



Handläggare  
Maria Olsborn  
Vård- och omsorgsavdelningen

Diarienummer  
15VON/14

Vård- och omsorgsnämnden

## Handlingsplan för Djuröhemmet utifrån avtals- och kvalitetsuppföljning 2014

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av Djuröhemmets handlingsplan upprättad utifrån avtals- och kvalitetsgranskningen som genomfördes under hösten 2014.

### Beslutsnivå

Vård- och omsorgsnämnden

### Sammanfattning

Djuröhemmet har under hösten 2014, med start i augusti, följts upp av dåvarande äldre- enheten avseende kvalitet och avtalskrav. Vid granskningen uppmärksammades brister inom olika områden. Djuröhemmet har parallellt med att granskningen genomförts arbetat med att åtgärda dessa brister. I bilagd handlingsplan framgår när brister åtgärdats samt när kvarstående brister beräknas vara åtgärdade.

### Ärendebeskrivning

Förvaltningen följer årligen upp samtliga särskilda boenden för äldre inom kommunen. Uppföljningarna sker i olika stor omfattning och frekvens, vissa uppföljningar görs regelbundet varje månad medan andra större uppföljningar genomförs varje alternativt vart annat år. När brister identifieras påbörjas skyndsamt ett arbete inom verksamheten för att åtgärda dessa.

I uppföljningen var ett flertal av de brister som noterades helt eller delvis kopplade till avsaknad av kvalitetsledningssystem. Under 2014 har ett omfattande verksamhetsövergripande arbete pågått med byggandet av kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Dessutom pågår ett omfattande värdegrundsarbete inom hela vård- och omsorgsavdelningen.

Arbetet med att kartlägga processer, aktiviteter och rutiner har skett i arbetsgrupper bestående av representanter från de två kommunala särskilda boendena, Vård- och omsorgsstrateg och MAS. Målsättningen har varit att det som kan vara lika också ska vara lika för de båda verksamheterna. Detta arbete beräknas färdigställas under våren varpå arbetet med att göra riskanalyser och upprätta egenkontroller kopplade till processerna, aktiviteterna och rutinerna inleds.

## Bedömning

Verksamheten arbetar ständigt med förbättringsåtgärder och kvalitetsarbete och så snart brister uppmärksammas inleder verksamheten arbetet med att åtgärda dem. I uppföljningen var ett flertal av de brister som noterades kopplade till avsaknad av kvalitetsledningssystem. Dessa brister avhjälpes efter hand som det omfattande och verksamhetsövergripande arbetet med att bygga kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2001:9 fortlöper och slutligen färdigställs.

### Ekonomiska konsekvenser

Omfattande arbeten som till exempel byggandet av kvalitetsledningssystem och värdegrundsarbete är resurskrävande vilket innebär att ökade kostnader för att frigöra personal för dessa arbeten förväntas för verksamheten.

### Konsekvenser för miljön

Handlingsplanen förväntas inte få några konsekvenser för miljön.

### Konsekvenser för medborgarna

Åtgärderna i handlingsplanen förväntas medföra positiva konsekvenser för nuvarande och framtida boende på Djuröhemmet samt deras anhöriga och närstående.

### Konsekvenser för barn

Ökad kvalitet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter är positivt för de barn som själva har, eller som har en anhörig som har, kontakter med dessa verksamheter.

## Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom vård- och omsorgsavdelningen.

## Handlingar i ärendet


Nr	Handling	Bilaggs/Bilaggs inte
1	Handlingsplan för Djuröhemmet utifrån avtals och kvalitetsuppföljning 2014	Bilaggs
2	Rapport Djuröhemmet 2014	Bilaggs inte

## Sändlista för beslutsexpediering

Djuröhemmet  
Utvecklingsavdelningen



Maria Larsson Ajne  
Chef för Omsorgs- och välfärdssektorn



Björn Larsson  
Chef för vård- och omsorgsavdelningen



## Handlingsplan för Djuröhemmet utifrån kvalitetsuppföljning 2014

Uppställningen i handlingsplanen utgår ifrån den uppföljning som äldreheten redovisat i kvalitetsuppföljningsrapporten för Djuröhemmet 2014

Vid uppföljningen noterade äldreheten brister inom nedanstående områden. I handlingsplanen framgår vilka brister som är åtgärdade samt när kvarstående brister beräknas vara åtgärdade.

I uppföljningen var ett flertal av de brister som noterades helt eller delvis kopplade till avsaknad av kvalitetsledningssystem. Vilka dessa är anges inom parentes i områdesrubriken.

OMRÅDE	STATUS
<b>Lokaler och inventarier</b>	
Skyltning i huvudentrén	Skyltar finns i stora entrén till de olika avdelningarna.
<b>Ledningssystem enl. SOSFS 2011:9</b>	
Avsaknad av ledningssystem	Beräknas vara klart december 2015  Arbetet med att kartlägga processer, aktiviteter och att uppdatera rutiner färdigställs under våren varpå arbetet med riskanalyser och egenkontroller kopplade till processerna, aktiviteterna och rutinerna inleds.

<b>Samverkan (Ledningssystem)</b>	
Beskrivning av intern och extern samverkan t.ex. med Capio ASIH Nacka (Hälsa- och sjukvårdsinsatser nattetid de nätter sjuksköterska inte finns i tjänst på boendet).	Beskrivning av intern och extern samverkan - klart 2015 (del av ledningssystem) Aktuellt avtal finns med ASIH. Samverkans avtal vad gäller palliativ vård är inte klart- pågår diskussion.  Planer för att ev. upprätta nattpatrull inom kommunen pågår. Förväntas klart i maj 2015.
<b>Personcentrerad vård och omsorg (Ledningssystem)</b>	
Möjlighet att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Beräknas klart under 2015
<b>Värdegrundsarbete (Ledningssystem)</b>	
Nationell värdegrund för äldre.  Verksamhetens egen framarbetade värdegrund. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematiskt arbete som beskriver hur värdegrunden ska uppfyllas.</li> </ul>	Beräknas vara klart augusti 2015  Ett omfattande värdegrundsarbete pågår gemensamt för samtliga vård- och omsorgsavdelningens verksamheter.  Värdegrundsarbetet finansieras med hjälp av AFA-medel, efter ansökan av vård- och omsorgsstyrelsen, som godkänts av kommunstyrelsen.
<b>Aktivt och meningsfullt liv</b>	
Aktiviteter utifrån de enskildas individuella behov (utöver de allmänna aktiviteter som anordnas)	Arbete pågår, värdegrundsutbildning samt ytterligare info, klart 2015
<b>Avvikelser (Ledningssystem)</b>	

Aktiviteter och rutiner för SoL- avvikelshantering	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015
<b>Utredning och rapportering om missförhållanden (lex Sarah)</b>	
Lokal rutin	Gemensamma rutiner för hela vård- och omsorgssektorn införs under våren 2015.
Komplettering av utredningar i DF-Respons	Utredningar för år 2014 är beslutade i enlighet med delegationsordning för vård- och omsorgsstyrelsen.  Synpunkterna lyfts in i pågående utvecklingsarbete inom ramen för att kartlägga aktiviteter och rutiner.
<b>Social dokumentation (Ledningssystem)</b>	
Genomförandeplaner: Rutin för genomförandeplaner inkl. egenkontroller.	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015
Social dokumentation: Fördjupad kunskap i social dokumentation för omsorgspersonal	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRD</b>	
<b>Läkemedelshantering (Ledningssystem)</b>	
Egenkontroll och riskanalys	Klart
<b>Delegeringar (Ledningssystem)</b>	
Rutin för tillfällen då omvårdnadspersonal med delegering saknas.  Egenkontroll och riskanalys	Rutin finns för när beordring av personal med delegering krävs. Det är alltid sjuksköterskan som avgör.  Kartläggning av aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015

<b>Riskbedömningar</b>	
Riskbedömningar görs för samtliga boende avseende undernäring/felnäring, trycksårsrisk och fallrisk.	Pågår och beräknas klart maj 2015
Riskbedömningarna registreras i Senior alert (nationellt kvalitetsregister) för samtliga boende förutsatt att den enskilde inte motsätter sig detta.	Pågår och beräknas klart september 2015
<b>Dokumentation (Ledningssystem)</b>	
Uppdaterad och aktuell dokumentation.  Loggkontroller.  Egenkontroll och riskanalys.	Beräknas klart 2015.  Loggkontroller går i dagsläget inte att göra.  Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015
<b>Vårdplanering och delaktighet för boende/anhöriga i vårdens planering, genomförande och utvärdering (Ledningssystem)</b>	
Utveckla processbeskrivning för området (Patientundervisning, delaktighet samt utvärdering).	Klart
<b>Nutrition (Ledningssystem)</b>	
Vårdplanering: Nattfasta, näringsvärdesberäkning, de enskildas boendes energibehov, specialkost, kosttillslag, måluppfyllelse, delaktighet.  Egenkontroll och riskanalys.	Klart
<b>Medicintekniska produkter (MTP), (Ledningssystem)</b>	
Egenkontroll och riskanalys.	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015
<b>Vårdhygien (Ledningssystem)</b>	
Egenkontroll och riskanalys.	Arbete med att kartlägga aktiviteter och rutiner pågår. Klart 2015

<b>KOST &amp; MÅLTIDER</b>	
<b>Specialkost/rutiner</b>	
Fullvärdig måltid som alternativ om den boende tackar nej till den måltid som erbjuds	<p>Rutiner - Klart</p> <p>Fullvärdig måltid som alternativ - klart i april.          (Nedkylningssskåpet, som är nödvändigt för att kunna genomföra detta enligt gällande livsmedelsregler, har nu anlänt).</p>
<b>Pedagogisk måltid</b>	
Pedagogisk måltid på samtliga avdelningar	<p>Klart</p> <p>Rutin finns för pedagogiska måltider. På Kobben äter all personal pedagogiskt varje dag, på de andra avdelningarna är det schemalagt.</p>
<b>Kvalitetssäkring måltidsverksamhet</b>	
Kostkompetens (köks- och omsorgspersonal)	<p>1.e kocken har utbildats i näringsberäkning och har god kompetens.</p> <p>Egenkontrollen fungerar bra. Djuröhemmet har haft 1 anmäld granskning, helt utan anmärkning samt 3 oanmälda granskningar varav 1 med en anmärkning och 2 helt utan anmärkning.</p>
<b>Måltidssituation</b>	
Individuellt anpassas måltidssituation	Måltidssituationen utgår alltid ifrån individuella behov hos den boende.
<b>PERSONAL OCH KOMPETENS</b>	
<b>Kompetens</b>	

Undersköterskeutbildning (fast anställd personal)	25 personal har undersköterskeutbildning. 4 går usk-utbildning nu.  De som arbetar med tvätt och städ har inte usk-kompetens.
<b>Personalbemanning</b>	
Omsorgspersonal	Bemanningen är utökad och scheman har optimerats.

Inger Myhlback  
Enhetschef Djuröhemmet