

Socialförvaltningen

Vård- och omsorgsnämnden

Datum: 2020-01-31

Diarienummer: VON 2020/0009

Verksamhetsuppföljning 2019, särskilda boenden, äldreomsorg

Sammanfattning

I rapporten beskrivs 2019 års uppföljningsarbete inom äldreomsorg, särskilt boende.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden noterar rapporten till protokollet.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beställer av eller avtalar med utförare att driva verksamheter inom nämndens område. Nämnden har beslutat om uppföljningsplan där nämndens uppföljningsarbete beskrivs närmare (VON §8:6, 2018-09-25). F

Föreliggande rapport redovisar uppföljningsarbetet och slutsatser från det arbete som har genomförts under 2019. Slutsatserna leder till en beskrivning av vad som blir fokus för uppföljningsarbetet under 2020.

Bilagor

Rapport Verksamhetsuppföljning inom äldreomsorg, särskilt boende, 2020-02-05.

Susanna Kiesel
Socialdirektör

Mia Morén
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Annika Manriquez
Medicinskt ansvarig för rehab

Digitala Signaturer

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Annika Manriquez, Kvalitetsansvarig för Rehabilitering
Datum: 2020-02-13 11:27 +01:00

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Mia Morén, Medicinskt ansvarig
Datum: 2020-02-13 13:29 +01:00

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Susanna Kiesel, Socialdirektör
Datum: 2020-02-13 14:19 +01:00

Datum: 2020-02-05
Dnr VON 2020/0009

Verksamhetsuppföljning inom äldreomsorg, särskilt boende

Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av verksamheter inom särskilda boenden för 2019

Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt utförare att utföra verksamhet genom beställning till Kommunstyrelsens produktionsutskott (KSPU) eller genom avtal med privata utförare.

Kommunfullmäktige har beslutat om program för uppföljning och insyn av verksamheter som utförs av privata utförare (som även inkluderar kommunal regi) och Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om uppföljningsplan för Vård- och omsorgsnämnden.

Verksamheter som omfattas av uppföljning

Uppföljningen redovisad i denna rapport omfattar särskilt boende hos Kommunstyrelsens produktionsutskott (KSPU) och privata utförare, som har avtal enligt LOV eller entreprenadavtal enligt LOU. För KSPU gäller beställningar. Se närmare beskrivning av aktuella verksamheter, sist i rapporten.

Förutsättningar som styr verksamheten

Uppföljning av verksamheter har skett gentemot de förutsättningar som finns beskrivna i lagar och föreskrifter som styr verksamheten samt i de avtal, policy och riktlinjer som kommunen i övrigt har upprättat för verksamheterna.

Begrepp som används är:

Beställare – Vård- och omsorgsnämnden

Utförare – Den leverantör(företag) som Österåkers kommun slutit ett skriftligt avtal med.

Säbo – Särskilt boende

Brukare – Mottagare av stödet från verksamheten

SoL – Socialtjänstlagen

HSL – Hälso- och sjukvårdslagen

KSPU – Kommunstyrelsens produktionsutskott

QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) –

Kvalitetsinstrumentet för uppföljning av hälso- och sjukvård

Metoder för uppföljning SoL

Följande metoder används för uppföljning av verksamheter:

- **Uppföljningsmöten med utföraren och socialförvaltningen.**
- **Årlig verksamhetsuppföljning**
Består av följande:
 - Enkät
 - Brukarundersökning där brukare bedömer verksamheten.
 - Enhetsundersökning där enheten besvarar frågor som indikerar kvalitet.
 - Uppgiftsinsamling för kommunens kvalitet i korthet (KKIK)
- **Redovisning av synpunkter och klagomål samt rapporter om missförhållanden.**
- **Biståndshandläggarnas uppföljning av brukarens individuella beslut.**

I denna rapport redovisas resultat från samtliga punkter med undantag av handläggarnas uppföljning på brukarnivå. Rubrikerna i rapporten följer områden som varit i fokus för uppföljningarna.

Metoder för uppföljning HSL

Följande metoder används för uppföljning av verksamheter:

- **Uppföljningsmöten med utföraren och socialförvaltningen**
- **Annonserade samt oannonserade besök ute i verksamheterna**
- **MAS deltar vid extern läkemedelsgranskning av apotek**
- **MAS deltar vid hygienronder utförda av Vårdhygien Stockholm**
- **QUSTA**
- **Granskning av begärda handlingar så som lokala rutiner, egenkontroller, apoteksgranskning samt hygienrondsprotokoll**

Hälso- och sjukvårdsgranskningen genomfördes genom:

1. QUSTA samt egenkontroll på styrkor och utvecklingsområden besvarades av legitimerad personal och ledning inför planerat besök i verksamheterna.
2. Dialog med ledning och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna i verksamheten.

QUSTA belyser områden inom hälso- och sjukvården som regleras enligt lagar och förordningar samt för utförande av vård och behandling vilket ger underlag för bedömning om;

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och
- verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Uppföljning av verksamheter, SoL

Uppföljningsmöten med utförare och socialförvaltning

Dessa möten följer en viss ordning. Sakkunnig kallar till möten. Deltagare är ansvarig chef för det särskilda boendet samt kommunens MAS och MAR. Frekvensen av möten under året har varit minst 2 möten på våren respektive hösten. Dagordning och mötesanteckningar har skrivits. Syftet med dessa möten är att i dialog följa hur verksamheten arbetar med kvalitet utifrån krav som ställs i avtal och beställning.

Årlig verksamhetsuppföljning SoL

Verksamhetsuppföljningen gjordes under hösten 2019 vid ett planerat besök i respektive verksamhet. Besök gjordes av sakkunnig tillsammans med kvalitets utvecklare från staben. Verksamhetsuppföljningen innehöll följande områden:

- Besvarande av KKIKfrågor
- Genomgång och uppföljning av handlingsplan från fjolårets verksamhetsuppföljning
- Genomgång med dialog och fördjupning av enkätens frågor och svar
- Uppföljning av resultatet av fjolårets brukarundersökning
- Genomgång av årets resultat av brukarundersökningen med fokus på de fem frågor där andelen positiva svar varit lägst samt andel positiva svar inom området ”trygghet” samt andel positiva svar inom området ”hjälpn i sin helhet”
- Enhetsundersökningen

Sakkunnig valde i år som i fjol att själv ställa frågorna från KKIK, se bilaga, direkt till ansvarig chef. Samtliga frågor besvarades med JA eller NEJ.

Resultaten finns att hämta i årets öppna jämförelser (ÖJ).

Inför årets uppföljning valdes begreppet trygghet som ett gemensamt och centralt uppföljningsområde inom kommunens särskilda boende för äldre. Begreppet trygghet finns med i de aktuella avtal/beställningar som Österåkers kommun har med utförarna för särskilda boenden. I socialtjänstlagens 3 kap 3 § sägs att insatserna inom socialtjänsten, ska vara av god kvalitet och att

kvalitet inom äldreomsorgen ska präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. I Socialstyrelsens årliga nationella undersökning, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, för 2019* finns begreppet trygghet med.

En enkät togs fram utifrån kvalitetsbegreppen; kontinuitet, integritet, trygghet, delaktighet, tillgänglighet och bemötande. Enkäten, se bilaga, innehöll frågor som skulle besvaras med JA eller NEJ av ansvarig chef för respektive verksamhet. Enkätens frågor ställdes enbart till utföraren av tjänsten, verksamhetschef. Ambitionen för kommande år är att också ställa frågorna till brukare/närstående.

Verksamheterna besvarade frågor i enkäten i god tid innan mötet för verksamhetsuppföljningen.

Nytt för i år var att belysa resultatet från Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg.

Resultat av uppföljningen

Genomgång och uppföljning av handlingsplan från fjolårets verksamhetsuppföljning

Samtliga verksamheter hade gjort handlingsplaner och åtgärdat de brister som framkom vid fjolårets uppföljning.

Genomgång med dialog och fördjupning av enkätens frågor och svar

Samtliga verksamheter hade besvarat enkätens frågor. Nästan alla verksamheter hade höga resultat på sina svar. Inom kvalitetsområdet, trygghet valde sakkunnig att ställa några följdfrågor till de redan besvarade frågorna. ”Hur säkerställs det? Hur framgår det? Berätta Hur gör ni?” Syftet var att få ett mer nyanserat och fördjupat svar än enbart ja eller nej.

I de flesta verksamheterna fanns det utvecklingsområden, inom de nämnda kvalitetsbegreppen, att arbeta vidare med. Inom några få verksamheter används ett digitalt verksamhetsstöd för att säkerställa personalkontinuiteten hos brukarna. Samtliga utförare säger att brukarna har en namngiven kontaktman. Nästan alla verksamheter uppger att brukarna har en aktuell genomförandeplan där det framgår vem som är kontaktman och att genomförandeplanen är daterad. Samtliga verksamheter har säkerställt att det finns rutiner som är kända hos personalen för att förebygga och hantera situationer rörande våld och övergrepp i verksamheten. Samtliga verksamheter uppger att deras personal bär arbetskläder med företagslogga och med en tydlig namnbricka. Följdfrågorna som ställdes till de redan besvarade enkätfrågorna inom ”trygghet” där ledde svaren fram till att andra kvalitetsområden också belystes och diskuterades vid uppföljningstillfället. Ett sånt område var bemötande.

Samtliga utförare upplevde att det var en bra metod att först besvara frågorna i enkäten och därefter gå igenom dem med hjälp av att ytterligare frågor ställdes. Många av utförarna upplevde att det blev bra samtal i dialog som resulterade i

ett lärande och kunskapsinhämtande med vilja och engagemang att arbeta vidare med sina respektive utvecklingsområden i verksamhet.

Uppföljning av resultatet av fjolårets brukarundersökning

Samtliga verksamheter hade tagit fram handlingsplaner med åtgärder och förbättringsförslag. Verksamheterna har under året arbetat med förbättringsförslagen i sina handlingsplaner för 2018. Resultatet av 2019 års brukarundersökning gav återkoppling på handlingsplanernas förbättringsförslag.

Genomgång av resultat av årets brukarundersökning

Fokus i år, var som i fjol, de fem frågor där andelen positiva svar var lägst. Andelen positiva svar inom området ”trygghet” samt andel positiva svar inom området ”hjälpen i sin helhet” var nya områden för årets verksamhetsuppföljning.

I Österåkers kommun svarade 130 personer vilket är 52,4 % av de tillfrågade i årets brukarundersökning.

I samtliga verksamheter gjordes en genomgång av resultatet av ”de fem frågor där andelen positiva svar var lägst”.

Frågorna är:

Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar.

Mindre än hälften av verksamheterna låg under Österåkers resultat (37%) och nästan alla hade resultat under riket (58%).

Besvärar inte av ensamhet.

Mindre än hälften av verksamheterna låg över rikets resultat (35%) och även Österåkers resultat (39%). Här är spridningen från 75% till 9%.

Brukarundersökningens resultat visar på att de som bor i särskilda boenden och upplever besvär av ensamhet i högre utsträckning är missnöjda med vilka aktiviteter som erbjuds, möjlighet att komma utomhus, maten etc. Ensamheten kan ha en negativ påverkan på hälsan.

Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål.

Mer än hälften av verksamheternas resultat är över såväl rikets resultat(47%) som Österåkers (52%) resultat. Här är spridningen från 78% till 13%.

Har lätt att träffa läkare.

I mer än hälften av verksamheterna upplever de boende det lätt att träffa läkare. Det är över rikets (54%) och Österåkers (52%) resultat.

Möjligheter att komma utomhus är bra.

Mindre än hälften av verksamheternas resultat är under rikets (58%) och Österåkers (59%). Här är spridningen från 96% till 27%.

Inom de två nya fokusområdena för året, ”trygghet” och ”hjälpen i sin helhet” fanns en spridning i de positiva svaren från 100% ner till 54%.

Mindre än hälften av svaren inom området ”trygghet” låg över Österåkers (85%) och rikets (88%)resultat. Här är spridningen från 100% till 67%.

Mindre än hälften av svaren inom ”hjälpen i sin helhet” låg över Österåkers (80%) och rikets (81%) resultat.

Alla verksamheter har tagit fram och inkommit med en handlingsplan. Av dessa har nästan alla verksamheter inkommit med handlingsplaner innehållande förbättringsförslag och målvärden i procent inom de områden där deras andel positiva svar är lägre än Österåkers resultat.

Några få verksamheter har inkommit med handlingsplaner för hur de ska bibehålla sina goda resultat.

Uppföljning av samtliga handlingsplaner kommer ske med respektive verksamhet i samband med presentation och genomgång av resultatet av 2020 års brukarundersökning.

Enhetsundersökningen

I enhetsundersökningen har verksamheterna svarat på frågor inom olika områden. Även i enhetsundersökningen har frågor ställts om begreppet trygghet. Ett sådant område har varit, Trygghet och säkerhet.

Frågorna till enheterna har bl a handlat om: ”rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av anhörig/närstående”. Denna frågeställning kompletterade frågan i enkäten som handlade om ”har verksamheten säkerställt att det finns rutiner för att förebygga och hantera situationer rörande våld och övergrepp i verksamheten?”

De flesta av verksamhetscheferna berättade att de inte arbetade aktivt med resultatet som redovisats i enhetsundersökningen för deras särskilda boende. De valde att koncentrera sig på brukarundersökningens resultat, *så tycker de äldre om äldreomsorgen.*

Synpunkter och klagomål samt rapporter om missförhållanden

Redovisningen av synpunkter och klagomål visar att de flesta klagomål handlar om personalens bemötande eller arbetssätt. Klagomålen avhjälps och brukaren eller dess anhöriga får återkoppling. Totalt sett redovisas få klagomål sett i relation till antal brukare i verksamheten. Det gäller samtliga verksamheter.

Till särskilda boenden i kommunen har det under 2019 inkommit totalt 69 klagomål/synpunkter. Dessa har främst rört klagomål/synpunkter på personalens bemötande, att bemanningen upplevs vara för låg och att insatser inte utförts på ett tillfredställande sätt. Klagomål/synpunkter har även inkommit gällande att maten som serveras inte är god, att värdesaker försvinner, att information inte kommuniceras ut till berörda samt att personalen inte svarat på larm.

Från ett särskilt boende har det inkommit, för kännedom, en rapport om missförhållande enligt lex Sarah rörande misstanke om övergrepp av personal mot brukare. Händelsen har utretts av utförare och anmälts till IVO. IVO har

bedömt händelsen på särskilt boende och bedömt att huvudmannen har fullgjort sin utredning- och anmälningsskyldighet.

Sammanfattande bedömning SoL

Den sammanlagda slutsatsen av verksamhetsuppföljningen visar att utförarnas verksamheter inom särskilt boende generellt fungerar väl. Det finns dock utvecklingsområden, det handlar bl a om rutiner i det dagliga arbetet som behöver bli kända och förankrade hos medarbetarna samt om brukarnas upplevelse av verksamheten, brukarundersökningen.

Under det kommande året kommer följande att vara i fokus för uppföljning:

- Genomgång och uppföljning av handlingsplan från fjolårets verksamhetsuppföljning avseende brukarundersökningen.
- Brukarundersökningens resultat för 2020, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.*
- Enkät till verksamhet och brukare.
- Tillvaratagande av brukarens synpunkter och upplevelse av verksamheten.

Resultat av verksamhetsuppföljning HSL

1. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur och när personalen ska få kontakt med ansvarig sjuksköterska dygnet runt samt med övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ska ha information om brukarens samtliga kontakter med hälso- och sjukvård om samtycke finns. Telefonnummer till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuell.

Läkarinsatser inom säbo utförs av Regionen. I Österåkers kommun finns tre läkarorganisationer verksamma inom säbo; Danderydsgeriatriken på Smedbygården, Familjeläkarna på Muskötvägen och Capio Legevisitten på Enebacken, Solskiftet, Kantarellvägen, Norrgårdshöjden och Vårdbo.

Styrkor

- Samtliga verksamheter har samverkansöverenskommelser med respektive läkarorganisation utifrån krav ställda från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Samarbetet fungerar mycket väl.
- Verksamheter knutna till Capio Legevisitten har tillgång till läkarjournal.

- Samtliga verksamheter utom Smedbygården är väl förtrogna med Pascal, en webbaserad tjänst för förskrivning av läkemedel (för förskrivning av dosförpackningar eller helförpackningar till dospatienter).
- Enebacken har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Övriga verksamheter har dagtid måndag-fredag eller dagtid måndag-söndag. Övrig tid finns joursjuksköterskor som underleverantör med minst samma krav som de krav som socialförvaltningen ställt på varje verksamhet. Inställelsetiden är 30 min, svara i telefon ska ske direkt. PR-vård, som varit underleverantör på Solskiftet har haft svårigheter med att klara de krav som ställts vad gäller tillgänglighet under 2018, men förbättrades betydligt under 2019. PR-vård har nu avslutat sitt uppdrag och Attendos team har övertagit uppdraget from 1 februari 2020.
- Omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till varandras dokumentation
- Omsorgspersonal har kunskap om hur de ska kontakta sjuksköterska dygnet runt samt arbetsterapeut eller fysioterapeut under dagtid.

Utvecklingsområden

- Muskötvägen och Smedbygården saknar direktåtkomst till läkarjournal.
- Muskötvägen undersöker möjligheten till att ansluta till NPÖ (nationell patientöversikt) som konsument, vilket innebär att de i sådana fall kommer att få tillgång till läkarjournal.
- Smedbygården arbetar just nu med att införa Pascal.
- Rehabiliteringspersonal på Smedbygården har åtkomst till elektronisk HSL- journal men dokumenterar i pappersjournal. Bör dokumentera i elektronisk journal för sammanhållen journalföring.

2. Läkemedelshantering

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering bör göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. Huvudprincipen vad gäller läkemedelshantering är att den enskilde så långt som möjligt har ansvar för sin egen medicinering.

Styrkor

- Samtliga verksamheter har väl inarbetade rutiner när det gäller läkemedelshantering.
- De flesta verksamheterna använder sig av extern läkemedelsgranskning av apotek årligen, vilket enligt lagstiftning bör göras. Utifrån

läkemedelsgranskning görs en åtgärdsplan som informeras kommunens MAS som sedan följer upp att åtgärder är vidtagna.

- Egenkontroller som narkotikaräkning, kontroller i läkemedelsrum och boendes läkemedelsskåp samt kontroller av signeringslistor vad gäller givna läkemedel fungerar bra.

Utvecklingsområden

- Samtliga verksamheter bör se över att det finns egenkontroller vad gäller spårbarhet i signeringslistor, dokumentation i SoL- och HSL-journal samt avvikelserapporter.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Delegeringar inom rehabiliteringsområdet är inte reglerade i författningar utan arbetsterapeuter och fysioterapeuter måste själva identifiera vad som är yrkesspecifika uppgifter utifrån formell kompetens. En bedömning måste göras vad som är möjligt/lämpligt att delegera utifrån:

- arbetsuppgiften
- säkerhetsrisker med arbetsuppgiften
- ovanstående punkter kopplat till aktuell patients status

Styrkor

- Samtliga verksamheter har färre än 20 delegeringar per omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- Enebackens nattsjuksköterskor delegerar till nattpersonal de arbetar med, vilket är unikt för deras verksamhet.

Utvecklingsområden

- Samtliga verksamheter ska följa upp och dokumentera given delegering. Detta kan göras på delegeringsblanketten med datum och signaturer.
- Stickprovskontroller på givna delegeringar.
- Verksamheter som använder RoHo dyna i rullstol behöver säkerställa användningen genom delegering.
- Rehabpersonalen på vissa verksamheter behöver bli bättre på att avvikelserapportera när omsorgspersonal inte har utfört delegerade eller ordinerade arbetsuppgifter.

På Kantarellvägen har större brister i delegeringsförfarandet identifierats. Särskild handlingsplan ska inkomma till beställaren senast 1 mars.

4. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Lokala rutiner för avvikelshantering och risk- och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. Risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata utvecklingsåtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Utvecklingsåtgärder ska återkopplas till personalen.

Styrkor

- Samtliga verksamheter har bra rutiner för risk- och händelseanalyser, avvikelshantering och hantering av synpunkter och klagomål. Vid allvarliga händelser rapporteras det direkt till kommunens MAS. Beroende på händelsens art så kopplas vårdgivarnas kvalitetsavdelning centralt in för extern utredning.
- Få synpunkter och klagomål kommer kommunen tillkänna, då vårdgivarna själva hanterar dessa i första hand.
- Vårdbo och Norrgårdshöjden arbetar aktivt med kvalitetsregistret Senior Alert på individnivå och har uppnått godkända målvärden.

Utvecklingsområden

- Det finns förbättringspotential vad gäller att skriva mer utförliga avvikelserapporter samt att förbättra återkoppling till omsorgspersonal samt boende/anhöriga inom vissa verksamheter. Det kan skilja sig åt mellan olika enheter så det ska säkerställas att all personal arbetar på samma sätt.
- Verksamheterna ska utveckla sitt arbete med Senior Alert så att målvärden uppfylls. Senior Alert ska användas på individnivå samt för förbättringsarbete på verksamhetsnivå.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omsorgspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmiddel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Medicintekniska produkter delas in i tre grupper:

Medicinteknisk utrustning (MTU): Sittvåg, blodsockermätare, inhalator, Hb-apparat, infusionspump, sterilisator, sug, TNS-apparat, ventilator, oxygen (syrgas) koncentrator, oxygenflaska, EKG-apparat.

Arbetssteknisk utrustning: elsängar, mobila personlyftar, taklyftar, duschstolar, lyftselar.

Individuellt utprovade hjälpmedel: förebyggande och behandlande madrasser, rullstol, gånghjälpmedel, synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, kommunikationshjälpmedel, förbrukningsartiklar som används vid urininkontinens, urinretention och tarminkontinens.

Styrkor

- Samtliga verksamheter har lokala rutiner för medicintekniska produkter samt vid införande av begränsningsåtgärder.

Utvecklingsområden

- Verksamheterna saknar rutiner vad gäller gemensam MTU vad gäller ansvarsfördelning, funktionskontroller samt underhåll/rengöring.
- All personal bör genomgå Socialstyrelsens webbutbildning om hjälpmedel som också bör ingå i introduktionsprogram vid nyanställning.

6. Hygien

All personal ska arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamhet ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Styrkor

- Samtliga verksamheter har rutiner vad gäller vårdhygien.
- Samtliga verksamheter utom Smedbygården har avtal med vårdhygienisk expertis (Vårdhygien Stockholm) som utför hygienronder samt ger råd hur verksamheter ska hantera infektioner/utbrott.
- Muskötvägen har rutin för att förebygga Legionella.

Utvecklingsområden

- Smedbygården saknar vårdhygienisk expertis som kan utföra hygienronder. Brister i följsamhet till basala hygienrutiner samt övrigt vårdhygieniskt arbete. Spol- eller diskdesinfektor ska installeras enligt avtal med Österåkers kommun.

- Kantarellvägen brister i följsamhet till basala hygienrutiner samt övrigt vårdhygieniskt arbete.
- Verksamheterna ska säkerställa att det i sköljrum och förråd går att särskilja vad som är rent respektive smutsigt. Dessa rum ska inte heller bli upplag för inredning, trasiga hjälpmedel osv.
- Personhundar ska inte förekomma i verksamheterna. Djur ska endast tillåtas om det följer gällande lagstiftning. Se dokument Djur i vården <https://sfvh.se>
- Samtliga verksamheter ska ha rutin för att förebygga Legionella.

Smedbygården och Kantarellvägen ska inkomma med särskild handlingsplan till beställaren senast 1 mars 2020.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet och delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid *uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd*. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut ska erbjudas efter bedömt behov. Omsorgspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbets sätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos brukare.

Styrkor

- Enebacken, Norrgårdshöjden och Muskötvägen har arbetsterapeut och fysioterapeut på vardagar. Solskiftet har arbetsterapeut på plats vardagar. Detta gör att omsorgspersonal direkt kan få undervisning och stöttning i specifika situationer som uppstår kring de boende.

Utvecklingsområden

- Arbetsterapeut och fysioterapeut på Vårdbo och Kantarellvägen upplever sig inte hinna med sina arbetsuppgifter inom rimlig tid och tvingas prioritera. Om brukare inte får den bedömning eller rehabilitering den behöver i tid så ska detta avvikelserapporteras.

Vårdbo och Kantarellvägen ska inkomma med risk- och konsekvensanalys till beställaren gällande bemanningsgrad för arbetsterapeut och fysioterapeut senast 1 mars 2020.

8. Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska finnas i verksamheten. Verksamheten ska ha lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Solskiftet är ett särskilt boende med somatisk inriktning och arbetar därför inte med BPSD-registret.

Styrkor

- Vårdbo är Silviacertifierade vilket bl.a. innebär att personalen har avsatt tid för reflektion som medfört förbättringar inom bemötande.
- Läkarorganisationerna Capio Legevisitten samt Familjeläkarna är Silviacertifierade.
- Samtliga verksamheter har påbörjat BPSD-utbildning. En del verksamheter är redan igång med implementering

Utvecklingsområden

- Verksamheterna fortsätter med att utveckla BPSD-arbetet med utbildning, rutiner och implementering.

9. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal (HSL-journal) så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård.

Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.

Styrkor

- Gemensamt journalsystem för omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal vilket gör att de har tillgång till att läsa varandras journalanteckningar.
- Verksamheterna har rutiner för dokumentation.

Utvecklingsområden

- Följsamhet till rutiner ska säkerställas och bör vara en del av verksamheternas egenkontroll.
- Granskning sker fördelaktigt gärna i grupp och ska i så stor utsträckning som möjligt göras av personal som är delaktiga i brukarens vård. Detta för att säkerställa dokumentationen, finna förbättringsområden och kvalitetsutveckling för att säkra en god och säker vård.
- Säkerställ att all personal tar del av hälso- och sjukvårdens dokumentation.

10. Fallprevention

Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete.

Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande arbete. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst

årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med brukare. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska avvikelshanteras och analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Styrkor

- Tvärprofessionellt förebyggande arbete på samtliga verksamheter.

Utvecklingsområden

- Verksamheterna behöver säkerställa att all personal har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom fallprevention.
- Fallavvikelser skrivs, men inte på alla incidenter, vilket medför svårigheter att se ett fallmönster hos en enskild individ. Arbetsterapeuterna och fysioterapeuten kontaktas/informerar inte alltid i samband med fall.

11. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Styrkor

- Goda kunskaper och bra förebyggande arbete vad gäller trycksår
- Tillgång till förebyggande madrasser direkt och behandlande inom 24 timmar.

Utvecklingsområden

- Att använda Senior Alert vid uppkomst av trycksår.
- I större utsträckning använda skattningsskala för smärta vid uppkomst av trycksår.

12. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring men även viktuppgång. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med brukare. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition eller viktuppgång.

Styrkor

- Rutiner finns för att förebygga undernäring.
- Nutritionsstatus samt riskbedömning görs vid inflyttning och vid behov.
- Enebacken har dietist anställd och på plats i verksamheten. Övriga verksamheter har tillgång till dietist vid behov.
- Egenkontroller för att säkerställa att nattfasta inte överstiger 11 h finns.

Utvecklingsområden

- Kompetensutveckling vad gäller både omsorgspersonal samt sjuksköterskor. Många verksamheter har hög åtgång av näringsdrycker.
- Dietist bör kunna användas i större utsträckning än idag för att fullt ut uppfylla det kommunala ansvaret.

13. Mun- och tandhäsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Brukare ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Region Stockholm.

Styrkor

- Samverkan med uppsökande verksamhet vad gäller munhälsobedömningar, utbildning och tandvård fungerar bra.

Utvecklingsområden

- Munstatus samt vårdplan bör göras i samband med inflytt och vid behov. Ska även registreras i Senior Alert.
- Verksamheter bör använda statistiken i Symfoni (tandvårdssystem för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård) för förbättringsarbete.
- Intygsutfärdare (ssk) ska genomföra obligatorisk kunskapstest i Symfoni innan 1 mars 2020.

4. Kontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problem med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och sakarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Styrkor

- Individuellt utprovade inkontinensskydd av sjuksköterska med utbildning inom kontinensvård

Utvecklingsområden

- Säkerställa att omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid risk för blåsdysfunktion erbjuder brukarna basal utredning, för att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl.
- Öka kompetens hos personal vad gäller förebyggande arbete för blåsdysfunktion.

15. Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Kunskapsstödet innehåller vägledning, rekommendationer och indikatorer i ett gemensamt dokument och ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljningar och kvalitetssäkringar samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etnisk och religiös tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

Styrkor

- Enebacken har kurator anställd tillgänglig för boende och anhöriga.
- Muskötvägens personal utbildas kontinuerligt i palliativ vård av sin ASIH-enhet. ASIH-enheten informerar även anhöriga.
- Rutiner finns för vård i livets slutskede.

Utvecklingsområden

- Utveckla arbetet med Svenska Palliativregistret för förbättringsarbete.
- Genomgång av Svenska Palliativregistret bör göras med läkarorganisation 2 gånger/år

Sammanfattning av verksamhetsuppföljning HSL

Verksamheterna har i sin analys av egenkontrollen belyst områden de aktivt arbetar med samt utvecklingsområden. MAS/MAR har identifierat ytterligare utvecklingsområden utifrån den granskning som gjorts av verksamheterna. Samtliga verksamheter har fått skriftlig rapport med återkoppling. MAS/MAR har begärt att de i 2019 års patientsäkerhetsberättelse (PSB) ska upprätta konkreta och mätbara mål som de ska arbeta med under 2020. PSB ska vara inkommen till Vård- och omsorgsnämnden senast 1 mars 2020.

Akuta åtgärder (inom tre månader) har identifierats på Smedbygården och Kantarellvägen inom områden hygien och delegering. Verksamheterna ska inkomma med handlingsplan till MAS/MAR senast 1 mars 2020.

Vårdbo och Kantarellvägen ska inkomma med risk- och konsekvensanalys till beställaren gällande bemanningsgrad för arbetsterapeut och fysioterapeut senast 1 mars 2020.

Solskiftet byter utförare 1 mars 2020. MAS/MAR är med i verksamhetsövergången och säkerställer att identifierade brister överrapporteras till ny utförare och åtgärdas inom rimlig tidsplan.

Mia Morén

Annika Manriquez

Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska

Medicinskt Ansvarig
för Rehabilitering

Kerstin Odenfelt

Sakkunnig äldre

Lista på verksamheter inom uppföljningen

Följande verksamheter har beställaren avtal eller beställning med:

Solskiftet (Kommunstyrelsens produktionsutskott)

Enebacken (Ansvar & Omsorg AB)

Vårdbo (Attendo AB)

Kantarellvägen (Attendo AB)

Norrgårdshöjden (Humana AB)

Muskötvägen (Förenade Care AB)

Smedbygården (Redolaris AB)

Bilagor

Frågor KKIK

Enkät

FRÅGEFORMULÄR TILL Verksamheterna, hösten 2019	
Namn på verksamhet:	
Uppgifterna lämnade av:	
1)	Antal boendeplatser på enheten: Med boendeplatser avses antal platser avsedda för personer med biståndsbeslut om särskilt boende. För boendeenheter i andra kommuner ange endast antal köpta platser (minst 4 köpta platser per boendeenhet)
2)	Antal brukare som bor på enheten: Med brukare avses antal personer med biståndsbeslut om särskilt boende. För boendeenheter i andra kommuner ange endast antal köpta platser, dvs samma värde om ovan!
3)	Erbjuder enheten möjlighet till daglig utevistelse för den äldre som så önskar? Det ska vara ett aktivt erbjudande från personalen och inkludera all form av utevistelse, ex promenader eller möjlighet att sitta på balkong.
4)	Erbjuds varje brukare att välja alternativ rätt vid huvudmål? Innefattar veckans alla dagar.
5)	Kan den äldre påverka vilka tv-kanaler utöver basutbudet som det finns tillgång till i gemensamhetslokal? Med basutbud avses SVT1, SVT2, SVT24, SVTB, Kunskapskanalen, TV4, TV6 och TV Finland. Med frågan avses den enskildes möjlighet att påverka utbudet.
6)	Erbjuder enheten organiserade aktiviteter under helgen? Avser minst en aktivitet på lördag och en på söndag. Organiserad aktivitet avser ex. högläsning, musikstund, bakning, mm. där den enskilde i förväg har möjlighet att ta ställning till innehållet genom exempelvis ett schema. Det är inte nödvändigt att det är kommunens/äldreboendets personal som genomför aktiviteterna.
7)	Erbjuder äldreboendet minst två organiserade och gemensamma aktiviteter per dag under vardagar? Det är inte nödvändigt att det är kommunens/äldreboendets personal som genomför aktiviteterna. Se definition av organiserad aktivitet på ovanstående fråga.

Österåkers kommun

MALL

Socialförvaltningen

Datum: 2019-10-09

Namn på verksamheten:

Verksamhetschef:

Datum för uppföljningsbesök:

Enkät till utförare inom säbo o hemtjänst

Frågor i enkäten

Personalkontinuitet innebär att den äldre, i största möjligaste mån, får vård o omsorg av samma personal.

Säkerställs det i verksamheten?

Svar:

Är Verksamheten organiserad så att brukaren möter så få personer som möjligt?

Svar:

Säkerställer verksamheten att insatserna utförs på likartat sätt utifrån brukarens behov?

Svar:

Får den äldre möjlighet till att delge sin levnadsberättelse?

Svar:

Används skyddsåtgärder utan den äldres samtycke?

Svar:

Finns det skriftligt godkännande, från brukaren eller legalföreträdare, gällande informationsöverföring?

Svar:

Trygghet

Har brukaren en namngiven kontaktman?

Svar:

Har alla brukare en aktuell genomförandeplan?

Svar:

Framgår det av brukarnas genomförandeplaner vem som är kontaktman och vem som är ersättare?

Svar:

Framgår det av genomförandeplanen VAD, HUR, NÄR, och av VEM som de praktiska insatserna ska utföras/genomföras?

Svar:

Har verksamheten säkerställt att det finns rutiner för att förebygga och hantera situationer rörande våld och övergrepp i verksamheten?

Svar:

Om svaret är ja, har ni gjort rutinen känd bland personalen och i så fall hur har ni gått tillväga?

Svar:

Arbetar verksamheten med fallförebyggande åtgärder hos brukarna?

Svar:

Personalen som besöker/hjälper brukaren, bär den en tydlig namnbricka och kan identifiera sig?

Svar:

XX

Säkerställer verksamheten att brukaren är delaktig i överenskommelser och beslut om insatser?

Svar:

Framgår det av genomförandeplanen att den upprättats av utföraren tillsammans med brukaren och/eller dennes legale ställföreträdare?

Svar:

Säkerställs det att brukaren och eller dennes närstående enkelt kan komma i kontakt med ansvarig personal?

Svar:

Kan brukaren enkelt kan komma i kontakt med sin kontaktman?

Svar:

Kan brukaren enkelt kan komma i kontakt med omsorgspersonal i verksamheten?

Svar:

Kan brukaren enkelt ta del av minst 2 rätter m tillbehör till huvudmålen? (frågan avser endast säbo)

Svar:

Säkerställer verksamheten hur brukaren önskar få sina insatser utförda?

Svar:

Säkerställer verksamheten att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt?

Svar:

Hur säkerställer verksamheten att Österåkers värdegrund för hemtjänst/särskilt boende är känd av all personal?

Svar:

Hur säkerställer verksamheten att brukaren och dennes närstående får information om Österåkers och om verksamhetens värdegrund?

Svar: