



Kvalitetsuppföljning Slottsovalen 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	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser,.....	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	8
Dokumentationsskyldighet.....	8
Brukar- och närståendeundersökningar	8
Dokumentation enligt Socialtjänstlagen	8
Personakt	9
Genomförandeplaner	9
Journalanteckningar	9
Hälso- och sjukvård	10
Läkemedelshantering	10
Delegeringar	10
Riskbedömningar	10
• Risk för malnutrition/undernäring.....	10
• Fallrisk.....	10
• Risk för att utveckla trycksår/har ett trycksår	10
Dokumentation enligt patientdatalagen.....	10
Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering	11
Nutrition	11
Medicintekniska produkter (MTP).....	11
Kvalitetssäkrad inkontinensvård	11
Vårdhygien.....	11
Vård i livets slutskede	12
Kost och måltider	12
Forum	12
Specialkost och rutiner	12
Personal och kompetens.....	13
Bemanning	13
Kompetens.....	13
Handledning	13
Tidplan för utvecklingsarbetet	13

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">– enligt 2 kap. 4 § SoL fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten (socialnämnden)– enligt 22 § LSS utövar ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt den lagen– avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen– avses i lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet
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 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 Slottsovalen ett särskilt boende som drivs på entreprenad Attendo AB. Uppföljningarna görs årsvis.

Uppföljningen har visat att de har ett utvecklat ledningssystem och arbetar systematiskt med förbättringsarbete. Verksamheten är välfungerande med boende i fokus och bra sammanhållning mellan medarbetarna.

Utvecklingsområden som framkommit är:

- Beskrivning av delaktighet i genomförandeplanen.
- Vård i livets slutskede.
- Kvalitetssäkrad inkontinensvård.
- Kost och måltider.

Fakta om verksamheten

Namn:	Slottsovalen, Attendo AB
Adress	Farsta Slottsväg 3 134 40 Gustavsberg
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Entreprenad åt Värmdö kommun. Avtal gäller fram till 2015-03-31
Verksamhetschef	Veronique Annink
Antal anställda	49 tillsvidareanställda samt 18 timvikarier.
Målgrupp och antal	Slottsovalen har 41 stycken lägenheter uppdelat på fyra stycken avdelningar. Av dessa är 21 stycken avsedda för somatisk vård och 20 stycken avsedda för demensvård.



Metod för uppföljningen

- Innan besöket i verksamheten besvarade ledningen på Slottsovalen två webbaserad enkäter. 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, Ann-Christin Nordström, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och Erik Vallström, äldreomsorgscontroller. Totalt har åtta stycken intervjuer genomförts mellan den 4:e november 2013 och den 19:e november. Personalkategorier som har intervjuats är undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeut.
- Dialog med verksamhetsledningen den 14:e november 2013. Följande personer deltog från ledningen: Veronique Annink, verksamhetschef, Anna Lund biträdandeverksamhetschef/sjukgymnast, Pirjo Uola, sjuksköterska med ledningsuppdrag
- Granskning av utförarens ledningssystem och rutiner skedde på plats den 14:e november 2013
- Granskning av social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt åtta stycken brukare har genomförts.
- Granskning av bemanning utifrån stickprov.
- Granskning av kvalitetsgruppsprotokoll samt åtgärdsprotokoll, likväl som granskning av utredning gällande missförhållande.
- Dialog med företrädare från kommunens biståndsenhet har skett den 7:e november 2013.

Beskrivning av verksamheten

Slottsovalen erbjuder service samt vård och omsorg dygnet runt. Totalt finns 41 stycken lägenheter. Lägenheterna är uppdelade på fyra avdelningar, *Gul, röd*, med demensinriktning och *blå och grön* med somatisk inriktning

Verksamhetschefen har ledningsansvaret och är ansvarig arbetsledare. Biträdande verksamhetschef är ansvarig när verksamhetschefen är frånvarande. Tjänsten som biträdande verksamhetschef är på 25 procent. På kvällar och helger är tjänstgörande sjuksköterska arbetsledare. Utföraren har en Silvia syster. En samordnare och trivselsvårdinna är också anställda i verksamheten.

Utföraren har ett eget elektroniskt dokumentationssystem, SafeDoc.

Alla medarbetare som deltog i intervjuerna lyfte fram sammanhållningen personal emellan och trivseln på jobbet något som fungerar bra i verksamheten. De beskriver också att de uppskattade att man som personal kunde lära känna alla de personer som bor på slottsovalen samt deras anhöriga. Ett tydligt boendefokus framkom också.

Lokaler och inventarier

Lokalerna är på markplan och tillgång för utevistelse finns. Efter genomgång och kontroll av lokalerna har påvisats att utföraren inte tillfullo använder sig av miljömärkta kemisktekniska produkter.

- Utföraren ska använda sig av miljömärkta kemisktekniska produkter.

Underentreprenörer

Slottsovalen har avtal med Gustavsbergs vårdcentral för läkarförsörjning. Jourtid används primärvårdens jourläkarsystem, Legevisittens särskilt boende jour. Rond sker i verksamheten en gång i veckan. Vid behov upprättas också individavtal med ASIH, avancerad sjukvård i hemmet.

De externa organisationer som utföraren samarbetar med är bland annat Centrum för arbete och studier CAS, Lemshaga akademi och kyrkan.

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 ett upprättat ledningssystem.

Samverkan

Den interna samverkan sker strukturerat i form av; måndagsmöten, en gång i veckan, team-möten varannan vecka. Gruppleadmöten, avdelningsmöten (APT) samt kvalitetsmöten sker en gång i månaden. Utöver detta sker daglig rapportering mellan sjuksköterskor och undersköterskor på morgonen. I det dagliga arbetet beskrivs samverkan i form av fortlöpande kontakt mellan medarbetare på avdelningarna. Extern samverkan sker med Värmdö kommun, två gånger per halvår. Två gånger per halvår anordnar utföraren också närståendemöten.

Utföraren har ett fungerande tvärprofessionellt samarbete.

Systematiskt förbättringsarbete

Det fortlöpande kvalitetsarbetet sker till stor del vid möten i verksamhetens kvalitetsgrupp. I kvalitetsgruppen sammanställs alla händelserapporter. Sammanställning av arbetet med riskanalyser och värderingsarbete sker också. Övrigt

kvalitetsarbete beskrivs utgå ifrån olika utvecklingsgrupper eller genom att vissa medarbetare fått specifika uppdrag.

Egenkontroll

Egenkontroll sker inom, livsmedel och livsmedelshantering, basal vårdhygien, dokumentation, städ, och larmkontroll. Likväl har utföraren egenkontroll för synpunkter och klagomål samt signeringslistor för omvårdnadsarbete.

Utredning av avvikelser

Utföraren betonar medarbetarens ansvar i att skriva händelserapporter då något skett. Inträffade avvikelser rapporteras i form av händelserapporteter till sjuksköterska som ansvarar för att initiala åtgärder verkställs. Rör händelserapporten en boende går denna också direkt till verksamhetschefen. Är det en händelse som rör rehabiliteringspersonal kopplas sjukgymnast och arbetsterapeut in det initiala skedet. Händelserapporten tas sedan upp i utförarens kvalitetsgrupp. På mötet utvärderas händelserapporten och förslag på fler åtgärder kan ges. Information återges sedan till avdelningarna och berörda personer genom ombud från kvalitetsgruppen. Protokoll skrivs och finns tillgängligt både elektroniskt och i pappersform. Återföring sker även på APT möten. Protokollet skickas även till Attendos centrala kvalitetsavdelning. Verksamhetschefen beslutar tillsammans med den centrala kvalitetsavdelningen när händelserapporten kan avslutas.

Vid genomläsning av ett kvalitetsprotokoll och åtgärdsprotokoll är det oklart över vilka åtgärder som har skett och när. I kvalitetsprotokollet påvisas åtgärder som bör vara vidtagna i ett initialt skede, det är oklart om detta skett. Individuella avvikelser bör hanteras plats på avdelningen, för att sedan föras samman för övergripande analyser. Utifrån intervjuer har det tydliggjorts att olika yrkeskategorier ger olika beskrivningar om när åtgärderna för en avvikelse sätts in. I intervjun med verksamhetens ledning beskrivs att de har eftersträvat att arbetet i kvalitetsgruppen mer ska handla om se övergripande mönster än genomgång av individuella händelserapporter.

- Utföraren bör utveckla arbetet med att övergripande sammanställa och göra verksamhetsanalyser, detta enligt avtalsbilaga, 14.

Missförhållanden och allvarliga händelser

När anmälan om missförhållande inkommit, alternativt när en händelse anses allvarlig, tas kontakt med Attendo centralt som utser en utredare. Händelsegången är samma för Lex Sarah som för Lex Maria.

Utföraren har under året som varit haft en utredning av missförhållande, lex Sarah. Utredningen ledde inte till en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO.) Efter genomläsning av gjord utredning behöver följande förtydligas. Vilka konsekvenser händelsen kunde fått för den enskilde. Om något liknande har hänt tidigare i verksamheten samt risken för att det skulle kunna ske igen. Vilka åtgärder som gjordes i samband med att risk för missförhållandet upptäcktes. Likväl behöver det förtydligas hur informationen inhämtas i utredningen.

- Utredningen av missförhållande behöver följa aktuella föreskrifter.

(se: SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah och Socialstyrelsen (2013) *Handbok för lex Sarah*. Artikel nummer: 2013-4-9)

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Utifrån intervjuer uppfattas att medarbetarna har både kunskap och en vilja till att skriva avvikelser/händelserapporter och vet vart de ska lämna dem. Detta framkommer också i utförarens rutiner.

Utföraren skulle kunna eftersträva att i högre grad skapa delaktighet för alla verksamhetens medarbetare genom att ge medarbetare ansvar i tillsättandet av förbättrande åtgärder gällande individuella insatser kring den boende.

Dokumentationsskyldighet

Utföraren dokumenterar det systematiska kvalitetsarbetet.

Brukar- och närståendeundersökningar

Utföraren har under året genomfört en brukarundersökning samt en anhörigundersökning. Undersökningarna visar på positiva omdömen.

Brukarundersökning

På fråga om sammanfattande omdöme har 55 % av de svarande angett att de är mycket nöjda, 30 % har angett att de är nöjda, 15 % har svarat varken eller.

Närståendeundersökning

På fråga om sammanfattande omdöme har 45 procent svar att där är mycket nöjda, 55 procent har svarat att de är nöjda. Totalt har det varit 20 svarande.

Socialstyrelsens brukarundersökning för verksamheten 2012 visar generellt positiva omdömen.

Dokumentation enligt Socialtjänstlagen

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.

Personakt

Personakterna förvaras i ett låstskåp på respektive avdelning. Akterna innehåller uppdrag, genomförandeplaner, riskbedömningar och levandsberättelse om sådan är lämnad.

Genomförandeplaner

Utifrån rutiner och intervjuer påvisas att kontaktpersonen ansvarar för upprättandet av planen. Först skrivs en preliminärplan, detta i samband med välkomstsamtal. En vårdplanering hålls sedan ungefär två veckor efter inflyttning. I samband med denna vårdplanering ska en genomförandeplan upprättas. Det finns beskrivet att planen ska upprättas tillsammans med den enskilde exempelvis tillsammans vid datorn om detta är möjligt.

Alla granskade genomförandeplaner hos utföraren har varit aktuella. De beskriver tydligt den dagliga strukturen och hur insatserna ska utföras. Generellt beskrivs övergripande mål likväl väl som för specifika delar av genomförandeplanen. Tid för uppföljningen av genomförandeplanen är angivet på alla planer, dock anges inte hur uppföljningen ska ske.

Övergripande behöver den enskildes delaktighet i upprättandet av planen beskrivas, likväl hur upprättandet av planen har gått till och vilka som har varit närvarande vid upprättandet. Likväl behöver det beskrivas i genomförandeplanen vem som kontaktperson. Utifrån journalsystemet går att utläsa vem som är kontaktperson och vem som har signerat/upprättat respektive del av genomförandeplanen. Detta behöver förtydligas i själva texten.

- Utföraren behöver beskriva hur upprättandet av planen gått till, vilka som varit närvarande och hur uppföljningen ska ske. Brukarens delaktighet i upprättandet behöver beskrivas.

Journalanteckningar

Journalanteckningarna förs fortlöpande hos utföraren. Journalanteckningar förs främst i form av veckoanteckningar om inget avviker från genomförandeplanen. Mer specifika händelser som beskrivs är ofta besök från anhöriga, aktiviteter stunder då brukaren varit orolig. Utföraren har under hösten infört ett nytt IT stöd i journalsystemet kallad "genomförandeplan 2". Detta för att enklare kunna göra konsekvensbeskrivningar i journalanteckningarna.

- Utföraren bör utveckla dokumentationen så att den tydligare beskriver den enskildes delaktighet.



Hälso- och sjukvård

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering fungerar väl och lokal rutin finns upprättad. Namngivna sjuksköterskor som förestår läkemedelsförråd samt kontrollräknar narkotika är utsedda. Utföraren har via farmaceut utfört extern granskning av läkemedelsförråd och hantering.

Delegeringar

Delegeringar finns utfärdade av sjuksköterskor till omsorgspersonal inom området läkemedelshantering, blodsockermätning och att utföra sondmatning. Samtliga delegeringar var giltiga.

Riskbedömningar

Riskbedömningar avseende fallrisk, trycksårs risk samt risk för undernäring är utförda för samtliga boende.

I Värmdö kommuns MAS kartläggning vecka 38. 2013 uppger utföraren följande:

- **Risk för malnutrition/undernäring**
41 riskbedömningar avseende fanns utförda.
12 boende uppskattades ha en risk för malnutrition/undernäring
Samtliga boende med risk för malnutrition/undernäring hade en upprättad omvårdnadsplan
- **Fallrisk**
41 riskbedömningar avseende fallrisk fanns utförda
15 boende uppskattades ha en fallrisk
Samtliga boende med fallrisk hade en upprättad omvårdnadsplan
- **Risk för att utveckla trycksår/har ett trycksår**
41 riskbedömningar avseende trycksårsrisk fanns utförda
11 boende hade risk för att utveckla trycksår varav 3 av dessa 11 hade ett utvecklat trycksår
Två av trycksåren hade uppstått hos utföraren och ett trycksår på annan vårdinrättning
I samtliga av de granskade journalerna vid uppföljningstillfället fanns utförda riskbedömningar med tillhörande omvårdnadsplaner upprättade.

Dokumentation enligt patientdatalagen

De granskade journalerna uppfyller samtliga krav som ställs i lagstiftningen. De granskade journalerna är väl förda och omvårdnadsprocessen går att följa i sin helhet. Det finns upprättade/uppdaterade ADL status och förflytningsbedömningar i samtliga av de granskade journalerna inklusive rehabplaner.

Omvårdnads dokumentation inklusive rehab journalen håller en hög och jämn nivå. Genom intervjuerna framkommer att sjuksköterskan arbetsterapeuten och sjukgymnasten dagligen arbetar i det boendenära arbetet tillsammans med

omsorgspersonalen. Sjuksköterska tydliggör sina omvårdnadsplaner i dialog med omsorgspersonalen vid t.ex. vårdplaneringar, när den revideras på respektive avdelning genom direkt information, på team möten samt genom ett nära arbete med omsorgspersonalen på avdelningarna. På det sättet implementerar de också befintliga ordinationer på omvårdnadsplaner (omvårdnadsordinationer) som finns upprättade för den enskilde utifrån den enskildes specifika behov.

Vårdplaneringar och delaktighet i vårdens planering, genomförande och utvärdering

Sjuksköterska kallar till och samordnar vårdplaneringar och dessa genomförs tillsammans med kontaktperson, boende, närstående, arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdplaneringsmöten erbjuds minst två gånger per år eller utifrån individuella behov.

Nutrition

Riskbedömningar kring malnutrition/undernäring ligger till grund för fortsatta åtgärder. Dessa åtgärder definieras och tydliggörs på omvårdnadsplanen med fortlöpande utvärderingar om hur situationen utvecklar sig för den enskilde med risk. Genom intervjuerna framkommer att sjuksköterskorna deltar i det praktiska arbetet vid själva måltiderna t.ex. observera hur boende äter, matning m.m. Nattfastan fanns uträknad och dokumenterad i de granskade omvårdnadsjournalerna med fortlöpande åtgärder och uppföljningar.

Medicintekniska produkter (MTP)

Utföraren har rutiner för arbete med medicintekniska produkter vilka inkluderar bl.a. rengöring och skötsel av dessa produkter. Ett inventoriesystem finns upprättat för de medicintekniska produkter som utföraren använder i det dagliga arbetet. Besiktningsprotokoll och service anteckningar är utförda och noterade för de hjälpmedel som finns.

Kvalitetssäkrad inkontinensvård

Utföraren har ingen fullvärdig nedtecknad rutin som garanterar en kvalitetssäkrad inkontinensvård.

- Upprätta en rutin/processbeskrivning för hur utföraren ska arbeta för att uppnå en kvalitetssäkrad inkontinensvård. Var god se vidare kommunens grundkrav via, www.nikola.nu

Vårdhygien

Utifrån övergripande riktlinjer från Vårdhygien, Stockholms län har utföraren nedtecknat rutiner för hur arbete ska utföras utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv. Egenkontroller finns beskrivna och utförs regelbundet av utföraren. Vårdhygienrond har genomförts det senaste året

Vård i livets slutskede

Utföraren har en nedtecknad rutin för vård i livets slutskede. En sjuksköterska har ett särskilt ansvar för att registrera in uppgifter i Svenska Palliativregistret. Vid uppföljningstillfället gick det inte att få ut något spindeldiagram för att se vilka utvecklingsområden som är aktuella hos utföraren. Minst 10 personer ska vara registrerade i systemet. Enligt fakta som framkommit i samband med intervjuer har områden som smärtskattning, brytpunktssamtal uppskattats som kommande utvecklingsområden. Genom intervjuerna framkommer att den palliativa vården i livets slut fungerar bra utifrån befintlig rutin.

- Utföraren behöver uppdatera sin gällande rutin utifrån nya direktiv från Socialstyrelsen

Var god se rekommendationer i Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen 2013. Var god se även Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2013. Sveriges regionala cancercentrum.

Kost och måltider

Attendo AB har avtal med Dafgård AB för leverans av kyld mat till Slottsovalen. Huvudkomponenten värms men tillhör som till exempel potatis kokas på plats i avdelningsköken. Maten är näringsberäknad och går att beställa i olika konsistenser. Från Dafgård levereras även frysta specialkost.

Forum

Boende kan i brukarrådet framföra synpunkter och önskemål gällande mat och måltider. Dessa diskuteras sedan vidare i kvalitetsgruppen samt i kostrådet där verksamhetens kostombud, verksamhetschef och biträdande verksamhetschef deltar. Även under måltiden diskuteras maten och personal kan fånga upp synpunkter. Det finns ett kostombud på varje avdelning som ska ansvara för beställningar av övriga livsmedel, måltidsobservationer, rutiner vid måltider mm. Under intervjuerna framkom att kostombudets roll är oklar och inte är förankrad i personalgruppen.

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 ordinerars från sjuksköterska.

Idag beställs mycket sällan E-kost trots att det finns boende som är undernärd. 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. Sjuksköterskan kan ordinera näringsdryck och maten berikas med energirika livsmedel som t ex grädde,

smör och ibland även näringspulver. Mellanmålets energi- och näringsmässiga innehåll är viktigt då boende äter E-kost men intervjuerna visade att mellanmål inte alltid var planerade för boende som ska ha E-kost.

Nattmål serveras till de boende som har behov och detta signeras på en lista. Målet är att hålla nattfastan så kort som möjlig.

Om boende inte vill ha den mat som serveras kan man erbjuda en annan fullvärdig måltid.

- E-kost ska kvalitetssäkras både för huvudmål och mellanmål.

Personal och kompetens

Bemanning

Under uppföljningen har ett stickprov i form av faktiska bemanningen under en vecka inhämtas. Den faktiska bemanningen för de tre efterföljande helgerna har också inhämtats. Bemanningen är enligt avtal.

Kompetens

Av de tio senast fast tillsvidareanställda medarbetare har sex personer undersköterskekompetens, två av de anställda är vårdbiträden som genomgår utbildning till undersköterska. Utöver dessa har en sjuksköterska och en arbetsterapeut anställts. Utbildningsplaner finns för de aktuella personerna. Utbildningsplaner finns hos utföraren för varje yrkeskategori.

Handledning

Omsorgspersonal får handledning av utförarens Silviasyster kring bemötande. Värderingar diskuteras på avdelningsvis var fjärde vecka samt vid APT möten. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska handleder på avdelningen i omvårdnadsarbetet vid tjänstgöring. Rehab personal handleder kring förflyttning och hjälpmedel.

Tidplan för utvecklingsarbetet

De utvecklingsområden som påvisats i denna rapport kommer följas upp i nästkommande års avtals/kvalitetsuppföljning. Under året kommer även andra uppföljningar av verksamheten att göras enligt nedan.

Aktivitet	Tidpunkt/intervall
Utförarens handlingsplan	Senast 28 februari
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
Nästa uppföljning	Oktober/november 2014

Gustavsberg den 2014 02 10Åsa Ahlsved
KostcontrollerAnn-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterskaErik Vallström
ÄldreomsorgscontrollerCarina Widmark
Enhetschef, äldreheten