



Handläggare  
Erik Vallström  
Kundvals- och finansieringsavdelningen

Diarienummer  
13FNÄ/64

## Kvalitetsuppföljning Ljung 2013

## Innehållsförteckning

Förklaring av vissa begrepp och förkortningar .....	4
Inledning .....	5
Sammanfattning .....	5
Fakta om verksamheten .....	5
Metod för uppföljningen .....	6
Metoddiskussion .....	6
Beskrivning av verksamheten .....	7
Arbetsgrupper och mötesforum.....	7
Lokaler och inventarier .....	7
Underentreprenörer .....	7
Ledningssystem.....	8
Samverkan.....	8
Systematiskt förbättringsarbete.....	8
Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter .....	9
Inkomna klagomål och synpunkter .....	10
Egenkontroll.....	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	10
Dokumentationsskyldighet.....	10
Brukarundersökning.....	10
Avvikelse enligt Socialtjänstlagen .....	10
Dokumentation enligt Socialtjänstlagen .....	11
Personakt.....	11
Journalanteckningar .....	11
Genomförandeplaner.....	11
Hälso- och sjukvård .....	12
Läkemedelshantering .....	12
Avvikelse och fallincident rapportering inom hälso- och sjukvården.....	12
Delegeringar.....	12
Riskbedömningar .....	12
Dokumentation enligt patientdatalagen.....	13
Förvaring av journaler .....	13
Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering .....	13
Nutrition .....	14
Medicintekniska produkter (MTP).....	14
Kvalitetssäkrad inkontinensvård .....	14
Vårdhygien.....	14
Vård i livets slutskede .....	14
Kost och måltider .....	14
Forum .....	15
Specialkost och rutiner.....	15
Personal och kompetens.....	15
Bemanning .....	15
Kompetens.....	15
Handledning .....	15
Dagverksamhet för personer med demenssjukdom .....	15
Avdelningen för avlösning och växelvård .....	16
Sammanfattande utvecklingsområden .....	16

Tidplan ..... 16

## 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 individärende 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 får insatser i kommunens äldreomsorg. De kvalitetsaspekter som bedöms följer regelverk och avtal och avser att säkerställa att de äldre 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 Ljung ett särskilt boende som drivs på entreprenad av Attendo AB. Uppföljningarna görs årsvis.

Huvudsakligen har verksamheten har en god nivå och följer gällande avtal med Värmdö kommun. I brukarundersökningar för 2012 har utföraren fått övervägande positivt resultat.

Verksamheten har ett upprättat kvalitetsledningssystem, men vid uppföljningen har det framkommit att det särskilt finns brister i hur innehållet i ledningssystemet är förankrat bland medarbetarna.

I föregående års kvalitetsuppföljning framkom behovet av ett mer systematiskt utvecklat tvärprofessionellt arbete, särskilt gällande hur planering, utförande och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser säkras i den praktiska omvårdnaden. Detta område kvarstår.

Sammanfattningsvis är det inom följande tre områden som verksamheten inte uppfyller kraven på en säker vård- och omsorg.

- Tvärprofessionell samverkan under ledning av sjuksköterska med tydligt omvårdnadsansvar
- Vårdplaner – hela processen
- Avvikelsehantering med fokus på analyser och förebyggande åtgärder

## Fakta om verksamheten

Namn	Ljung äldreboende, Attendo AB
Adress	Skärgårdsvägen 221, 139 34 Värmdö
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Entreprenad åt Värmdö kommun. Avtal gäller

Verksamhetschef	fram till 2015-08-31 Carina Karlsson
Antal anställda	116 stycken under september 2013
Målgrupp och antal	Ljung har 56 stycken lägenheter uppdelat på 6 avdelningar. Av dessa är 28 avsedda för demensvård. 20 stycken är avsedda för somatisk vård och 8 stycken är lägenheter avsedda för avlösning- och växelvård. Ljung har även en demensdagvård avsedd för 5 till 6 gäster.

## Metod för uppföljningen

- Innan besöket i verksamheten besvarade ledningen på Ljung en webbaserad enkät. Frågorna och svaren i denna enkät användes sedan som underlag vid de följande intervjuerna med ledning och personal i verksamheten.
- Intervjuer av personal har skett på plats av: Åsa Ahlsved, kostcontroller, Erik Vallström äldreomsorgscontroller och Ann-Christin Nordström, medicinsk ansvarig sjuksköterska.(MAS). Totalt har 11 stycken intervjuer genomförts mellan den 13 september 2013 och den 18 september. Personalkategorier som har intervjuats är undersköterskor, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.
- Intervju har skett med ledningen den 16 september. Ledningen har representerats av verksamhetschef Carina Karlsson och biträdande verksamhetschef Marie Pilhjerta.
- Kontroll och genomgång av allmänna utrymmen har skett den 16 september.
- Granskning av utförarens dokumentation och rutiner, har skett mellan den 16 september och 4:e oktober.
- Granskning av social dokumentation för totalt 14 personer.
- Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 12 personer.
- Granskning av faktisk bemanning utifrån utförarens planerade bemanning (stickprov).
- Dialog med företrädare från kommunens biståndsenhet den 30 september.
- De av utföraren inrapporterade avvikelserna gällande SoL och HSL i september 2013. (webbaserad enkät)

## Metoddiskussion

Till intervjuerna valdes en undersköterska per avdelning(ej gruppleddare), fyra sjuksköterskor och en av rehabiliteringspersonalen ut av ledningen. Utifrån detta kan intervjupersonernas representation för hela personalgruppen diskuteras. För att säkerställa en hög reliabilitet under intervjuerna har någon ur uppföljningsgruppen fört löpande anteckningar antingen på dator eller för hand. Uppföljningsgruppen har bara haft möjlighet att kontrollera rutiner och processbeskrivningar på plats i verksamheten vilket har gjort att de faktiska besöken i verksamheten har blivit fler än planerat.

## Beskrivning av verksamheten

Ljungs särskilda boende erbjuder service samt vård och omsorg dygnet runt. Totalt finns 56 lägenheter. Av dessa är åtta lägenheter avsedda för avlösning och växelvård. Ljung är uppdelat på två våningsplan med tre avdelningar på varje plan. Avdelningarna på det nedre planet är inriktat mot demensvård och övre är inriktat mot somatiskt vård.

Avdelningarna är utformade så att de sammanstrålar i ett för våningsplanet, gemensamt uppvärmningskök. I de gemensamma köken arbetar särskild kökspersonal. På nedre plan finns en innergård. På övre plan finns en större samlingssal samt balkonger. Lokaler för dagverksamhet finns på nedre plan samt kontor för verksamhetschefer, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och administrativ personal. I källarplanet finns, förutom förråd och andra utrymmen, en tvättstuga.

Utföraren ska arbeta utifrån den enskildes behov och önskemål samt arbeta utifrån Värmdö kommuns kvalitetsmål som är *trygghet* och *kontinuitet*. Utföraren arbetar även utifrån Attendo ABs övergripande ledord: *Hjälpksamhet, kompetens* och *engagemang*.

Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef är arbetsledare när de är i tjänst, övrig tid är tjänstgörande sjuksköterska arbetsledare. Varje avdelning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, men varje sjuksköterska kan ha omvårdnadsansvar för boende på fler än en avdelning. Verksamheten har samverkansavtal med "Familjeläkarna i Saltsjöbaden" som ansvarar för läkarinsatserna på Ljung.

Utföraren har ett eget elektroniskt dokumentationssystem, SafeDoc.

## Arbetsgrupper och mötesforum

Ljung har flera olika arbetsgrupper i sin verksamhet. Den grupp som systematiskt arbetar med kvalitetsarbete kallas kvalitetsgruppen och de träffas en gång per månad. I denna grupp ingår ledningen, en sjuksköterska, kvalitetsombud från varje avdelning samt protokollförande kvalitetssamordnare. I gruppen diskuteras och hanteras inkomna avvikelser och händelserapporter. Återkoppling till avdelningen sker via elektronisk post, genom ombuden och på arbetsplatsträffar (APT). Kvalitetsarbete sker även i andra grupper exempelvis dokumentation- och kostgrupp. Även i dessa grupper deltar ombud från avdelningarna.

Två gånger per termin anordnas brukarråd. Anhörigmöten och anhörigråd sker fortlöpande två gånger per termin.

## Lokaler och inventarier

Huset byggdes 2009 och Värmdö kommun tillhandahåller lokalerna för verksamheten. Lokalerna och inventarierna är välfungerande.

## Underentreprenörer

Utföraren har ett samverkansavtal med "Familjeläkarna i Saltsjöbaden". Läkare är på plats i verksamheten en till två gånger i veckan för rond, övrig tid är de tillgängliga via ett jourssystem. Vid behov av avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter finns en samverkan med Capio ASIH Nacka. Ljung har avtal med Dafgård angående leverans av kyld mat.

De externa organisationer som Ljung samarbetar med är främst Svenska kyrkan, föreningen Värmdökontakten och Viks skola.

## 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.

Verksamhetens har ett upprättat ledningssystem som bör utvecklas ytterligare enligt nedan.

## Samverkan

Det finns en lokal rutin för samverkan. Den interna samverkan sker till stor del vid inplanerande möten där olika yrkesgrupper möts. Exempelvis dagliga rapporteringsmöten, APT, gruppleadmöten och kvalitetsgrupp. Var 6:e vecka har varje avdelning teammöten då samtliga personalkategorier ska delta. Vid dessa möten går man gemensamt igenom samtliga boende på avdelningen.

I rutiner beskrivs den enskilde medarbetarens ansvar att ta del av aktuell information i dokumentation och genom muntliga rapporter. På morgonen sker en, för hela verksamheten gemensam, rapport mellan den sjuksköterska som fått rapport från nattpersonalen och en undersköterska från varje avdelning. Undersköterskan återför sedan informationen till sin avdelning. Enligt en lokal rutin ska sjuksköterskan klockan 11:00 gå runt på avdelningarna och handleda vid behov. Överrapportering mellan de olika passen sker inom varje personalkategori.

Utifrån granskning av dokumentation har det framkommit att de olika planer som gäller de enskilda boende: genomförandeplan, omvårdnadsplaner och rehabiliteringsplaner inte alltid överensstämmer med varandra. Vid intervjuerna av undersköterskorna framkom att man inte kände till att omvårdnadsplanerna är det viktigaste styrdokumentet för hur omvårdnadsinsatserna ska ges. Man saknade också daglig kontakt med sjuksköterskan på avdelningen.

En helhetssyn behövs kring den boendes behov av vård och omsorg. De olika yrkeskategoriers målformuleringar för den boende behöver planeras och utvärderas i samverkan med varandra för att skapa god kvalitet i vården och omsorgen. Den boendes delaktighet i målformuleringarna måste säkerställas.

För att utveckla det tvärprofessionella samarbetet ses behovet av att sjuksköterskorna i högre grad aktivt leder hälso- och sjukvårdsarbetet. Sjuksköterskorna behöver vara mer tillgängliga och delaktiga i det dagliga arbetet. Behovet av sjuksköterskans arbetsledande funktion inom hälso- och sjukvården påvisades även i föregående års uppföljning.

- Utföraren ska säkerställa att det tvärprofessionella samarbetet fungerar i praktiken.
- Utföraren ska säkerställa att kommunikationen mellan de olika yrkeskategorierna sker på ett sådant sätt att de boendes vård och omsorg alltid är trygg och säker.

## Systematiskt förbättringsarbete

Det fortlöpande kvalitetsarbetet sker till stor del vid mötena i verksamhetens



kvalitetsgrupp. I kvalitetsgruppen sammanställs alla avvikelser. Övergripande sammanfattning och verksamhetsanalys saknas i dokumentationen. Övrigt kvalitetsarbete beskrivs utgå ifrån olika utvecklingsgrupper.

Utifrån genomläsning av rutiner, protokoll och intervjuer bedöms att det saknas en medvetenhet och kunskap om att förbättringsarbete måste ske i det dagliga arbetet och inte vänta till nästa möte i kvalitetsgruppen. Kvalitetsarbetet sker inte förebyggande. Sjuksköterskans roll behöver utvecklas från att i huvudsak handleda vid redan uppkomna behov och problem till att arbeta med riskanalyser och förebyggande åtgärder. Sjuksköterskan ska sedan ansvara för att dessa åtgärder förankras, genomförs och följs upp som en del i det dagliga omvårdnadsarbetet på avdelningen.

- Utföraren ska säkerställa att medvetenheten om betydelsen av systematiskt förbättringsarbete i det dagliga arbetet ökar.

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

Utföraren har rutiner för utredning och hantering av klagomål, avvikelser och synpunkter.

Hanteringen av avvikelser sker till stor del i utförarens kvalitetsgrupp. Processen startar genom att exempelvis en avvikelse uppstår, denna rapporteras till tjänstgörande sjuksköterska och en händelseblankett fylls i. Om avvikelsen rör en boende ansvarar sjuksköterskan för att följa upp händelsen direkt. Det kan vara att undanröja orsaker likväl som att tala med berörda medarbetare. Händelserapporten går sedan till kvalitetsrådet som analyserar händelsen och ger förslag på åtgärder. Detta följs sedan upp och utvärderas på nästkommande möte. Informationen från kvalitetsgruppen återkopplas till avdelningarna genom ett kvalitetsombud på avdelningen likväl som protokollet skickas elektroniskt. Återkoppling sker även på APT möten.

Det finns beskrivit att sjuksköterskan följer upp händelsen direkt när en avvikelse rör en boende. Detta har också framkommit i intervjuerna. Det framkommer också att enskilda avvikelser rörande individer behandlas i kvalitetsgruppen där förslag till åtgärder sker, med uppföljning nästkommande möte. Detta kan vara en lång process. Det behövs en ökad tydlighet på vilket sätt processen går när en avvikelse inkommer till en sjuksköterska och hur åtgärder organiseras. Individuella avvikelser bör hanteras plats på avdelningen. När varje avvikelse är utredd och åtgärdad kan sedan många avvikelser föras samman för övergripande analyser. Vid genomläsning av tre kvalitetsprotokoll hittas inte några övergripande verksamhetsanalyser. Det är oklart vilka åtgärder som sattes in initialt och vilka ytterliga åtgärder som föreslagits från kvalitetsgruppen. Vid intervjuerna framkom också att inte all personal vet hur de gör sina med generella och specifika förbättringsidéer.

- Utföraren bör tydliggöra de olika mötenas och utvecklingsgruppernas roll i arbetet med avvikelser, synpunkter och klagomål.
- Utföraren ska säkerställa att det är tydligt för alla hur avvikelser gällande enskilda boende ska hanteras.
- Utföraren bör utveckla arbetet med att övergripande sammanställa och göra verksamhetsanalyser.

**Inkomna klagomål och synpunkter**

22 klagomål och synpunkter är har inkommit det senaste året antingen direkt till Ljung eller via kommunens system för synpunkter. 12 stycken klagomål och synpunkter har redovisats från 1 juni till augusti i år. Av dessa var fem stycken positiva, främst bestående av uttryckt tacksamhet för god omvårdnad. För övriga synpunkter har alla utom en åtgärdsbeskrivning.

**Egenkontroll**

Egenkontroll sker gällande social dokumentation, livsmedel, basal- och vårdhygien, kännedom om lex Sarah, medicintekniska produkter, läkemedelshantering. Kontroll av verksamheten sker också av Attendo centralt som bland annat kontrollerar dokumentationen en gång per år.

**Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom att delta i de olika mötena, skriva avvikelser och händelserapporter. Medverkan bygger på personalens eget ansvar att ta del av de förbättringsåtgärder som ges utifrån kvalitetsgrupp och andra informationskanaler.

**Dokumentationsskyldighet**

Utföraren dokumenterar det systematiska kvalitetsarbetet

**Brukarundersökning**

Socialstyrelsens brukarundersökning utgår ifrån 32 stycken undersökningsfrågor. Totalt har 11 stycken (31 %) boende på enkäten. Resultatet är övervägande positivt. Attendo har genomfört egna brukarundersökning, likväl en undersökning för anhöriga. Undersökningarna påvisar övervägande positiva resultat.

**Avvikelse enligt Socialtjänstlagen**

Under 1 januari 2013 till 1 september, 2013 har 11 avvikelser enligt socialtjänstlagen redovisats. Avvikelserna gäller bland annat, omsorg, service, måltider och aktiviteter. 10 stycken av avvikelserna har redovisade åtgärder. Ljung har under september rapporterat in fyra avvikelser via en kommunens månatliga webbenkät. Avvikelserna gällde tekniskt fel på trygghetslarm i tre av dessa fyra fall. Två rapporter eller utredning om allvarlig avvikelse (lex Sarah) är hittills gjord under 2013, varav en gick till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Bedömningen om det är SoL avvikelse eller HSL avvikelse görs i nuläget av en sjuksköterska. Verksamheten har lex Sarah rutin.

I intervjuer framkom att kunskaperna kring lex Sarah inte är tillräcklig. Detta gäller både sjuksköterskor och undersköterskor. Det är inte tydligt i rutinerna hur handläggningen ska gå till när verksamhetschefen inte är närvarande, det vill säga kvällar, helger och eventuell övrig tid. Rutin behövs också för tillvägagångssätt för utredningen av missförhållanden.

- Processbeskrivningen ska innehålla rutiner för tillvägagångssätt vid utredning av missförhållanden.
- Den första bedömningen av avvikelse typ bör hanteras av personal med kompetens inom både SoL och HSL.

## Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

Den sociala dokumentationen för totalt 14 personer har granskats. Av dessa gällde två stycken personer aktuella på dagvården och två stycken boende på avdelningen för avlösning och växelvård. Granskningen av den sociala dokumentationen har utgått ifrån Värmdö kommuns lokala rutin för social dokumentation och genomförande av insatser i äldreomsorgen:

- Den enskilde ska ges inflytande i planering och genomförande av insatser.
- Ett uppföljningsmöte hållas tillsammans med den enskilde och eller företrädare.
- Om den enskilde inte kan eller vill underteckna ska detta framgå i genomförandeplanen. Utföraren ska föra journalanteckningar för att kontinuerligt kunna följa situationen för den enskilde.

## Personakt

Personakterna förvaras inlåsta i ett aktskåp i omsorgspersonalens arbetsrum på varje avdelning. Behovet av detta påvisades i förgående års uppföljning och är nu åtgärdat.

## Journalanteckningar

Journalanteckningar förs löpande av utföraren.

För att kunna följa hur situationen för den enskilde utvecklas och hur uppsatta mål nämns nås behöver dokumentationen utvecklas mot att mer utförligt beskriva de boendes upplevelser av de insatser som de erhåller då framförallt de upplever konkreta omsorgssituationer. Likväl kan dokumentationen utvecklas genom att tydligare och mer utförligt beskriva vad som försiggick problematiska situationer och hur man arbetat för att lösa den. Utföraren har de under tiden för uppföljningen fått ett nytt IT-stöd gällande socialdokumentation kallad *genomförandeplan 2*. Detta bland annat för att just utveckla konsekvensbeskrivningar.

- Utföraren bör fortsätta utveckla dokumentationen så att den tydligare beskriver hur situation utvecklas för den enskilde och koppla det till uppsatta mål.

## Genomförandeplaner

Kontaktpersonen ansvarar för att tillsammans med brukaren upprätta genomförandeplanen. När en ny boende flyttar in genomför kontaktpersonen ett välkomstsamtal med den enskilde där allmän information lämnas likväl information om den enskilde inhämtas. Vid behov kan den boende, kontaktpersonen eller anhöriga kalla till vårdplanering.

Alla granskade genomförandeplaner (14 stycken) har varit aktuella med planerade uppföljningsdatum. De beskriver tydligt den dagliga strukturen och vilka aktiviteter den enskilda föredrar. I vissa av planer anges övergripande mål, och vissa beskriver också målen utifrån insatserna. Målen från de aktuella uppdragen fanns endast med i en. I en genomförandeplan stod det beskrivet hur uppföljningen skulle ske. Den information som ges är att kontaktpersonen svarar för uppföljningen. Fem av planerna beskrev att den enskilde varit delaktig vid upprättandet, dock inte på vilket sätt. I två var anhöriga delaktiga vid upprättandet. I tre av planerna beskrevs att upprättandet skett endast av personal. I fyra av planerna fanns ingen information om hur upprättandet gått till. Vid kontrolltillfället var sex av planerna underskrivna av den enskilde, tre av anhöriga och fem stycken saknade underskrift.

- Utföraren bör fortsätta utveckla dokumentationen så att den tydligare beskriver hur situation utvecklas för den enskilde och koppla det till uppsatta mål.

## Hälso- och sjukvård

### Läkemedelshantering

En lokal rutin för utförarens läkemedelshantering finns upprättad.

Extern granskning av utförarens läkemedelshantering har utförts av farmaceut under det senaste året. Läkemedelsavvikelserna i verksamheten har minskat det senaste året.

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

Utföraren har en rutin och processbeskrivning för avvikelse rapportering, handläggning, uppföljning och återkoppling till personal.

Enligt ledningens uppgifter finns inga utredningar utförda 2013 relaterat till allvarliga avvikelser och fallincidenter.

Ingen anmälan enligt lex Maria har lämnats till Socialstyrelsen

- Utföraren ska säkerställa att det vid allvarliga fallincidenter och avvikelser genomförs lokala händelseanalyser som dokumenteras för att få en tydlig bild av skeendet och vilken/vilka orsaker som bidragit så att rätt åtgärder kan vidtas.
- Utföraren behöver säkerställa att alla HSL avvikelser kategoriseras som tillbud alternativt negativa händelser samt beskriva hur dessa ska utredas.

### Delegeringar

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

### Riskbedömningar

Riskbedömningar är utförda för samtliga boende avseende fallrisk, nutrition och trycksår risk på de granskade avdelningarna. Riskbedömningar saknades på avdelningen för avlösning och växelvård.

I Värmdö kommuns MAS kartläggning vecka 38, 2013 avseende hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunen uppges utföraren följande;

#### Fallrisk

46 riskbedömningar avseende fallrisk har utförts

44 boende har en ökad risk att falla

40 boende har en upprättad omvårdnadsplan relaterat till problemområdet med åtgärder för att förebygga fall.

#### Undernäring

47 riskbedömningar avseende undernäring har utförts

22 boende har en risk för undernäring/är undernärda

36 boende har en upprättad omvårdnadsplan relaterat till problemområdet med åtgärder för att förebygga undernäring vilket också inkluderar åtgärder för att bryta nattfastan om den överstiger 11 timmar för den enskilde

### Trycksår

47 riskbedömningar avseende risk att utveckla trycksår har utförts

24 boende har en risk att utveckla trycksår

24 boende har en upprättad omvårdnadsplan relaterat till problemområdet med åtgärder för att förebygga trycksår

Två boende fått trycksår. Utföraren uppger att dessa uppstått i verksamheten.

- Utföraren ska säkerställa att det för samtliga boende, även inom avdelningen för avlösning och växelvård, görs riskbedömningar avseende fallrisk, undernäring och trycksår.
- Utföraren ska säkerställa att åtgärder i vårdplaner avseende fallrisk, undernäring och trycksår genomförs, följs upp och utvärderas.

### **Dokumentation enligt patientdatalagen**

Dokumentationen uppfyller kraven som ställs utifrån lagstiftningen på samtliga avdelningar förutom på avdelningen för avlösning och växelvård där det saknas några vårdplaner relaterat till de som har risk för undernäring och fallrisk. Utföraren har arbetat målmedvetet med att förbättra dokumentationen senaste året samt haft flera möten med omsorgspersonalen i hur de ska läsa och ta del av innehållet i omvårdnadsjournalen.

De intervjuade personerna uppgav att det var allas ansvar att läsa dokumentationen och att bevaka förändringar. I intervjuerna framkom det uppgifter som tyder på att omsorgspersonalen inte kan peka ut vilket dokument som är ordinationer från sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast i omvårdnadsjournalen.

- Upprätta omvårdnadsplaner för de boende som är undernärda samt har fallrisk på avdelningen för avlösning och växelvård.
- Utföraren ska säkerställa att samtlig personal vet vilka omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser som ska utföras, syftet och målet med insatserna samt vilka dokument som styr och var de ska hämta dessa uppgifter.
- Utföraren ska säkerställa patientsäkerheten genom att innehållet i samtliga planer, inklusive genomförandeplan enligt SoL, överensstämmer med varandra.

### **Förvaring av journaler**

Journaler förs i det elektroniska verksamhetssystemet SafeDoc. De pappersdokument som finns förvaras i ett brandsäkert arkivskåp. Journaler förda enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen hålls åtskilda.

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

Utföraren har process och rutinbeskrivningar för genomförande av vårdplanering. Boende och anhöriga bjuds in att delta på vårdplaneringsmöten.

Enligt intervjuerna framkommer att det inte alltid är möjligt för sjuksköterska att få ihop passande tider så att kontaktperson kan delta. Vid dessa fall kommer annan personal med på mötet från aktuell avdelning.

### **Nutrition**

Utföraren har process och rutinbeskrivning för arbete med nutrition. Nattfastan fanns uträknad i samtliga av de granskade journalerna och insatser genomförs för att bryta nattfastan.

### **Medicintekniska produkter (MTP)**

Utföraren har kontroll över sina medicintekniska produkter genom ett upprättat inventariesystem.

### **Kvalitetssäkrad inkontinensvård**

Två av sjuksköterskorna har utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Utföraren har en lokal process och rutinbeskrivning för arbete med kvalitetssäkrad inkontinensvård. Toalettassistans (toalettbesök som anpassas efter den boendes blåsfunktion) fanns inte dokumenterad i någon av omvårdnadsplanerna. Toalettassistans och vaneträning kan också vara av stor vikt i ett fallförebyggande arbete för de boende som går ofta på toaletten och som samtidigt har en fallrisk.

- Upprätta vårdplaner för de boende som har en inkontinens på avdelningen för avlösning och växelvård.
- Utföraren ska säkerställa att dokumentationen av utförd basal utredning i omvårdnadsjournalerna blir tydligare avseende provtagning, anamnes, vilken typ av inkontinens den boende har samt adekvata åtgärder relaterat till typ av inkontinens samt uppföljning.

### **Vårdhygien**

Utföraren följer de riktlinjer som finns utfärdade från Vårdhygien. Hygienrund har genomförts det senaste året.

Lokal process och rutinbeskrivning finns där utförarens egenkontroll är angiven.

### **Vård i livets slutskede**

Utföraren har en process och rutinbeskrivning för vård i livets slutskede.

Samtliga avlidna har registrerats i Svenska Palliativ registret.

Utföraren uppnår inte målvärdet 90-100% gällande de i registret angivna kvalitetsindikatorerna förutom "avliden utan trycksår".

Utföraren är medveten om sina utvecklingsområden inom vård i livets slutskede

- Utföraren ska säkerställa att den lokala rutinen för vård i livets slutskede formuleras utifrån gällande styrdokument från Socialstyrelsen.
- Utföraren ska utveckla arbetet med vården i livets slutskede särskilt gällande validerad smärtskattning men också övrig symtomskattning inklusive lindring av symtom.

### **Kost och måltider**

Attendo AB har avtal med Dafgård AB för leverans av kyld mat till Ljungs äldreboende. Huvudkomponenten värms men tillhör som till exempel potatis kokas på plats i uppvärmningsköken. Från Dafgård levereras även frysta specialkost.

Utföraren har idag en alternativ rätt per måltid. Om boende inte vill ha den mat som serveras kan man oftast erbjuda en annan fullvärdig måltid.

## Forum

Boende kan i Brukarrådet framföra synpunkter och önskemål gällande mat och måltider. Under måltiderna på avdelningarna diskuteras ofta maten och måltiderna spontant och dessa synpunkter framförs till köksansvarig.

## Specialkost och rutiner

Måltiderna till lunch och middag är näringsberäknade men övriga måltider som mellanmål och frukost inte är det. Enligt Socialstyrelsen (2011) *Näring för god vård och omsorg* ska boende som har ett BMI under 22 (risk för undernäring) äta energi- och proteinrik kost så kallad E-kost vilket ska ordineras från sjuksköterska.

Idag beställs E-kost mycket sällan trots att det finns boende som är undernärda. Skälet till detta angavs vara att matsedeln för E-kost inte är den samma som för den vanliga kosten. De boende vill ofta ha samma mat som bordsgrannen. För att svara mot behovet av risk för undernäring används istället näringsdryck och berikningspulver. Under intervjuerna har det framkommit att personalen vänder sig till sjuksköterskor när de ser behov av näringsberikning av kosten. Sjuksköterskorna ordinerar då detta. Berikningspulver finns i uppvärmningsköken och är något som undersköterska/kökspersonal kan tillsätta även utan ordination.

Under intervjuerna med personal framkom att matens konsistens skiftar och att de dagar som lättuggad mat serveras äter de boende generellt mer.

- Utföraren ska säkerställa att kosten alla dagar är anpassad till de boendes behov, särskilt gällande konsistens.
- Utföraren ska säkerställa att den kost som ordineras enligt vårdplanen serveras.
- Alla näringstillskott ska vara ordinerade av ansvarig sjuksköterska utifrån särskild vårdplan.

## Personal och kompetens

### Bemanning

Vid stickprov bedöms bemanningen vara enligt avtal.

### Kompetens

De tio senast fast tillsvidareanställda har varit undersköterskor. Totalt under året 2012 har 100 569 arbetade timmar redovisats. Antal timmar för utbildning har varit 1743. Detta ger en procentsats av 1,7 gällande kompetensutveckling i förhållande till arbetade timmar. Kompetensutvecklingsplaner finns för personalgruppen för 2013.

### Handledning

Omsorgspersonal ges handledning vid två tillfällen per termin och vid behov. Handledningen ges internt av en undersköterska, med lång erfarenhet och vidareutbildning i handledning.

## Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Avdelningen som bedriver dagverksamhet bedöms vara fungerande. Inga av personerna på hade vid tillfället för kvalitetsuppföljningen några hälso- och sjukvårdsinsatser.

### **Avdelningen för avlösning och växelvård**

Riskbedömningar och vårdplaner enligt patientdatalagen saknades för de journaler som granskades på avdelning. Kvaliteten på avdelningen i övrigt kommer följas upp separat utifrån inkomna synpunkter.

- Utföraren ska säkerställa hälso- och sjukvårdsansvaret för samtliga som vistas på avdelningen för avlösning och växelvård.

### **Sammanfattande områden**

Sammanfattningsvis är det inom följande tre områden som verksamheten inte uppfyller kraven på en säker vård- och omsorg.

- Tvärprofessionell samverkan under ledning av sjuksköterska med tydligt omvårdnadsansvar
- Vårdplaner – hela processen
- Avvikelsehantering med fokus på analyser och förebyggande åtgärder

### **Tidplan**

<b>Aktivitet</b>	<b>Tidpunkt/intervall</b>
Utförarens handlingsplan	Senast 30 november
Rutinmässig inrapportering av avvikelser gällande SoL och HSL	Månatligen
Särskild granskning av inrapporterade negativa händelser/missförhållanden	Vid varje tillfälle
Granskning av inkomna synpunkter	Vid varje tillfälle
Stickprov av utförarens hantering av avvikelser gällande SoL och HSL	Utvalda avvikelser
Stickprov bemanning	2 ggr/år
Särskild uppföljning av enheten för avlösning och växelvård inklusive individuppföljning.	Januari 2014
Nästa uppföljning	September 2014

Gustavsberg den .....

.....  
Åsa Ahlsved  
kostcontroller

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





.....  
Erik Vallström  
äldreomsorgscontroller

.....  
Carina Widmark  
chef äldreheten

