



Kvalitetsuppföljning

Djuröhemmet 2014

Omsorgs- och välfärdssektorn,
äldreheten

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

Bilagor

1. Bemanningjämförelse
2. Resultat Äldreundersökningen Värmdö utdrag
3. Djuröhemmet Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2013 Socialstyrelsen
4. proVarmdo 2014 - Särskilt boende - Djuröhemmet äldreboende



Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Sammanfattning	4
Fakta om verksamheten.....	4
Metod för uppföljningen	5
Beskrivning av verksamheten	5
ÖVERGRIPANDE OMRÅDEN.....	6
Lokaler och inventarier	6
Ledningssystem.....	6
Samverkan	7
Personcentrerad vård och omsorg	8
SOCIALTJÄNST	8
Värdegrundsarbete	8
Aktivt och meningsfullt liv	9
Avvikelse	9
Utredning och rapportering om missförhållanden (Lex Sarah)	10
Social dokumentation.....	11
Genomförandeplaner.....	12
Journalanteckningar	13
Övrigt, social dokumentation	13
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	13
Läkemedelshantering	13
Delegeringar.....	14
Riskbedömningar	14
Dokumentation.....	15
Vårdplaneringar och delaktighet för boende/anhöriga i vårdensplanering, genomförande och utvärdering	16
Nutrition	16
Medicintekniska produkter (MTP).....	17
Avvikelsehantering enligt HSL.....	17
Vårdhygien.....	18
KOST OCH MÅLTIDER	18
Forum för inflytande	18
Specialkost/rutiner.....	19
Matsedel	19
Pedagogisk måltid	19
Kvalitetssäkring.....	20
Måltidssituation.....	20
PERSONAL OCH KOMPETENS.....	20
Kompetens.....	21
Personalbemanning	21
ÖVRIGT	22
Brucarundersökning	22



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 behovsprövad vård och behandling enligt SoL.
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.
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.
Personcentrerad vård- och omsorg	Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att arbetet utgår ifrån den enskildes behov och önskemål. Detta innebär att den enskilde behöver göras delaktig i vård- och omsorgens alla delar och den enskildes uppfattningar aktivt efterfrågas.



Inledning

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

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

Kvalitetsuppföljningen är samtidigt en uppföljning av att utföraren följer kraven i avtalet mellan Finansieringsnämnden för äldreomsorg och Vård- och omsorgsstyrelsen gällande ”Drift av Djuröhemmet” och därmed gällande lagstiftning och övrigt regelverk.

Sammanfattning

Djuröhemmet har under hösten 2014 följts upp avseende kvalitet och avtalskrav. De brister som Djuröhemmet snarast behöver åtgärda är:

- Färdigställa ett fullständigt kvalitetsledningssystem, särskilt viktigt är att komma igång med egenkontroll och riskanalyser inom både socialtjänstområdet och hälso- och sjukvårdsområdet.
- Utveckla ett personcentrerat arbetssätt inom både vård (HSL) och omsorg (SoL)
- Tillse att de finns tillräcklig bemanning av omsorgspersonal på de somatiska avdelningarna så att ett personcentrerat arbetssätt kan utvecklas och patientsäkerheten säkerställas under alla tider på dygnet
- Säkerställa all dokumentation inom både SoL området och HSL området är aktuell och att alla åtgärder och insatser följs upp och utvärderas

Fakta om verksamheten

Namn	Djuröhemmet
Adress	Sollenkrokavägen 34, 139 73 Djurhamn
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Kommunens egenregiverksamhet
Verksamhetschef	Inger Myhlback
Målgrupp och antal	Djuröhemmet har totalt 41 lägenheter, uppdelat på tre avdelningar. Kobben har åtta lägenheter med demensinriktning. Storskär med 21 lägenheter och Lillskär med 12 lägenheter har somatisk inriktning. På Kobben finns en (1) plats för demensdagvård. 11 av lägenheterna på Storskär har 2 rum och kök.
Antal anställda	42 anställda



Metod för uppföljningen

- Besök i verksamheten har gjorts av Åsa Ahlsved, kostcontroller, Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Erik Vallström äldreomsorgscontroller. Besök i verksamheten har skett mellan 1 september och 23 september, 2014.
- Dialog med enhetens ledningsgrupp bestående av biträdande verksamhetschef Inger Myhlback och gruppchef Catarina Johansson.
- Två gruppintervjuer med omsorgspersonal
- Två gruppintervjuer med sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.
- Resultat från brukarundersökningar.
- Granskning av utförarens ledningssystem
- Granskning av social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation för totalt 16 stycken boende.
- Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har genomfört granskning av hälso- och sjukvårdsinsatserna, vilket omfattar följande områden:
 - läkemedelshantering
 - delegering
 - nutrition
 - riskbedömningar avseende fall, nutrition och trycksår
 - vårdhygien
 - dokumentation enligt patientdatalagen
 - delaktighet i planering och utvärdering av vården för den boende och anhöriga
 - teamarbete och samverkan genom vårdprocessen
- Granskning av planerad och faktisk bemanning, kontroll genom stickprov under två veckor.

Beskrivning av verksamheten

Djuröhemmets särskilda boende erbjuder service, omsorg och vård dygnet runt.

Verksamheten har ett tillagningskök och restaurang med separat kökspersonal där alla måltider tillagas. Restaurangen har fullständiga rättigheter och har öppet även för externa gäster (i dagsläget ett fåtal). De boende på avdelningarna Lillskär och Kobben har egen matsal och de boende på Storskär använder restaurangens matsal.

Inom verksamheten finns också en mindre dagverksamhet för personer med demenssjukdom (en plats) samt en öppen dagverksamhet.

Inom den kommunala utförarorganisationen (proVärmdö t.o.m. 141231) finns en värdegrund som ska genomsyra deras verksamhet. Denna är: *RIKT* som står för *respekt, individperspektiv, kompetens* och *tydlighet*. Med start hösten 2014 genomför ett särskilt värdegrundsprojekt i verksamheterna.



ÖVERGRIPANDE OMRÅDEN

Lokaler och inventarier

Styrdokument

- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”.

Beskrivning

Djuröhemmet är en äldre fastighet, som byggts till och byggts om genom åren. Avdelningen Storskär har lägenheter på olika plan och i olika huskroppar. Avdelningarna Kobben och Lillskär är samlade på ett plan. Det finns flera hissar och det är bra tillgänglighet i fastigheten. Utföraren använder miljömärkta disk- och rengöringsmedel och sorterar sina sopor. Lokalerna är något slitna men ljusa och ger ett trivsamt intryck. Trygghetslarmet har brister men en upphandling av nytt trygghetslarm pågår. Kontaktuppgifter till ansvarig arbetsledare och information om vem som arbetar under dagen finns anslaget på avdelningarna. I huvudentrén saknas skyltning till de olika avdelningarna.

Åtgärds punkter

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

Ledningssystem

Styrdokument

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete”, SOSFS 2011:9.
- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”
- Tillämpliga delar i MAS riktlinjer.

Bakgrund

Verksamheter som bedriver socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska innehålla de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten kunna planera, leda, kontrollera, följa, utvärdera och förbättra verksamheten.

För att tillförsäkra att ett ledningssystem alltid är uppbyggt och anpassat för att säkerställa kvalitet krävs ett systematiskt och fortlöpande förbättringsarbete. Detta innebär att verksamheten arbetar förutseende genom riskanalyser. Riskanalys innebär att verksamheten identifierar händelser som skulle kunna innebära att verksamheten inte uppfyller de kvalitetskrav som finns. Verksamheten säkrar kvaliteten för de enskilda utifrån identifierade avvikelser och genom att ta emot synpunkter och klagomål. När händelser där kvalitetskraven inte uppfylls har identifieras behöver dessa åtgärdas, de behöver också sammanställas och analyseras för att förbättrande åtgärder kan ske av verksamheten och ledningssystemet.

Verksamheten följer systematiskt upp och utvärderar sin verksamhet genom egenkontroll, detta för att försäkra sig om att arbetet i verksamheten sker enligt sitt upprättade ledningssystem. För ett fungerande kvalitetsarbete behöver personalen vara delaktiga i det



systematiska kvalitetsarbete som bedrivs. Personal behöver ha tillräcklig med kompetens för att arbete utifrån de kvalitetskrav och mål som finns.

En verksamhet ska dokumentera sitt systematiska kvalitetsarbete. Detta innebär att det övergripande ledningssystemet ska finnas dokumenterat likväl som alla delar i det systematiska förbättringsarbetet. En verksamhet behöver identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kraven på kvalitet, vilket gäller både intern och extern samverkan.

Beskrivning

På Djuröhemmet saknas ett ledningssystem utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9. Man har ett antal rutiner men den övergripande strukturen med processer och aktiviteter som rutinerna behöver kopplas till finns inte.

Inom den kommunala utförarorganisationen har sedan flera år pågått ett arbete med att upprätta ett ledningssystem för sina verksamheter. Arbetet sker både centralt och lokalt. Djuröhemmet har påbörjat arbetet med att kartlägga sina processer, aktiviteter och rutiner, både inom socialtjänstområdet och inom hälso- och sjukvården.

Åtgärds punkter

- Utföraren ska skapa ett fullständigt ledningssystem utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9. Viktiga områden att åtgärda:
 - Utföraren behöver kartlägga sina processer, aktiviteter och rutiner.
 - Utföraren behöver dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Det ska gå att följa inom vilka områden man arbetar, vidtagna åtgärder och uppnått resultat. Det ska också framgå hur ansvarsfördelningen ser ut för olika yrkeskategorier.
 - Utföraren behöver utveckla dokumentationen i sitt ledningssystem, så att det framgår på vilket sätt personalen deltar i arbetet med att förbättra kvaliteten.
 - Utföraren behöver beskriva hur riskanalyser ska ske i verksamheten.
 - Utföraren behöver beskriva hur egenkontroll ska ske i verksamheten.
 - Utföraren behöver beskriva hur klagomål- och synpunktshantering inkluderas i utförarens ledningssystem.

Samverkan

Styrdokument

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete", SOSFS 2011:9, avsnitt gällande samverkan
- Internt avtal "Drift av Djuröhemmet"
- Tillämpliga delar i MAS riktlinjer.

Beskrivning

Det finns en lokal rutin för samverkan vid rapportering mellan arbetspassen och en processbeskrivning för inflyttning samt hur vårdplaneringar genomförs.



Det finns ett inaktuellt avtal med Capio ASIH Nacka gällande ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser de nätter då sjuksköterska inte finns i tjänst på boendet. Avtalet har inte reviderats trots påpekande vid förra årets granskning.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver beskriva extern och intern samverkan, både på övergripande nivå och som en del i identifierade processer.
 - Utföraren behöver beskriva det tvärprofessionella samarbetet och samverkan för att skapa en helhetssyn kring den boendes behov av vård och omsorg. De gäller hela processen från det att den enskilde flyttar in och hela boendetiden med de forum som ska genomföras i verksamheten.
 - Utföraren behöver revidera sitt avtal och upprätta samverkansöverenskommelse med ASIH som utför sjuksköterskeinsatser vissa nätter. I avtalet med ASIH framgår ingenting om hur den palliativa vården säkras upp utifrån de riktlinjer som gäller kring vård i livets slutskede.

Personcentrerad vård och omsorg

Styrdokument

- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- MAS Riktlinje för omvårdnadsansvar och personcentrerad vård inom Värmdö kommun
- MAS Riktlinje för rehabilitering utifrån personcentrerat arbetssätt inom Värmdö kommun.
- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet

Beskrivning

Personalen uttrycker en negativ bild av möjligheten att uppfylla de kvalitetskrav som finns på verksamheten. Detta gäller främst möjligheten att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver utveckla den personcentrerade vården och omsorgen.
- Utföraren behöver arbeta för att förhållningssätt som tydligare sätter den enskilde i fokus.

SOCIALTJÄNST

Värdegrundsarbete

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap 4 §
- SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet



Bakgrund

Ett kvalitetskrav som beskrivs i socialtjänstlagen är att omsorgen om äldre ska inriktas mot att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Detta benämns som den nationella värdegrunden för äldre.

Beskrivning

I uppföljningen har påvisats att kunskaper om den nationella värdegrunden för äldre är begränsade. Verksamheten har arbetat fram en egen värdegrund och denna är förankrad hos medarbetarna. Inget systematiskt arbete om hur deras värdegrund ska uppfyllas har framkommit i uppföljningen.

Under hösten 2014 kommer den kommunala utförarorganisationen att starta en utbildningsinsats för arbete med värdegrund.

Åtgärds punkter

- Utförarens personal behöver kunskap om den nationella värdegrunden för äldre.
- Arbetet med att konkretisera den nationella värdegrunden behöver beskrivas i utförarens ledningssystem. (se Ledningssystem)

Aktivt och meningsfullt liv

Styrdokument

- Socialtjänstlagen 5 kap 4 §
- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet

Beskrivning

De allmänna aktiviteter som utföraren anordnar sker främst på den öppna dagverksamheten, i Lillskärs lokaler, men under övrig tid saknas aktiviteter.

I granskningen har framkommit att aktiviteter för de enskilda brukarna överlag relateras till aktiviteterna på dagverksamheten. För att tillgodose individuella önskemål, behov och intressen med vardagslivet i fokus behöver utföraren arbeta för att skapa ett aktivt och meningsfullt liv på varje avdelning med den enskildes behov som utgångspunkt.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver arbeta med att kartlägga och skapa aktiviteter i vardagen på avdelningarna utifrån de enskildas individuella behov.

Avvikelse

Styrdokument

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete”, SOSFS 2011:9
- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet

Beskrivning

Utföraren har rapporterat in 14 SoL-avvikelse under 2014 fram till sista september.



Registrering och rapportering av avvikelser sker sedan maj 2014 i DF Respons som är ett elektroniskt system för synpunkter/klagomål och avvikelserrapportering. Den kommunala utförarorganisationen har centralt arbetat med att ta fram övergripande rutiner för SoL-avvikelsehantering.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver, som en del av kvalitetsledningssystemet, beskriva aktiviteter och rutiner för SoL avvikelshantering.
- Handläggning av SoL-avvikelser bör hanteras med personer med sin huvudsakliga kompetens och sitt arbetsuppdrag inom socialtjänstens område. Detta är av vikt då arbete med avvikelser blir en del av kvalitetsutvecklingen på området. De som hanterar avvikelserna bör således också leda kvalitetsarbetet utifrån socialtjänstlagen.

Utredning och rapportering om missförhållanden (Lex Sarah)

Styrdokument

- Socialtjänstlagen 14 kap
- SOSFS 2011:5 föreskrifter och allmänna råd. Lex Sarah

Beskrivning

Djuröhemmet har en lokal rutin för rapportering utifrån Lex Sarah. I den lokala rutinen beskrivs att personal varje år bekräftar att de förstått sin rapporteringsskyldighet genom underskrift. Centralt har den kommunala utförarorganisationen arbetat med att ta fram övergripande rutiner för hanteringen av avvikelser, missförhållande m.m. Sedan maj 2014 görs rapportering av missförhållanden samt utredningar i synpunktssystemet DF-respons. Under 2014 har tre rapporter om missförhållande tagits emot. Två utredningar har avslutats. Ingen av de avslutade utredningarna ledde till en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En av utredningarna har genomförts innan DF-respons började användas.

Åtgärds punkter

- Den lokala rutinen för Lex Sarah behöver uppdateras på följande punkter:
 - Den behöver anpassas till den nya hanteringen i DF-respons.
 - Beskriva vem som tar emot rapporter när ordinarie mottagare inte är närvarande.
 - Beskriva ansvaret för att avhjälpa missförhållandet när en rapport är inkommen.
 - I rutinerna behöver framgå vem som tar ställning till om vilka personer/personal som behöver informeras om en rapport och åtgärder samt om hur berörd personal ska ges stöd.
 - Utföraren ska årligen, både skriftligt och muntligt, informera om vad Lex Sarah innebär samt rapporteringsskyldigheten.
- Utredningarna kring missförhållande ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah (SOSFS 2011:5). Följande behöver åtgärdas generellt:



- Utredningarna behöver utvecklas gällande vad missförhållandet bestod av, varför det inträffat och vad som kan göras för att förhindra att något liknande inträffar igen.
- I utredningarna ska framgå: Datum för när uppgifter dokumenteras, beskrivningar om varifrån uppgifter kommer, vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar samt vem som har dokumenterat uppgiften. I utredningen står två sjuksköterskor som utredare. Utredare av missförhållanden behöver ha tillräcklig kompetens för uppgiften. Detta ligger på nämnden ansvar att utse personer för utredningar.
- De utredningar som hittills genomförts i DF-respons behöver kompletteras med följande:
 - Vilka konsekvenser händelsen fått eller kunde fått för den enskilde
 - Tid för rapporten samt upptäckten av händelsen.
 - Orsakerna till händelsen behöver kompletteras.
 - Bedömning om liknande skulle kunna inträffa igen.
 - Vilka åtgärder som vidtagits, om inga direkta åtgärder genomfördes behöver detta också beskrivas.
 - Om något framkom i övrigt under utredningens gång.
 - Vem som fattar det avslutande beslutet. Ett beslut om att avsluta utredning alternativt beslut anmälan behöver fattas av ansvarig nämnd alternativt delegerad tjänsteman.

(Ytterligare vägledning och information finns i Socialstyrelsens (2013) Handbok om lex Sarah)

Social dokumentation

Styrdokument

- Socialtjänstlagen 11 kap 5 §
- SOSFS 2006:5. *Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*
- Värmdö kommuns riktlinje för Social dokumentation under genomförandet av insatser i äldreomsorgen

Bakgrund

I dokumentationen ska det gå att följa hur situationen utvecklas för den enskilde och vad som har uppnåtts i förhållande till uppsatta mål. För att kunna följa hur situationen utvecklas för den enskilde och hur uppsatta mål nås måste dokumentationen utvecklas till att även innehålla sådan information, Vidare ska även genomförda samtal, välkomstsamtal, vårdplaneringar mm dokumenteras. I den fortlöpande dokumentationen ska också framgå på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.

Beskrivning

Social dokumentation för 16 stycken boende har granskats. Granskningen har genomförts i utförarens elektroniska dokumentationssystem. Utförarens har en rutin beskrivning för journalföring. Dock har utföraren ingen rutin för genomförandeplaner. De brister som



påvisades under förra årets avtal-och kvalitetsuppföljning gällande den sociala dokumentationen kvarstår även i år.

Åtgärds punkter

- Rutiner för social dokumentation, inkl. egenkontroll m.m., behöver upprättas. (se Ledningssystem)

Genomförandeplaner

Styrdokument

Se ovan under ”Social dokumentation”

Beskrivning

I 4 av de granskade 16 planerna framkommer hur den enskilde varit delaktig i upprättandet. 7 av planerna är aktuella vid granskningstillfället, det vill säga upprättade inom sex månader. Av de resterande 9 är 4 uppdaterade inom året och 5 således mer än ett år. I planerna framkommer när de upprättats och när de ska följas upp. Hur planerna ska följas upp framkommer inte. I planerna framkommer vilka som deltog i planeringen men inte vilken titel eller relation de har till den enskilde. Två av 16 de kontrollerade planerna innehöll beskrivningar om individuella aktiviteter som kan genomföras på avdelningarna. I 14 av planerna finns något individuellt intresse beskrivet. Sex av de granskade journalerna har en levnadsberättelse upprättat i systemet. Generellt finns mål beskrivna för delar av insatserna och det finns en beskrivning om hur hjälpen ska utföras. Målen kan utvecklas mot att bli mer uppföljningsbara och i vissa planer behöver även beskrivningen hur insatserna ska genomföras, förtydligas.

I granskningen har den sociala jämförts med granskning av HSL dokumentationen. Dokumentationen behöver vara samstämmig med HSL-dokumentationen där framförallt de risker som påvisats från HSL behöver synliggöras i SoL-dokumentationen. Hänvisning till aktuell HSL dokumentation kan ske i den sociala dokumentationen.

Åtgärds punkter

- Utförarens arbete med att upprätta genomförandeplaner behöver utvecklas på följande punkter för att säkerställa att de överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter och kommunens riktlinjer om social dokumentation:
 - Att alla genomförandeplaner ska vara aktuella.
 - Att det alltid framgår vilka som deltagit vid upprättandet (ska uppges med namn, relation/befattning).
 - Att det framgår hur den enskilde haft inflytande vid upprättandet av genomförandeplanen.
 - Att den enskildes individuella intressen och aktiviteter framkommer och hur dessa ska genomföras
 - Att det framgår hur genomförandeplanen ska följas upp.
 - Att genomförandeplanen överensstämmer med hälso- och sjukvårdsdokumentationen.



Journalanteckningar

Styrdokument

Se ovan under ”Social dokumentation”

Beskrivning

Journalanteckningarna innehåller i huvudsak vilka aktiviteter som genomförts och när den enskilde har tackat nej till hjälp. Journalanteckningarna beskriver också när besök av närstående har skett. I vissa av granskade akter journaler förs inte journalanteckningar i den omfattning som krävs för att se hur situationen utvecklas för den enskilde.

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

Åtgärds punkter

- Omsorgspersonalen behöver få fördjupad kunskap i vad som ska dokumenteras och varför, med utgångspunkt från Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS
 - Dokumentation behöver föras fortlöpande. En stor del av journalanteckningarna är skrivna av personal på dagverksamheten. Det är av vikt att all personal för journal löpande.
 - Viktigt att särskilja dokumentation gällande SoL insatser och det som gäller hälso- och sjukvård och som ska dokumenteras enligt patientdatalagen

Övrigt, social dokumentation

Styrdokument

Se ovan under ”Social dokumentation”

Beskrivning

Endast i en granskad akt finns det beskrivet vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver i sin dokumentation påvisa hur situationen för den enskilde är i förhållande till de individuella övergripande målen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Läkemedelshantering

Styrdokument

MAS riktlinjer för läkemedelshantering



Beskrivning

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

Extern granskning av utförarens läkemedelshantering har utförts av farmaceut. Samtliga anmärkningar i senaste inspektionen 2013 var åtgärdade vid uppföljningen.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver komplettera sitt ledningssystem genom att definiera vilken egenkontroll som ska ske inom läkemedelsområdet. (se Ledningssystem)
- Utföraren ska genomföra en riskanalys utifrån de resultat som framkommer i egenkontroll. (Se Ledningssystem)

Delegeringar

Styrdokument

MAS riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Beskrivning

Samtliga delegeringar var giltiga vid uppföljningen. Delegeringar finns utfärdade av sjuksköterskor för tillsvidare anställd personal 28 personer, för timvikarier 18 personer samt inhyrd personal 4 i antal inom området läkemedelshantering.

I samband med granskningen har det framkommit att det är svårt att hinna med att dela ut läkemedel till ett stort antal boende i de fall det saknas personal med delegering på olika arbetspass. Läkemedelshantering ska vara säker och ändamålsenlig. Ansvar för att läkemedelshantering är säker vilar på i första hand sjuksköterska på varje arbetspass. Det är en riskfaktor då enstaka personal med delegering får ansvar för att dela ut läkemedel till ett stort antal boende. Det ska inte förekomma då det kan äventyra patientsäkerheten.

Delegeringar ska bara användas när det är förenligt med god och säker vård.

Ledningssystemet innehåller inte egenkontroll och riskanalys inom läkemedelshantering.

Åtgärds punkter

- Ansvarig sjuksköterska i tjänst är ansvarig för läkemedelshantering under sitt arbetspass och ska, om det saknas delegerad personal, själv medverka i att dela ut läkemedel till boende tillsammans med de i personalen som har delegering. Alternativt får extra sjuksköterska engageras om antal personal inte är tillräckligt i antal för att säkra kvalitet och patientsäkerhet om möjligheten att arbeta med delegeringar ska kunna kvarstå i verksamheten.
- Utföraren behöver komplettera sitt ledningssystem genom att definiera vilken egenkontroll som ska ske inom delegeringsområdet. (se Ledningssystem)
- Utföraren ska genomföra en riskanalys utifrån de resultat som framkommer i egenkontroll. (se Ledningssystem)

Riskbedömningar

Styrdokument

- MAS riktlinje för arbete med nutrition



- MAS riktlinje för arbete med att förebygga trycksår
- MAS riktlinje för arbete med riskinventering och fallförebyggande arbete

Beskrivning

Riskbedömningar är inte utförda eller uppdaterade för samtliga boende avseende fallrisk, nutrition och trycksårsrisk. Utföraren har påbörjat ett arbete med att göra registreringar i det nationella kvalitetsregistret Senior alert men arbetet har ännu inte fått fullt genomslag.

Åtgärds punkter

- Samtliga boende ska erhålla riskbedömning avseende undernäring/felnäring, trycksårsrisk och fallrisk.
- Uppgifterna ska registreras i Senior alert under förutsättning att den enskilde inte motsätter sig att uppgifterna får föras in i nationellt kvalitetsregister.

Dokumentation

Styrdokument

MAS riktlinje för dokumentation och informationsöverföring

Beskrivning

Journaler förs i det elektroniska systemet, Viva. De pappersdokument som finns förvaras i ett brandsäkert arkivskåp. Journaler förda enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen hålls åtskilda. Dokumentationen har till viss del utvecklats sedan föregående års uppföljning men svarar ännu inte upp mot de gällande krav som finns i lagstiftningen som reglerar omvårdnadsdokumentation.

Det finns behov av att ytterligare säkra upp och dokumentera nödvändiga uppgifter som efterfrågas i lagstiftning och även tydliggörs i MAS riktlinjer för dokumentation.

Det är ingen större skillnad på innehållet i dokumentationen mellan de olika enheterna Lillskär, Kobben och Storskär. Den dokumentation som fanns vid granskningen har till stor del inte utvärderats enligt det datum som fanns angivet av ansvarig sjuksköterska på den individuella planen. Det fanns inte en uttalad planering och systematik för hur hälso- och sjukvårdspersonalen planerar in tid för att nödvändig dokumentation ska underhållas. Utföraren har inte utfört loggkontroller av journalsystemet eller NPÖ (Nationell patient översikt). Ledningssystemet saknade dokumentation av egenkontroll och riskanalys. Bilaga på utvecklingsområden inom omvårdnadsdokumentationen är lämnad av MAS till utföraren i september som påbörjat utvecklingsarbetet.

Åtgärds punkter

- Komplettera dokumentationen i de fall uppgifter saknas samt uppdatera riskbedömningar samt omvårdnads- och rehabplaner.
- Alla yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska säkerställa att den egna dokumentationen är uppdaterad och aktuell samt att de uppgifter som anges i MAS riktlinjer finns dokumenterade
- Utföraren ska utveckla dokumentationen så att den motsvarar de krav som anges i lagstiftningen och MAS riktlinjer.
- Verksamhetschef ska ha rutiner för och utföra loggkontroller av journalsystem enligt MAS riktlinje. (se Ledningssystem)



- Utföraren ska komplettera sitt ledningssystem genom att definiera vilken egenkontroll som ska ske inom dokumentationsområdet. Egenkontroll och riskanalys ska dokumenteras. (se Ledningssystem)

Vårdplaneringar och delaktighet för boende/anhöriga i vårdensplanering, genomförande och utvärdering

Styrdokument

- MAS riktlinje för dokumentation och informationsöverföring
- MAS riktlinje, den boendes rättigheter inom hälso- och sjukvården

Beskrivning

Utföraren har under det senaste året skapat rutiner för hur inflyttning samt vårdplaneringsmöten ska planeras, genomföras och utvärderas. Hur boendes delaktighet kring det som dokumenteras och bestäms på den individuella planen framgår inte till fullo. Den professionella yrkesutövarens ansvar för patientundervisning framgår inte helt i process/rutin beskrivningen.

Åtgärds punkter

- Utveckla processbeskrivningen.(se Ledningssystem)
 - Hur och av vem patientundervisning ska ges (t.ex. vid risk för fall, risk för att bli undernärld m.m.)
 - Hur den boende och anhöriga görs delaktig i innehållet i omvårdnads/rehab planen både vid planering och utvärdering samt erhållen eller inte erhållen måluppfyllelse
 - Hur det ska utvärderas med den enskilde och eventuellt i samråd med anhöriga.

Nutrition

Styrdokument

MAS riktlinje för arbete med nutrition

Beskrivning

Lokal process/rutinbeskrivning finns för utförarens arbete med nutrition.

Enligt sjuksköterskorna finns nu näringsvärdesberäkning på maten/portionerna som tillagas i verksamheten. Det finns 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. Hemlagade smoothies och näringsdrycker kan erbjudas.

Näringsvärdesberäkning fanns inte utförd och dokumenterat i de granskade journalerna för boende som var undernärda eller hade risk för undernäring p.g.a. att näringsvärdesberäkningen nyligen har sammanställts. Nattfasta fanns inte uträknad och dokumenterad för samtliga boende utifrån journalgranskningen. Frekvens på uppföljningar av måluppfyllelse för nutrition sker för sällan eller inte alls.



Åtgärds punkter

- Räkna ut samt dokumentera nattfasta för samtliga boende och erbjud kvälls/nattmål i de fall nattfasta överstiger 11 timmar.
- Säkerställ att näringsvärdesberäknade mellanmål kan erbjudas vid behov.
- Sjuksköterska ska vid risk för undernäring och eller undernäring/felnäringstillstånd räkna ut den boendes energibehov och vid behov ordinera specialkost och/eller ordinera kosttillskott.
- Resultat av de givna insatserna ska dokumenteras fortlöpande med tät frekvens för att på så sätt kunna ha kontroll på om måloppfyllelse kan nås med de ordinerade åtgärderna.
- Sjuksköterska ska göra den enskilde och i förekommande fall anhörig delaktig i riskstillstånd kring nutrition samt föreslagna åtgärder. Att så har blivit utfört ska kunna gå att läsa i den individuella vårdplanen.
- Utföraren behöver komplettera sitt ledningssystem genom att definiera vilken egenkontroll som ska ske inom nutritionsområdet. (se Ledningssystem)
- Utföraren ska genomföra en riskanalys utifrån de resultat som framkommer i egenkontroll. (se Ledningssystem)

Medicintekniska produkter (MTP)

Styrdokument

MAS riktlinje för medicintekniska produkter

Beskrivning

Utföraren utför en fortlöpande kontroll av sina medicintekniska produkter samt dokumenterar detta genom ett upprättat inventoriesystem och olika lokala rutiner. Service och besiktningar är utförda enligt plan. Ledningssystemet för medicintekniska produkter anger inte vilka egenkontroller som ska utföras. Det finns ingen egenkontroll eller riskanalys genomförd avseende egenkontroll som ska ske inom området medicintekniska produkter.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver komplettera sitt ledningssystem genom att definiera vilken egenkontroll som ska ske inom området medicintekniska produkter. (se Ledningssystem)
- Utföraren ska genomföra en riskanalys utifrån de resultat som framkommer i egenkontroll. (se Ledningssystem)

Avvikelsehantering enligt HSL

Styrdokument

MAS riktlinje gällande risk- och avvikelsehantering inom kommunal hälso- och sjukvård

Beskrivning

Registrering och rapportering av avvikelser sker sedan maj 2014 i DF Respons som är ett elektroniskt system för synpunkter/klagomål och avvikelserapportering. I systemet



dokumenteras hela handläggningen av en avvikelse fram till dess att rapporten kan avslutas. Det finns en lokal process/rutin beskrivning som tydliggör utförarens avvikelshantering. Avvikelsena hanteras i enlighet med MAS riktlinje. Utföraren har sedan föregående uppföljning skapat ett aktivt och ändamålsenligt arbetssätt kring avvikelshantering. Som ett resultat av arbetet med att analysera orsaker samt vidta lämpliga åtgärder har såväl läkemedelsavvikelser som fallincidenter minskat i verksamheten.

Åtgärds punkter

Vårdhygien

Styrdokument

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2007:19 om basal hygien inom hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för vårdhygien i Stockholms län.

Beskrivning

Utföraren följer de riktlinjer som finns utfärdade från Vårdhygien. Lokal rutin finns där egenkontroll är angiven i form av att de egenkontrollistor som finns att tillgå ska användas. Verksamhetens diskdesinfektor är besiktigad och rutin finns för skötsel och kontroll.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver dokumentera genomförda egenkontroller
- Utföraren ska genomföra en riskanalys utifrån de resultat som framkommer i egenkontroll i ledningssystemet. (se Ledningssystem)

KOST OCH MÅLTIDER

På Djuröhemmet finns ett fullt utrustat kök där all mat tillagas.

Forum för inflytande

Styrdokument

- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”.

Beskrivning

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

Åtgärds punkter



Specialkost/rutiner

Styrdokument

- Internt avtal "Drift av Djuröhemmet".
- MAS riktlinje för arbetet med nutrition

Beskrivning

Ett dataprogram för näringsberäkning av måltider har köpts in och håller på att implementeras. 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. Om boende är undernärdd/risk för undernäring eller behov av specialkost, är det sjuksköterskan som ordinerar detta. Det finns möjlighet att få olika specialkosterna från köket.

Åtgärds punkter

- Det ska alltid gå att servera en fullvärdig måltid som alternativ.

Matsedel

Styrdokument

- Internt avtal "Drift av Djuröhemmet".

Beskrivning

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

Åtgärds punkter

Pedagogisk måltid

Styrdokument

- Internt avtal "Drift av Djuröhemmet".

Beskrivning

Det finns en upprättad lokal rutin som beskriver syftet med pedagogisk måltid. Personal på demensavdelningen äter pedagogiskt måltid men detta sker inte på övriga avdelningar.

Åtgärds punkter

- Pedagogisk måltid ska ske på alla avdelningar.



Kvalitetssäkring

Styrdokument

- Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”.

Beskrivning

Det saknas flera delar i den systematiska kvalitetssäkringen av måltidsverksamheten t ex utbildning för köks- och omsorgspersonal i kostfrågor. Ett syfte med kostmötena är att få en kvalitetshöjning inom området kost, men det finns inga rutiner för att säkerställa kostkompetensen på enheten. Köket har en upprättad egenkontroll av livsmedel som kontrolleras av kommunens livsmedelsinspektör.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver utveckla struktur och systematik för att uppfylla alla de krav som ställs på måltidsverksamheten.

Måltidssituation

Styrdokument

Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”.

Beskrivning

Observation av en måltid på avdelningarna visar att det finns en förbättringspotential. Den boende blir sällan presenterad vad som serveras. Måltiden läggs upp på tallrik till samtliga boende även om det skulle finnas möjlighet för en del boende att själva ta sin mat.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver utveckla och förbättra måltidssituationen så att den blir så långt det är möjligt individuellt anpassad.

PERSONAL OCH KOMPETENS

Styrdokument

Internt avtal ”Drift av Djuröhemmet”.

Beskrivning

Djurhemmets ledning består av en verksamhetschef med ansvar för ekonomi och kök och vaktmästare. I ledningen finns också en gruppchef som har ansvar för HSL§ 30 samt arbete utifrån Sol. Gruppchefen har också personalansvar för sjuksköterskor, omsorgspersonal samt rehab personal. Verksamheten har också en bemanningsassistent och en ekonomiassistent.

Åtgärds punkter



Kompetens

Styrdokument

Internt avtal "Drift av Djuröhemmet".

Beskrivning

Tre av Djuröhemmets anställda sjuksköterskor har en specialist utbildning varav en har denna inom geriatrik. Alla anställda sjuksköterskor uppges ha erfarenhet av yrket. Av omsorgspersonalen har 21 av 30 fastanställda utbildning som motsvarar undersköterska. Fyra stycken av övrig personal går utbildning till undersköterska. Djuröhemmet har legitimerad arbetsterapeut och sjukgymnast anställda med erfarenhet av yrket

Åtgärds punkter

- All fast anställd omsorgspersonal bör ha undersköterskeutbildning.

Personalbemanning

Styrdokument

Internt avtal "Drift av Djuröhemmet"

Beskrivning

Personalbemanningen för omsorgspersonal på Djuröhemmet är planerad enligt:
Kobben med åtta boendeplatser arbetar tre personal på dagen och två personal på kvällen. Denna bemanning är även på helgen. *Lillskär* med 12 boendeplatser arbetar fyra personal på förmiddagen och två personal på kvällen. På helgen är det en personal mindre på dagen. *Storskär* med 21 boendeplatser arbetar fem personal på förmiddagen och tre på kvällen. På helgen är det en personal mindre på dagen. Sjuksköterskebemanningen består av två sjuksköterskor under dagen och en sjuksköterska på kvällen. Den planerade nattbemanningen består av tre omsorgspersonal och en sjuksköterska.

Personalen, främst på Lillskär och Storskär, anger att de inte kan arbeta personcentrerat eftersom bemanningen är för låg, de hinner bara med det allra nödvändigaste. Det kan vara en anledning till att pedagogisk måltid inte används som metod på Storskär och Lillskär eller att det sällan är några aktiviteter på dessa avdelningar. De ska dessutom utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter samtidigt med ge de boende en god omsorg vilket, särskilt kvällstid med 3 personal på 21 boende, är svårt att hinna med på ett säkert och ändamålsenligt sätt. På kvällstid händer det att det saknas personal med delegering. Fungerar inte systemet med delegeringar måste ansvarig sjuksköterska utföra uppgifterna.

Se bilaga 1. Jämförelse mellan Djuröhemmet och Slottsovalen.

Åtgärds punkter

Utföraren behöver säkra att bemanningen gällande omsorgspersonal är tillräcklig under hela dygnet och på samtliga avdelningar.



ÖVRIGT

Brukarundersökning

Under 2014 har Socialstyrelsen genomfört en brukarundersökning under namnet *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. (Socialstyrelsen, 2014). Denna undersökning består av en enkät som skickas per post till alla personer som har äldreomsorg i Sverige. I undersökningen var svarsfrekvensen från Djuröhemmet mellan 20-40 procent, vilket i antal blir mellan 8 till 16 stycken svarande. Resultatet av undersökningen bör ses i ljuset av svarsfrekvensen och slutsatser bör göras med försiktighet. Se bilaga 2 för en jämförelse mellan samtliga särskilda boenden för äldre i Värmdö kommun samt bilaga 3 för Djuröhemmets resultat från äldre undersökningen.

Sammanfattningsvis har Djuröhemmet stor andel positiva svar gällande bemötande från personalen, att personalen tar hänsyn till brukarnas åsikter och önskemål och att de kan påverka vilka tider man får hjälp. Djuröhemmet har också bra resultat gällande trivsamt. Utvecklingsområden som kan påvisas från undersökningen är matsituationen, de aktiviteter som erbjuds samt tillgänglighet. Ett observandum är Djuröhemmet har lägre positiva svar än övriga boenden på Värmdö gällande förtroende för personalen samt sammantagen nöjdhet med äldreboendet. Nedan följer de resultaten där Djuröhemmet i jämförelse med övriga Värmdö, Stockholms läns och riket skiljer sig mest.

Positiva resultat i jämförelse	Andel positiva svar	
<i>"Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp? T.ex. tid för att duscha/bada, gå och lägga dig etc"</i>	Djuröhemmet	91 %
	Värmdö kommun	62 %
	Stockholms län	57 %
	Riket	60 %
<i>Är det trivsamt utomhus runt ditt boende."</i>	Djuröhemmet	85 %
	Värmdö kommun	72 %
	Stockholms län	68 %
	Riket	67 %
<i>"Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?"</i>	Djuröhemmet	92 %
	Värmdö kommun	80 %
	Stockholms län	77 %
	Riket	79%

Negativa resultat i jämförelse	Andel positiva svar	
<i>"Tycker du maten smakar bra"</i>	Djuröhemmet	62 %
	Värmdö kommun	71 %
	Stockholms län	72 %
	Riket	75 %
<i>"Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende"</i>	Djuröhemmet	62 %
	Värmdö kommun	80 %
	Stockholms län	82 %
	Riket	83 %
<i>"Hur lätt eller svårt är det att få"</i>	Djuröhemmet	45 %



<i>träffa läkare vid behov?"</i>	Värmdö kommun	69 %
	Stockholms län	53 %
	Riket	58 %
<i>"Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov? "</i>	Djuröhemmet	73 %
	Värmdö kommun	83 %
	Stockholms län	79 %
	Riket	78 %

proVarmdo har under 2014 också genomfört en egen brukarundersökning. Djuröhemmet hade i denna undersökning 27 svaranden vilket ger en svarsfrekvens på 68 %. Resultatet i denna undersökning är överlag positivt. Se bilaga 4 för undersökningen.

Tidplan för utvecklingsarbetet

En handlingsplan för hur utvecklingsarbetet utifrån de framkomna åtgärds punkterna ska presenteras för ansvarig nämnd.

Gustavsberg 150115

.....
Åsa Ahlsved
kostcontroller

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

.....
Erik Vallström
äldreomsorgscontroller

.....
Carina Widmark
chef, äldreheten