



Handläggare  
Berit Nylander  
Kundvals- och finansieringsavdelningen

Diarienummer  
13FNÄ/57

## Kvalitetsuppföljning Gustavsgården 2013

---

## Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Sammanfattning .....	4
Fakta om verksamheten .....	4
Metod för uppföljningen .....	5
Beskrivning av verksamheten .....	5
Lokaler och inventarier .....	6
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.....	8
Brukarundersökning.....	8
Avvikelse enligt Socialtjänstlagen .....	8
Dokumentation enligt Socialtjänstlagen .....	8
Personakt .....	8
Journalanteckningar .....	9
Genomförandeplaner.....	9
Hälso- och sjukvård .....	10
Läkemedelshantering .....	10
Delegeringar .....	11
Riskbedömningar .....	11
Dokumentation enligt patientdatalagen.....	11
B-huset.....	11
C-huset.....	12
D-huset .....	13
Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering .....	14
Nutrition .....	14
Medicintekniska produkter (MTP).....	14
Kvalitetssäkrad inkontinensvård .....	14
Vårdhygien.....	15
Vård i livets slutskede .....	15
Kost och måltider .....	15
Forum .....	15
Specialkost och rutiner.....	16
Matsedel .....	16
Pedagogisk måltid .....	16
Kvalitetssäkring.....	16
Personal och kompetens.....	16
Bemanning .....	16
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 behovsprövad 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 kommunens särskilda boenden. 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 Gustavsgårdens särskilda boende. Uppföljningarna görs årsvis.

Uppföljningen har visat att de boende har möjlighet till olika slag av aktiviteter inom Gustavsgården, både sådana som riktas direkt till de boende, och även de öppna aktiviteter som Guldkanten erbjuder.

I Socialstyrelsens brukarundersökning för 2012, uppger de boende att de känner förtroende för personalen, blir väl bemötta och är trygga i boendet.

Ett av de utvecklingsområden som framkommit handlar om att utföraren behöver fortsätta att utveckla sitt kvalitetsledningssystem så att det uppfyller de krav som anges i Socialstyrelsens föreskrifter.

Ett annat område är att ge personalen fördjupade kunskaper i att dokumentera genomförandet av de sociala omsorgsinsatserna.

Utföraren behöver även skapa systematik och struktur i arbetet med kost och måltider.

Ett område som behöver utvecklas inom hälso- och sjukvården är dokumentation utifrån patientdatalagens krav. Det handlar om de boendes behov av omvårdnadsinsatser samt att utveckla det tvärprofessionella samarbetet för att skapa en helhetssyn på den boende och dennes behov av vård och omsorg.

Utföraren har påbörjat ett utvecklingsarbete med att skapa rutiner för att systematiskt följa upp de avvikelser som sker främst inom läkemedelsområdet. Utföraren behöver även fortsätta sitt påbörjade arbete med att skapa systematik och struktur i patientsäkerhetsarbetet.

## Fakta om verksamheten

Namn	Gustavsgården
Adress	Trallbanevägen 3-5, 134 43 Gustavsberg
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § Sol.
Driftsform	Kommunens egenregiverksamhet

Verksamhetschef	Eva Jacobsson
Antal anställda	106 anställda, vilket motsvarar 84,62 årsarbetare.
Målgrupp och antal	Gustavsgården har totalt 101 lägenheter, uppdelat på tre hus. C-huset har 41 lägenheter, flertalet med 2 rum och kök. B-huset har 24 lägenheter, fördelat på fyra våningsplan. Lägenheterna har två rum med pentry. D-huset har 36 enrumslägenheter, fördelat på tre våningsplan. Avdelningarna på D-huset har demensinriktning. En intern dagverksamhet för de som på Gustavsgården finns på plan 1 i D-huset.

### Metod för uppföljningen

- Besök i verksamheten har gjorts av Åsa Ahlsved, kostcontroller, och Berit Nylander, äldreomsorgscontroller den 18 och 21 mars 2013 för observation av de allmänna förhållandena och genomgång av rutinpärm. Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska har besökt verksamheten den 21 mars och den 3 och 4 april för genomgång av rutinpärm samt tillsyn av hälso- och sjukvårdsarbetet.
- Dialog med verksamhetschef och representanter från enheten genomfördes den 20 mars 2013. Följande personer deltog: Eva Jacobsson, verksamhetschef, Helena Sassi, sjuksköterska i D-huset, Helena Pettersson, undersköterska i B-huset, Ankie Ödmark, sjuksköterska i B-huset, Helena Österman, assistent, Ann Öman, arbetsterapeut, Anders Engman, undersköterska i D-huset, Aine Brodd, sjuksköterska i C-huset samt Tommy Lakia, undersköterska i C-huset.
- Granskning av utförarens dokumentation och rutiner.
- Granskning av social dokumentation för totalt 20 boende, varav på B-huset 5 boende, C-huset 8 boende och D-huset 7 boende.
- Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 52 boende; varav på B-huset 17 boende, C-huset 21 boende och D-huset 14 boende.
- Granskning av faktisk bemanning utifrån utförarens planerade bemanning, då täthetschema saknades.
- Dialog med företrädare från kommunens biståndsenhet.

### Beskrivning av verksamheten

Gustavsgårdens särskilda boende erbjuder service, omsorg och vård dygnet runt. På varje våningsplan finns gemensamhetsutrymmen med möjlighet till social gemenskap. Den interna dagverksamheten som finns i D-huset erbjuder bl.a. korsordsgrupp, trädgårdsgrupp och dans. Gustavsgården deltog i kommunens "Lust och glädje"-tävling hösten 2012 och vann 1:a och 3:e pris, och har skapat ett sinnenas rum, som invigdes den 22 mars 2013 och kallas Gustavsgårdens nya oas.

På Gustavsgården finns också föreningen Guldkanten. De använder sig främst av lokaler i det äldsta huset, A-huset, samt av samlingssalen och restaurangen. Syftet med Guldkantens verksamhet är att "genom hälsoinriktade, kulturella och sociala aktiviteter, skapa möjlighet till sysselsättning och gemenskap. Verksamheten ska vara öppen för de boende på Gustavsgården och för övriga äldre personer i samhället." Guldkanten erbjuder aktiviteter framförallt på vardagarna, med underhållning, bingo, gudstjänst och de arrangerar även firande av högtider.

Det finns även en restaurang, som är öppen för allmänheten på dagtid. Restaurangen tillagar lunch och middag till de boende. Restaurangen drivs av kommunen och hör till samma organisation som skolköken, chef för kostverksamheten är Camilla Alvesborg.

Inför de större helgerna samarbetar det särskilda boendet med köket och Guldkanten för att uppmärksamma de olika helgdagarna.

Utföraren har brutit ned produktionsavdelningens (pro Varmdos) värdegrund. Värdegrunden har fyra värdeord: Trygghet, tydlighet, kompetens och flexibilitet. Personalgruppen pratar om innebörden i de olika begreppen på planeringsdagar. Värdegrunden är en stående punkt på utförarens personalmöten samt tas upp med nyanställda under introduktionen och vid medarbetarsamtalen.

### **Lokaler och inventarier**

Gustavsgårdens A-hus från 1910, som var ett ålderdomshem från början används i dag för Guldkantens verksamhet och för personalutrymmen. Gustavsgården har byggts till genom åren. B-huset byggdes 1965 och moderniserades i början av 90-talet till dubletter med balkong och större badrum. C-huset stod färdigt 1981 och D-huset 1998. Det finns hissar i varje hus och det är bra tillgänglighet i fastigheten. Lokalerna i B- och D-huset är ljusa men något slitna, vilket verksamhetschefen har påtalat för fastighetsägaren. Korridorerna i C-huset har mörkbruna snickerier, medan trapphallarna på varje våningsplan, som används som gemensamhetsutrymme, har stora fönster och ger ett ljust intryck.

Bottenplanet i C-huset kommer att renoveras p.g.a. mögelskador, och de boende ska evakueras inom fastigheten under tiden.

Utföraren använder miljömärkta disk- och rengöringsmedel och sorterar sina sopor.

Fr.o.m. den 20 mars fram till i mitten av maj, 2013 pågår en ombyggnad av restaurangens kök, under tiden tillagas måltiderna i Ekedalsskolans kök.

### **Underentreprenörer**

Utföraren har avtal med Mellansvenska Städ AB för städning av de allmänna utrymmena samt de boendes lägenheter i C-huset.

### **Ledningssystem**

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 har påbörjat ett arbete med att utveckla det befintliga ledningssystemet så att det blir komplett.

### **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 har samverkansmöten en gång per termin med kommunens biståndsenhet.

- Utföraren behöver beskriva det tvärprofessionella samarbetet och samverka för att skapa en helhetssyn kring den boendes behov av vård och omsorg. Det gäller hela processen från det att den enskilde flyttar in och hela boendetiden med de forum som ska genomföras i verksamheten.

## **Systematiskt förbättringsarbete**

### **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**

Utföraren behöver definiera vem som handlägger SoL-avvikelser och ta fram ett system för att kunna redovisa sina avvikelser.

I verksamheten pågår ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra handläggningen när det gäller hälso- och sjukvårdsavvikelser. Det finns en processbeskrivning för hantering av avvikelser som beskriver delar av handlägningsprocessen.

- Den rutin som finns för avvikelshantering behöver förtydligas så att hela flödet med rapportering, handläggning, resultat och utvärdering framgår, 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.
- Utvecklingsarbetet kring att analysera orsaker till att läkemedelsavvikelser uppstår behöver vara fortsatt prioriterat för att minska risker och avvikelser inom läkemedelshanteringen.
- Arbetet med fallrapporterna behöver förbättras. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas bedömning, orsaksanalys och vidtagna åtgärder efter att den boende har fallit ska framgå i fallrapporten. Effekten av de vidtagna åtgärderna ska också dokumenteras och utvärderas.

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

- Utföraren behöver beskriva sin 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, åtgärder som vidtagits och uppnådda resultat. Det ska också framgå hur ansvarsfördelningen ser ut för olika yrkeskategorier.

### **Brukarundersökning**

I Socialstyrelsens brukarundersökning 2012 har 38 boende (48 %) besvarat enkäten. Resultatet är i huvudsak positivt. De flesta av dem som svarat trivs både med inomhus- och utomhusmiljön på Gustavsgården. Vidare anser många (66 %) att maten smakar bra och att personalen har tillräckligt med tid vid omvårdnadstillfällena. Däremot anser färre än hälften att de kan påverka vilka tider som hjälpen ska ges och att hänsyn tas till personliga önskemål. *Se bilaga 1 med hela resultatet från brukarundersökningen.*

Utföraren har även genomfört en egen brukarundersökning under 2012. Den besvarades av 58 av de boende (53 %).

De flesta svarar att de trivs och är trygga och att de är nöjda med sin kontaktperson. Det är fler som svarar att personalen uppträder respektfullt jämfört med 2011 års undersökning (79 % mot tidigare 64 %). Det är dock färre som uppger att omsorgen utförs enligt önskemål (29 % mot tidigare 27 %) och på ett sådant sätt att den boende inte behöver känna sig stressad (47 % mot tidigare 51 %).

*Se bilaga 2 med hela resultatet från brukarundersökningen.*

Kommunens kostenhet har också genomfört en kundundersökning under 2012. Den besvarades av 67 av de boende (62 %) på Gustavsgården.

Resultatet visar att de flesta anser att maten som serveras är god (49 % att påståendet stämmer mycket bra och 37 % att det stämmer ganska bra). Vidare anser de flesta att de kan äta sig mätta och att högtider uppmärksammas i matsedeln. Endast ett fåtal anser att de kan påverka vilka maträtter som serveras (12 % att det stämmer mycket bra och 16 % att det stämmer ganska bra).

*Se bilaga 3 med hela resultatet från brukarundersökningen.*

### **Avvikelse enligt Socialtjänstlagen**

Inga uppgifter om synpunkter, klagomål och avvikelser har redovisats.

### **Dokumentation enligt Socialtjänstlagen**

Den sociala dokumentationen för 20 boende har granskats. Det är ca 20 % av dokumentationen, proportionellt fördelat mellan de olika husen. Granskningen har gjorts i det elektroniska verksamhetssystemet, som är gemensamt för SoL och HSL.

### **Personakt**

De sekretessbelagda handlingarna förvaras i brandsäkra aktskåp i speciella dokumentationsrum som finns i varje hus. Varje boende har en pärm, där SoL- och HSL-dokumentation förvaras tillsammans. Aktskåpen är låsta på B- och D-huset och pärmarna ligger i ordning i hängmappar.

I C-huset är aktskåpet olåst och de boendes pärmar förvaras utan inbördes ordning i aktskåpslådorna. Där finns även omärkta hängmappar där delar av de boendes dokumentation förvaras.



- Utföraren behöver ändra på förvaringen av den fysiska dokumentationen, så att handlingarna för respektive lagrum förvaras åtskilda från varandra och inte blandas för olika personer.
- Aktskåpen ska vara låsta.

### Journalanteckningar

Journalanteckningarna innehåller i huvudsak vardagliga händelser, såsom aktiviteter som den boende deltagit i och besök av anhöriga/vänner. I nio av de granskade journalerna förs journalanteckningar endast sporadiskt och det kan gå en hel månad mellan tillfällena. I en journal finns tre anteckningar mellan oktober fram till i början av februari, därefter inga anteckningar alls.

För att kunna följa hur situationen för den enskilde utvecklas och hur uppsatta mål nås måste dokumentationen innehålla även sådan information, liksom information om när planerade insatser inte har 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 fördjupade kunskaper 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

Av de 20 granskade genomförandeplanerna beskrivs målen med insatserna i 13 av planerna, hur och när insatserna ska genomföras i 18 av dem. I 13 genomförandeplaner framgår hur den enskilde själv deltar i genomförandet. I 19 planer framgår vilka som deltagit vid upprättandet, när det gäller personal, dessa omnämns med namn men inte befattning. Den enskildes intressen beskrivs i två tredjedelar av planerna. Det går inte att utläsa i dokumentationen om det är anhörig och/eller den boende som deltagit vid upprättandet.

Inte i någon av planerna beskrivs på vilket sätt den enskilde haft inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen. Endast tre planer var helt aktuella vid granskningstillfället, d.v.s. att genomförandeplanen är uppdaterad i sin helhet inom sex månader.

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

- Alla genomförandeplaner ska vara aktuella.
- Det ska framgå i genomförandeplanerna hur dessa ska följas upp.

- Målen med de olika insatserna ska beskrivas i genomförandeplanerna.
- Det ska framgå i dokumentationen på vilket sätt den enskilde har getts inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen.
- Den enskildes intressen och individuella aktiviteter och hur dessa ska genomföras ska framgå i genomförandeplanerna.

## Hälso- och sjukvård

### Läkemedelshantering

Enheten har genomgått extern granskning av farmaceut under 2012. De flesta anmärkningar var åtgärdade vid uppföljningstillfället. Det kvarstår att skriva en lokal rutin för oxygenanvändning (syrgas) för de boende som kontinuerligt använder oxygen. Utföraren har upprättat en lokal rutin för läkemedelshantering utifrån Värmdö MAS övergripande riktlinje för läkemedelshantering.

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

### Avvikelse och fallincident rapportering inom hälso- och sjukvården

Registrering och rapportering av avvikelser sker i avvikelsemodulen i det elektroniska verksamhets- och journalföringssystemet VIVA. Det finns en lokal rutin som beskriver utförarens avvikelsehantering för en viss del av processen. Utföraren har efter det påbörjat ett utvecklingsarbete för att förbättra handlägningsprocessen inom avvikelseområdet. Främst handlar det om att skapa säkra rutiner för ansvars och arbetsfördelning för de olika insatser som ska ges den enskilde under varje arbetspass bl.a. utdelning av läkemedel. Det är av yttersta vikt då timvikarie utan delegering för att dela ut läkemedel är i tjänst.

Arbetet med att säkra de boendes situation utifrån fallrisk finns inte dokumenterat utifrån MAS riktlinje.

- Ta fram en processbeskrivning för ansvars och arbetsfördelning av insatser inom hälso- och sjukvårdens område i det dagliga arbetet.
- Den lokala rutinen för enhetens lokala avvikelsehantering behöver förtydligas så att hela processen framgår fram till dess att avvikelsen kan slutföras.
- Utvecklingsarbetet som pågår kring att identifiera risker i samband med läkemedelshantering behöver ha en fortsatt hög prioritering för att minska risker och avvikelser inom läkemedelshantering.
- Ta fram en processbeskrivning utifrån MAS riktlinje om fallförebyggande arbete för hur arbetet ska ske lokalt utifrån ett tvärprofessionellt samarbete med helhetssyn på den enskilde.

### Sammanställning av rapporterade avvikelser 2012

Typ av avvikelse	
Läkemedel	343
Omvårdnad	39
Larm/teknik	20
Övrigt	21
<b>Summa</b>	<b>423</b>

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

Fallincident och ev. skada	
Ingen synlig skada	333
Skada som sår, vrickning/stukning/	73
Skada som resulterat i fraktur	1
<b>Summa</b>	<b>407</b>

### Delegeringar

Alla delegeringar för läkemedelshantering är giltiga.

### Riskbedömningar

Riskbedömningar är upprättade i varierande grad. Endast i ett par journaler finns upprättade vårdplaner för boende där en risk konstaterats.

- Utför riskbedömningar avseende fallrisk, undernäring samt risk för trycksår för de boende som saknar detta samt uppdatera de som är äldre än ett år samt därutöver vid behov.
- Säkra de boendes omvårdnad genom att dokumentera planer på de risker som finns.

### Dokumentation enligt patientdatalagen

Dokumentationen uppvisar generellt stora brister genom att vissa delar i journalerna inte uppdaterats samt uppgifter som ska journalföras saknas. Dessutom saknas individuella vårdplaner i de flesta av de granskade journalerna. På omvårdnadsplanerna ska omvårdnaden säkras så att de boende erhåller den omvårdnad de har rätt till. Detta är sjuksköterskans ansvar. Dokumentationen uppfyller inte de krav som anges i patientdatalagen och enligt MAS riktlinjer för dokumentation.

- Utföraren ska skyndsamt säkra upp den enskildes vård. Dokumentationen ska innehålla nödvändiga uppgifter som efterfrågas i lagstiftning och även tydliggörs i MAS riktlinjer för dokumentation, samt kring riskbedömningar avseende undernäring, fallrisk och risk att utveckla trycksår.

### B-huset

Journaler för 17 boende granskades.

### *Sjuksköterskans dokumentation*

Det saknas en mängd uppgifter i journalerna. Allmänna uppgifter som samtycke, grad av delaktighet för boende och anhöriga i vården samt ID-kontroll saknas.

Omvårdnadsanamneser finns men är inte uppdaterade årligen. Vissa är flera år gamla.

Omvårdnadsstatus har upprättats men dessa är inte uppdaterade årligen i de flesta fall.

Vårdplaner är inte upprättade i någon av de granskade journalerna.

Riskbedömningar finns i varierande grad. I de fall en risk kan utläsas saknas tillhörande vårdplan.

- För in allmänna uppgifter kring ID-kontroll, delaktighet i vården samt lämnade samtycken.
- Uppdatera omvårdnadsanamneserna.
- Uppdatera de omvårdnadsstatus som inte är uppdaterade.
- Utför de riskbedömningar som ska göras för varje boende och upprätta vårdplan om risk föreligger.
- Räkna ut nattfastan för de boende.
- Dokumentera vilka som deltagit i genomförda vårdplaneringar.

### *Arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation*

Journalerna är i de flesta fall uppdaterade vad gäller ADL-status och förflyttningsbedömningar. Det finns löpande journalanteckningar som beskriver rehabiliteringen för den boende på ett bra sätt. Det pågår ett arbete med att formulera rehabplaner i de fall den enskilde är i behov av detta.

- Uppdatera ADL-status och förflyttningsbedömningar i de fall detta inte är utfört.
- Det är viktigt att informationen är samstämmig i de bägge dokumenten, därför behöver sjukgymnast och arbetsterapeut stämma av sin respektive dokumentation.

## **C-huset**

Journaler för 21 boende granskades.

### *Sjuksköterskans dokumentation*

Det saknas en del uppgifter i journalerna. Allmänna uppgifter som samtycke, grad av delaktighet för boende och anhöriga i vården samt ID-kontroll saknas i de flesta journaler. Omvårdnadsanamneserna finns i alla journaler och är uppdaterade i hälften av journalerna. Omvårdnadsstatus är upprättad och uppdaterad i alla journaler. Vårdplaner är inte upprättade i någon av de granskade journalerna.

Riskbedömningar finns i de flesta journaler beträffande undernäring och trycksårsrisk.

Däremot saknas fallriskbedömning i flera av de granskade journalerna. I de fall en risk kan utläsas saknas ofta tillhörande vårdplan.

- För in allmänna uppgifter kring ID-kontroll, delaktighet i vården samt lämnade samtycken.
- Uppdatera omvårdnadsanamneserna.
- Utför de riskbedömningar som ska göras för varje boende och upprätta vårdplan

om risk föreligger.

- Räkna ut nattfastan för de boende.

#### *Arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation*

ADL status är uppdaterad i hälften av de granskade journalerna.

Förflyttningsbedömningar behöver upprättas i ett par av de granskade journalerna. Det finns löpande journalanteckningar som beskriver rehabiliteringen för den enskilde. Det pågår ett arbete med att formulera rehabplaner i de fall den enskilde är i behov av detta.

- Uppdatera ADL-status och förflyttningsbedömningar i de fall detta inte är gjort.
- Det är viktigt att informationen är samstämmig i de bägge dokumenten, därför behöver sjukgymnast och arbetsterapeut stämma av sin respektive dokumentation.

#### **D-huset**

Journaler för 14 boende granskades.

#### *Sjuksköterskans dokumentation*

Det saknas en del uppgifter i journalerna. Allmänna uppgifter som samtycke saknas i de flesta journaler. Grad av delaktighet för boende och anhöriga i vården är dokumenterat i några journaler. I samtliga journaler saknas uppgift om ID-kontroll.

Omvårdnadsanamneser finns och är uppdaterade i några journaler. Omvårdnadsstatus är upprättad och uppdaterade. På avdelning D2 är omvårdnadsstatus välskrivna och alla uppgifter kring riskbedömningar är införda. På samtliga avdelningar saknas uppgift om nattfastans längd. I två av de granskade journalerna finns upprättade vårdplaner.

Riskbedömningar finns i de flesta journaler när det gäller undernäring, trycksår och fallrisk.

- För in allmänna uppgifter kring ID-kontroll, delaktighet i vården samt lämnade samtycken.
- Uppdatera omvårdnadsanamneser.
- Utför de riskbedömningar som saknas och ska göras för varje boende och upprätta vårdplan om risk föreligger.
- Räkna ut nattfastan för de boende.

#### *Arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation*

Journalerna är uppdaterade vad gäller ADL-status och förflyttningsbedömningar. Det finns löpande journalanteckningar som beskriver rehabiliteringen för den enskilde på ett bra sätt. Det pågår ett arbete med att formulera rehabplaner i de fall den enskilde är i behov av detta och i några av de granskade journalerna var dessa upprättade.

- Det är viktigt att informationen är samstämmig i de bägge dokumenten, därför behöver sjukgymnast och arbetsterapeut stämma av sin respektive dokumentation.

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

Det finns ingen lokal rutin som beskriver hur den boende erbjuds att vara delaktig i planering eller utvärdering av vården eller hur vårdplaneringar ska genomföras i verksamheten. Under dialogen framkom att vårdplaneringar sällan sker. Det går heller inte utläsa i dokumentationen i journalerna om att vårdplaneringar har genomförts eller i så fall vilka som deltagit.

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

## Nutrition

Utföraren har inte någon lokal rutin för arbetet med nutrition. Enligt sjuksköterskorna finns inte näringsvärdesberäkning på maten/portionerna som tillagas i Gustavsgårdens kök. 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 sett inte ska vara ett förstahandsval i behandlingen

- Skapa en lokal rutin/processbeskrivning utifrån MAS riktlinje för arbete med nutrition i verksamheten. Utföraren behöver formulera hur arbetet med att minska ner nattfastan ska genomföras samt att aktivt erbjuda nattmål till de boende som behöver och önskar detta.
- Samtliga måltider ska vara näringsvärdesberäknade för att sjuksköterskorna ska kunna uppfylla sitt uppdrag när det gäller nutrition.
- Det ska finnas tillgång till alla slags specialkost, särskilt viktigt är att e-kost alltid finns att tillgå.

## Medicintekniska produkter (MTP)

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

- Den lokala rutinen för MTP behöver utvecklas ytterligare så att det framgår vem som har ansvar för rengöring av de gemensamma hjälpmedlen 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.

## Kvalitetssäkrad inkontinensvård

Några av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna har formell utbildning i

föreskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. En kvalitetssäkrad inkontinensvård ställer krav på kompetens för att kunna utreda, bedöma och analysera resultat.

- 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.
- I de fall en 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 utfärdats av Vårdhygien.

Utföraren har en lokal rutin för egenkontroll som beskriver att de egenkontrollistor som finns ska användas.

### Vård i livets slutskede

Det finns ett policydokument från 2002, som dåvarande MAS tillsammans med en arbetsgrupp tagit fram. Det finns ingen lokal rutin upprättad för hur utföraren arbetar med vård i livets slutskede. Verksamheten har nyligen börjat registrera i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.

- Upprätta en lokal rutin för hur verksamheten arbetar med vårdens planering och genomförande i samband med vård i livets slut samt vilket ansvar de olika yrkeskategoriernas har.
- Beskriv i avsnittet för egenkontroll hur verksamheten arbetar med resultateten från Palliativregistret i syfte att utveckla vården i livets slutskede inom verksamheten.

### Kost och måltider

Det pågår en renovering av Gustavsgårdens kök, som beräknas vara klar i mitten av maj, 2013. Under tiden levereras lunch och middag från Ekedalsskolans kök. De förhållanden som beskrivs nedan är utifrån att Gustavsgårdens kök är i drift.

Frukost och mellanmål tillagas på respektive avdelning i B- och D-huset. I C-huset bereds dessa måltider i restaurangens kök och tas upp till de boende.

De boende på C-huset kan välja mellan att äta lunch och middag i restaurangen, hemma i sina lägenheter eller i det gemensamma utrymmet på våningsplanet (den s.k. hisshallen).

### Forum

Kostombud från B-, C- respektive D-huset har möten med köket var för sig. Möten hålls ca 2 ggr/halvår för B- och D-huset, något oftare för C-huset.

### **Specialkost och 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 har 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, när den boende tackat nej till det som erbjuds.

### **Matsedel**

Matsedeln planeras av kökspersonalen, hänsyn tas till årstider och helgdagar. Matsedeln anslås på alla avdelningar i B- och D-huset och delas ut till varje boende i C-huset.

### **Pedagogisk måltid**

- 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 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.

- Rutin för samverkan mellan olika yrkeskategorier behöver upprättas.
- Utföraren behöver utveckla struktur, systematik och rutiner för att uppfylla kraven i regelverket gällande kost och måltider.

### **Personal och kompetens**

#### **Bemanning**

Medelvårdnivån på C-huset, som består servicelägenheter är i februari 1,6 och på B- och D-huset 2,4. Snittnivån blir därmed 2,0. Ersättningsystemet har fyra vårdnivåer där nivå 4 ger den högsta ersättningen.

Både den planerade och faktiska bemanningen är god för omsorgspersonal. Se tabeller nedan.

Idag ställs stora krav på hälso- och sjukvården och MAS gör bedömningen att förutsättningarna för sjuksköterskorna att hinna med sitt lagreglerade uppdrag behöver förbättras.



Antal årsarbetare	
Administrativ personal	1,80
Arbetsterapeut/sjukgymnast	4,80
Omsorgspersonal	66,50
Sjuksköterskor	9,72
Vaktmästare	0,80
Verksamhetschef	1,00

### Bemanning enligt schema

Omsorgspersonal	B-huset	C-huset	D-huset
Dag vardag	8	5-9	9
Dag helg	8	3-8	9
Kväll	5	5	6
Natt	2	2	3

Sjuksköterskor	Alla hus
Dag vardag	4-7
Dag helg	1
Kväll	1
Natt	1

Den faktiska bemanningen för omsorgspersonalen dag och kväll för perioden 11/2 – 3/3 2013 var fördelad så som beskrivs i vänstra kolumnen i tabellen nedan. Bemanningen för sjuksköterskor dag, kväll och natt avser hela verksamheten. Den faktiska bemanningen är ställd i relation till den planerade enligt schema och beläggningsutifrån att 100 % är full beläggning alla dygn.

Hus	Bemanning omsorgspers dag	Bemanning omsorgspers kväll	Bemanning omsorgspers natt	Bemanning sjuksköterskor dag kväll natt	Beläggning
Alla hus			120 %	100 %	
B-huset	100 %	100 %			99 %
C-huset	100 %	100 %			100 %
D-huset	100 %	116 %			99 %

Under den period på tre veckor som granskning av bemanningen skett hade utföraren en hög andel vikarier i tjänst som ersättare för omsorgspersonalen. I beräkningen finns

förutom ersättare vid semester, sjukdom och vård av barn även ersättare på obesatta arbetspass (vakanta pass). Beräkningen är gjord utifrån det totala antalet arbetspass per dag, kväll samt natt.

Samma beräkning har gjorts för sjuksköterskor, som har en hög andel vikarier kvällstid, under 14 av 21 kvällar tjänstgör en vikarie. Vid alla tillfällen är skälet att arbetspasset är obesatt (vakant pass).

#### Omsorgspersonal

Andel vikarier	B-huset	C-huset	D-huset	Alla hus
Dag	27 %	23 %	32 %	
Kväll	40 %	16 %	40 %	
Natt				24 %

#### Sjuksköterskor

Andel vikarier	Alla hus
Dag	3 %
Kväll	67 %
Natt	0

#### Kompetens

Tre utbildningar för omsorgspersonalen planeras eller har påbörjats i år:

- Webb-utbildning social dokumentation i Nestors regi har påbörjats.
- En webbaserad utbildning i vårdhygien planeras att genomföras under året, till den utbildningen ingår även en föreläsning.
- De som inte gått utbildningen i Demens ABC kommer att få göra det under 2013.

#### Tidplan för utvecklingsarbetet

Nedanstående utvecklingsområden kommer att följas upp under oktober månad 2013.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen	2013-09-30
Dokumentation enligt Patientdatalagen	2013-09-30
Nutrition	2013-09-30
Specialkost	2013-09-30
Näringsvärdesberäknade måltider	2013-09-30



Nedanstående områden kommer att följas upp i samband med den kvalitetsuppföljning som genomförs under våren 2014.

Förvaring av personakter	2014-02-28
Ledningssystem	2014-02-28
Läkemedelshantering	2014-02-28
Medicintekniska produkter	2014-02-28
Vårdhygien	2014-02-28
Vård i livets slutskede	2014-02-28
Nutrition	2014-02-28
Övriga områden inom kost	2014-02-28

Gustavsberg den *11 juni 2013*

.....  
Åsa Ahlsved  
Kostcontroller

*Ann-Christin Nordström*  
.....  
Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

.....  
Berit Nylander  
Äldreomsorgscontroller

*Carina Widmark*  
.....  
Carina Widmark  
Enhetschef, äldreheten