och en av kökspersonalen. Gruppen träffas en gång per månad. De boende har möjlighet att ta upp frågor om kost och måltider på verksamhetens husmöten.

## **Specialkost/rutiner**

Måltiderna är inte näringsvärdesberäknade och det finns ingen möjlighet att beställa e-kost (energi- och proteinrik kost). Det var ett utvecklingsområde även vid förra årets uppföljning som inte blivit åtgärdat. Om boende tackar nej till måltid erbjuds ibland annan fullvärdig kost eller enklare mat som t ex smörgås, sallad, soppa. Det finns ett så kallat matkort för varje boende som informerar personalen om hur den boende ska/vill ha sin mat, mellanmål mm.

- Måltiderna ska vara näringsvärdesberäknade.



- Om en boende är undernärdd/risk för undernäring eller i behov av specialkost (omvårdnadsplanen under nutrition) ska matkorten skrivas utifrån det som ordinerats av sjuksköterska eller läkare.
- Alla slags specialkost enligt ESS-gruppens rekommendationer (Livsmedelsverket, 2003) och Svenska näringsrekommendationer ska finnas att tillgå.
- Det ska alltid gå att servera en fullvärdig måltid som alternativ.

## Kostkompetens

Sjuksköterskorna har under hösten 2012 gått en kurs i kost och måltider. En av kökspersonalen har tidigare gått en kurs inom området specialkost.

## Matsedel

Kökspersonalen planerar matsedeln och det händer att de boende ger förslag till maträtter direkt till kökspersonalen. Dagens matsedel och veckomatsedel finns anslagna på alla avdelningar. Veckomatsedeln delas även ut till de boende. I matsedelsplaneringen tar man hänsyn till årstider och helgdagar. De flesta komponenter till måltiden bereds i köket men ibland, framför allt till kvällen, bereds sallad på avdelningarna.

## Pedagogisk måltid

Personalen äter pedagogisk måltid till lunch och ibland till middag.

- Utföraren behöver upprätta en lokal rutin som beskriver syftet med pedagogiska måltider och hur dessa ska genomföras.

## Kvalitetssäkring

Det saknas flera delar i den systematiska kvalitetssäkringen av måltidsverksamheten t ex utbildning för köks- och omsorgspersonal i kostfrågor och ett säkerställande av att det är läkare eller sjuksköterska som ordinerar individuellt anpassad kost. Ett syfte med kostmötena är att få en kvalitetshöjning inom området kost, men det finns inga rutiner för att säkerställa kostkompetensen på enheten.

Köket har en upprättad egenkontroll som kontrolleras av kommunens livsmedelsinspektör.

- Rutin för samverkan mellan olika yrkeskategorier behöver upprättas.
- Utföraren behöver utveckla struktur och systematik för att uppfylla alla de krav som ställs på måltidsverksamheten.





## Personal och kompetens

### Personalbemanning

Medelvårdnivån på Storskär, som i huvudsak har servicelägenheter är i januari 1,5 och på Lillskär och Kobben 2,1. Snittnivån blir därmed 1.9. Ersättningssystemet har fyra vårdnivåer där nivå 4 ger den högsta ersättningen.

Den planerade bemanningen är god när det gäller omsorgspersonal över dygnet, se tabell.

#### Bemanning enligt schema

\*siffran inom parentes anger normal bemanning

Omsorgspersonal	Kobben	Lillskär	Storskär
Dag vardag	3	4	5
Dag helg	3 (2)	3	4
Kväll	3 (2)	2	2
Natt	1	1	1

Sjuksköterskor	Alla avdelningar
Dag vardag 7-16	4*
Dag helg 7-16	1
Kväll	0
Natt	0

\* vissa dagar 3

Den faktiska bemanningen för omsorgspersonalen och dag- och kväll för perioden 1/1 – 21/1 2013 var fördelad så som beskrivs i vänstra kolumnen i tabellen nedan. Bemanningen för sjuksköterskor och omsorgspersonal nattetid avser hela verksamheten. Den faktiska bemanningen är ställd i relation till den planerade enligt schema och beläggningen utifrån att 100 % är full beläggning alla dygn.

Under en längre period har Kobben haft högre bemanning dagtid helger samt alla kvällar då det funnits behov av kontinuerlig tillsyn för en av de boende..

Avdelning	Bemanning Omsorgspers	Bemanning Sjuksköterskor	Bemanning Natt	Beläggning
Alla avd		73 %	100 %	91 %
Kobben	103 %			94 %
Lillskär	114 %			100 %
Storskär	82 %			78 %

## Kompetens

En av sjuksköterskorna på Djuröhemmet har specialistutbildning inom medicin, kirurgi och långvård. Av omsorgspersonalen har 24 av 28 anställda utbildning som motsvarar undersköterska.

- Utföraren behöver säkerställa att minst en av sjuksköterskorna har specialistutbildning inom öppen hälso- och sjukvård, geriatrisk eller psykiatrisk vård.

## Tidplan för utvecklingsarbetet

Nedan följer en tidplan som beskriver när utföraren ska ha påbörjat respektive ha färdigställt sina utvecklingsområden.

Uppföljningsgruppen följer upp resultatet av utförarens vidtagna/påbörjade förbättringsarbete. Det sker allt eftersom under året vid tidpunkterna för vart och ett av utvecklingsområdena. Resultatet av dessa riktade uppföljningar återkopplas till utföraren och beskrivs i nästkommande uppföljningsrapport.

Lokaler och inventarier	2013-04-01	Klart
Delegeringar	2013-04-01	Klart
Förvaring av personakter	2013-04-01	Klart
Underentreprenörer	2013-05-01	Klart
Ledningssystem	2013-05-01	Påbörjat
Avvikelser, synpunkter, klagomål	2013-05-01	Klart
Läkemedelshantering	2013-05-01	Klart
Medicintekniska produkter	2013-05-01	Klart
Vårdhygien	2013-06-01	Klart
Vård i livets slutskede	2013-06-01	Klart
Specialkost	2013-06-01	Klart
Näringsvärdesberäknade måltider	2013-06-01	Klart
Dokumentation enligt SoL	2013-09-01	Klart



Dokumentation enligt HSL	2013-09-01	Klart
Vårdplanering, den enskildes delaktighet	2013-09-01	Klart
Nutrition	2013-09-01	Klart
Övriga områden inom kost	2013-09-01	Klart

Gustavsberg den 14 mars 2013

.....  
Åsa Ahlsved  
kostcontroller

.....  
Ann-Christin Nordström  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

.....  
Berit Nylander  
äldreomsorgscontroller

.....  
Carina Widmark  
chef, äldreheten