

Uppföljning av handlingsplan efter granskning av
hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldre-
boende

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2017-11-15

Dnr 2017/0062

Till Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av handlingsplan efter granskning av hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldreboende

Sammanfattning

En granskningsrapport sammanställdes 2017-08-17 gällande granskning av hälso- och sjukvård på Solskiftets äldreboende som drivs av produktionsförvaltningen. Handlingsplan har upprättats av verksamheten utifrån de brister som finns.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att:

1. Godkänna handlingsplaner och åtgärder som tillräckliga
2. Ge förvaltningen i uppdrag att följa upp handlingsplaner och åtgärder som utföraren vidtagit

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beslutade vid sammanträde 2017-08-29 att förvaltningen ska rapportera en handlingsplan från verksamheterna på nämndmötet 2017-11-28. Handlingsplanen ska utgå från de brister som redovisats från granskning under maj-juli 2017. Granskning är en del av den uppföljningsplan Vård- och omsorgsnämnden har antagit. Denna tillsyn syftar till att säkerställa att utföraren fullföljer det hälso- och sjukvårdsansvar som åligger verksamheten enligt avtal, gällande lagar, författningar samt riktlinjer.

Socialförvaltningen har träffat tillförordnad enhetschef för Solskiftet i olika möten för samverkan och uppföljning av åtgärder och handlingsplan.

Förvaltningens slutsatser

Den handlingsplan som upprättats vad gäller Hälso- och sjukvårdsenheten motsvarar de förbättringsområden som påtalats i granskningsrapporten från 2017-08-17. Åtgärderna är relevanta, namngivna personer som ansvarar för genomförande och utvärdering av åtgärd finns, samt rimliga tidsramar.

Tillförordnad enhetschef arbetar nu tillsammans med vård- och omsorgspersonal för upprättande och implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Växelvården på Solskiftet har sedan 2017-10-16 avvecklats och påtalade brister är inte längre aktuella.

2017-11-13 tillträdde en ny verksamhetschef som fortsätter arbetet med handlingsplanen. Utvecklingen framåt kommer att följas upp vid samverkansmöten två gånger per halvår.

Tjänsteutlåtande

Tidigare beredning och beslutsunderlag

- Vård- och omsorgsnämndens beslut VON § 7:8, 2017-08-29

Bilagor

1. Produktionsförvaltningens: Handlingsplan efter granskning hälso- och sjukvårdsansvaret våren 2017, 2017-10-19
2. Granskningsrapport, hälso- och sjukvårdsansvaret vid Solskiftets äldreboende, våren 2017



Susanna Kiesel
Socialdirektör



Mia Morén
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Annika Manriquez
Kvalitetsansvarig för rehabilitering

Expedieras

- Akten
- Produktionsförvaltningen

Datum: 2017-10-19 Förvaltning: Produktionsförvaltningen Enhet: Solskiftets Äldreboende		Handlingsplan efter granskning hälso- och sjukvårdsansvaret Våren 2017.			
Förbättringsområde		Åtgärder	Ansvarig Namn	Klart när	Uppföljning/kontroll
<p>Verksamheten: Omvårdnadspersonalen har inte tillräcklig kännedom om, och följsamhet till gällande rutiner.</p> <p>Vissa rutiner gällande hälso- och sjukvård saknas.</p> <p>Hälso och sjukvårdsutförandet på växelvården behöver förtydligas främst kring samverkan med primärvården och kring rehabinsatser.</p> <p>Hälso- och sjukvårdsjournalerna är ofullständiga (avser främst Rehab, växelvård och jourtid).</p> <p>Sjuksköterskeinsatser på jourtid fungerar bristfälligt, t.ex. är det svårt att nå tjänstgörande sjuksköterska, flera insatser har utförts felaktigt eller ofullständigt etc.</p>		<p>Vi håller nu på och arbetar med att lyfta fram de rutiner som finns på verksamheten och vi gör även egenkontroll av vissa områden bl.a måltidssituation. För att se följsamheten av gällande rutiner.</p> <p>Vi kommer att se över HSL-rutinerna och se vad som saknas.</p> <p>Kommer inte att ske eftersom växelvården är avvecklad from 171016</p> <p>Vi har haft möte med företaget som har uppdraget på jourtid och de har vidtagit åtgärder för att säkra att dessa problem skall vara lösta. En avstämning med chef för jourverksamheten sker varje vecka, utvärdering sker i slutet av oktober.</p>	<p>EC</p> <p>EC/SSK/AT/SJ</p> <p>EC</p> <p>EC/bitr. EC</p>	<p>171231</p> <p>180228</p> <p>171016</p> <p>171001</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>171031</p>

<p>Rehabilitering och habilitering: Det saknas arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska bedömningar för de patienter som vistas på växelvården.</p> <p>Patienterna får inte fysioterapeutiska bedömningar och åtgärder i adekvat omfattning.</p> <p>Arbetsterapeut/fysioterapeut ej delaktiga i genomförandeplaner.</p> <p>Bristfällig arbetsterapi och fysioterapi på individnivå t.ex. låg träningsnivå vid gruppaktiviteter och på individuell nivå. Rehabplaner saknas.</p> <p>Behandlingsplaner är på en övergripande nivå. Tidsplan, mål och måluppfyllelse saknas.</p> <p>Boende avstår från gruppträning när omvårdnadspersonal inte ledsagar.</p> <p>Patienterna får inte träning i form av vardagsaktiviteter i tillräcklig utsträckning.</p>		<p>Växelvården är stängd sedan 2017-10-16</p> <p>För att säkerställa att tillgången till sjukgymnast eller fysioterapeuter motsvarar det faktiska behovet planeras extern samverkan med annan utförare samt internt med HSE</p> <p>Är det indirekt genom det bedömningar som är dokumenterat i Procapita tex. ADL-bedömning. Öka fokus på teamarbete bl.a. genom att arbetsterapeut är med på morgonmötet dagligen.</p> <p>Vi kommer att se över hur vi ska dokumentera behovet av funktionsbevarande insatser.</p> <p>??? Det finns inga behandlingsplaner.</p> <p>Arbetsterapeut och/eller arbetsledare är dagligen med på morgonmöte och går igenom dagens aktivitetsschema. Det finns ett aktivitetsschema på alla enheter plus att boende som vill får ett aktuellt schema att ha i sin lägenhet.</p> <p>Vikten av träning som vardagsaktiviteter för våra kunder är något som vi nu i större utsträckning pratar om och håller levande i samband med varje morgonmöte.</p>	<p>EC</p> <p>EC</p> <p>EC/AT</p> <p>EC/AT/SJ</p> <p>EC/Bitr. EC/AT</p> <p>EC/AT/Ar betsledare</p>	<p>171016</p> <p>1801331</p> <p>170930</p> <p>171231</p> <p>171001</p> <p>171231</p>	<p></p> <p>171130</p> <p>171130</p>
--	--	--	---	--	-------------------------------------

<p>Delegering /instruktioner: Omvårdnadspersonal uteblir från tidsbokade delegeringsmöten med rehabiliteringspersonal.</p> <p>Instruktioner för träning/behandling följs bristfälligt.</p> <p>Instruktioner borde ersättas med delegeringsförfarande.</p> <p>Delegeringsbesluten hänvisar till fel lagparagrafer och behöver formuleras om när det gäller ansvaret för den som tar emot en delegering.</p>		<p>Lyfta upp på APT vikten av att utföra de arbetsuppgifter som är delegerade av en HSL-personal.</p> <p>Arbets terapeut är med på morgonmötet from september månad, för att lyfta frågor som detta.</p> <p>Detta är en bedömningsfråga hos legitimerad personal. Vi har ett stort antal delegeringar som redan ligger hos omvårdnadspersonalen.</p> <p>Detta är redan ordnat, då en text som funnits i Procapita nu är borttagen</p>	<p>EC/AT/SJ</p> <p>EC</p> <p>EC/AT/SJ</p> <p>EC/Syste mförvaltar e</p>	<p>171031</p> <p>170901</p> <p>171231</p> <p>170930</p>	<p></p> <p></p> <p>171031</p>
<p>Skydds- och begränsningsåtgärder: Det saknas strukturerade bedömningar för skydds- och begränsningsåtgärder.</p> <p>Journalföringen kring dessa åtgärder är undermålig.</p> <p>Det finns oklarheter kring vad som är en skydds- och begränsningsåtgärd samt hur beslut fattas för en enskild individ.</p>		<p>Vi håller på och ser över detta, en ny rutin kommer att tas fram. Rutingruppen arbetar med denna.</p> <p>Vi kommer att göra en dokumentationsgranskning i Procapita för att kontrollera hur det är dokumenterat. Åtgärderna skall dokumenteras av HSL-personal under sökordet Observera efter bedömning som är journalfört under respektive sökord.</p> <p>Vi tog upp detta på APT i Augusti för att förtydliga vad som gäller, detta finns även i APT-Prokoll 2017-08-28.</p>	<p>EC/HSL- personal</p> <p>EC/HSL- personal</p> <p>EC</p>	<p>171130</p> <p>171231</p> <p>170828</p>	<p></p> <p></p> <p>171130</p>

Produktionsförvaltningen

Granskningsrapport, Hälsa- och sjukvårdsansvaret

Genomförd av: Kvalitetsansvarig för Rehab och Medicinskt ansvarig , våren 2017

Senast uppdaterad: 2017-08-17

Gäller för: Solskiftets äldreboende, Åkersberga

Granskningar av kommunal hälso- och sjukvård, allmänt

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap, samt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) § 6, att granska de verksamheter som ingår i ansvarsområdet. Det finns inget som reglerar hur det medicinska ansvaret ska utövas eller hur granskningarna bör utformas. Kvalitetsansvarig för Rehab (KAR) deltar i dessa granskningar.

Från och med hösten 2015 genomförs verksamhetsnära granskningar och tillsyner ur följande perspektiv:

- Patientens perspektiv
- Legitimerad personals perspektiv
- Delegerad personals perspektiv
- Ledningsperspektivet
- Beställarens/huvudmannens perspektiv

Frekvens

En till två gånger om året planeras granskningar av hälso- och sjukvårdsverksamheten inom huvudmannens ansvar, med olika fokusområden. Utöver detta sker kontinuerliga uppföljningar genom samverkansmöten, avtalsuppföljningar etc.

Områden

Områden som granskas vid varje tillfälle:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Habilitering och rehabilitering
- Medicintekniska produkter
- Avvikelsehantering, Lex Maria
- Rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
- Journalgranskning
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Vidtagna åtgärder sedan förra granskningen

Vid olika tillfällen kan olika fokusområden granskas t. ex:

- Kommunikation, information
- Samverkan
- Kost och måltider
- Inkontinens
- Munhälsa
- Infektioner
- Rutiner och riktlinjer

Metod

Vid granskningstillfället används följande metodik:

- Granskning av dokumentation
- Besök på enheten/bredvidgång under hela eller delar av ett arbetspass
- Genomgång av avvikelshantering och Lex Maria
- Intervju med patienter när detta är möjligt och lämpligt
- Intervju med personal, enskilt eller i grupp
- Intervju med legitimerad personal
- Intervju och återkoppling med chef

Rapport

Granskningens resultat sammanställs per enhet med krav på åtgärder och eventuella kommentarer kring sådant som fungerar särskilt bra. Respektive enhetschef återkopplar till berörda på sin enhet. Resultat av genomförda granskningar delges Vård- och omsorgsnämnden.

Reflektioner kring att granska

Eftersom en relativt hög granskningsfrekvens har valts så är omfattningen av varje granskning begränsad. Fördelen med en sådan metod är att kunna följa kvalitet och verksamhet kontinuerligt över tid. Nackdelen är att den bilden som ges vid varje granskningstillfälle kan bli missvisande i förhållande till verkligheten. Granskningar kan liknas vid fotograferingar. Det är sant att ett fotograferat objekt vid ett visst tillfälle såg ut som det avbildats på fotografiet. Det går ändå inte att helt avgöra om objektet alltid ser ut så eller om man lyckats fotografera på ett särskilt lyckat, särskilt misslyckat sätt, eller så som det faktiskt är, och förhåller sig i vanliga fall. Ambitionen är att kombinera granskningarna med en nära och tät kontakt med verksamheten som bygger på ömsesidigt förtroende och en avsikt att vilja varandras bästa. Både för granskare och för utförare borde den självklara målsättningen vara att skapa en god och säker hälso- och sjukvård i enlighet med gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer etc.

Bedömningar

Bedömning av granskning sker på två nivåer:

1. Verksamheten som helhet
2. De delar som granskats

Varje nivå får omdöme i en tregradig skala:

- A. Utifrån det som granskats finns ingen eller mycket ringa anmärkning. Ingen särskild åtgärd eller uppföljning krävs (Jämför med grönt trafikljus)
- B. Utifrån det som granskats finns anmärkning som föranleder påpekande och krav på åtgärd som följs upp vid nästkommande granskningstillfälle. (Jämför med gult trafikljus)
- C. Utifrån det som granskats finns allvarliga anmärkningar som kräver särskild handlingsplan och extra, tidsbestämd uppföljning genomförs. (Jämför med rött trafikljus)

Granskning av Solskiftets äldreboende

De delar som granskats är Hälso- och sjukvården vid äldreboendets 36 permanenta platser samt enhetens sju växelvårdsplatser.

Sammanfattning:

Det finns några punkter som ger anledning till kritik varav de allvarligaste är:

- Patienterna får inte tillräcklig fysioterapeutisk behandling och träning.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är bristfällig framförallt utanför kontorstid.
- Osäkerhet bland personalen kring vilka rutiner och metoder som gäller, på grund av motstridiga direktiv, vilket troligen är en följd av många chefsbyten.
- Patienterna på växelvårdsplatserna får inte den hälso- och sjukvård som de är berättigade till t.ex. inga bedömningar eller åtgärder gällande rehabinsatser på individnivå.
- Medicinsk omvårdnad på jourtid fungerar mycket bristfälligt och ett flertal avvikelser har rapporterats, t.ex. utebliven kontakt med sjuksköterska, felaktiga insatser etc.

För de områden/nivåer i granskningsresultatet som fått omdömet "C" vid bedömningen av kvalitén, förväntas utföraren inkomma med en handlingsplan/åtgärdsplan, senast 2017-11-01 till beställaren.

Sex journaler från boendedelen har granskats. Granskarnas slutsatser är grundade i en förförståelse för verksamheten från ett flertal verksamhetsbesök med halvdagars bredvidgång både tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och tillsammans med omvårdnadspersonal på olika enheter. Information har också hämtats från samverkansmöten och samtal med olika medarbetare samt anhöriga.

Sedan 2015 kommer verksamheten ha haft åtta olika chefer när den senaste rekryteringen är färdigställd. Rekrytering av ordinarie enhetschef är klar och den nya chefen kommer att tillträda i november 2017. Mellan den 14 augusti och slutet av november ska en ny konsultchef finnas på plats. Den nuvarande konsultchefen slutar 2017-08-16. Chefsbytena bedöms ha påverkat kvalitén i negativ riktning genom att flera processer fördröjts samt att personalen fått motsägelsefulla direktiv att arbeta efter. Planerade lokala möten på Solskiftets äldreboende, mellan enhetens hälso- och sjukvårdspersonal och KAR/MAS, har inte genomförts sedan hösten 2016. Kännedom om, och följsamhet till gällande rutiner och riktlinjer, har blivit lidande även om situationen har förbättrats vid uppföljning i juli månad 2017.

Under sommaren 2015 ändrades kravspecifikationen för hälso- och sjukvård. Vård- och omsorgsnämnden i Österåker har beslutat att alla vårdgivare, där nämnden är att betrakta som huvudman, ska ha samma krav när det gäller hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. § 1 i hälso- och sjukvårdslagen. För Solskiftets del innebar detta bl.a. ett skärpt ansvar under vistelsetiden för dem som har beslut om växelvård. Vid granskningstillfället finns fortfarande flera oklarheter när det gäller den hälso- och sjukvård som ges under vistelsetid på växelvården. För dem som vistas på växelvården är de individuella planerna bristfälliga och dokumentation för fysioterapi och arbetsterapi saknas. Dokumentationen för övrig hälso- och sjukvård är ofullständig i vissa avseenden, framförallt gällande insatser som utförts utanför kontorstid.

Granskningsresultat:

Bedömningsområde:	Verksamheten som helhet
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Notering:	<ul style="list-style-type: none">- Omvårdnadspersonalen har inte tillräcklig kännedom om, och följsamhet till gällande rutiner.- Vissa rutiner gällande hälso- och sjukvård saknas.- Hälso och sjukvårdsutförandet på växelvården behöver förtydligas främst kring samverkan med primärvården och kring rehabinsatser.- Hälso- och sjukvårdsjournalerna är ofullständiga (avser främst Rehab, växelvård och jourtid).- Sjuksköterskeinsatser på jourtid fungerar bristfälligt, t.ex. är det svårt att nå tjänstgörande sjuksköterska, flera insatser har utförts felaktigt eller ofullständigt etc.

Bedömningsområde:	Rehabilitering och habilitering
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none">- Det saknas arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska bedömningar för de patienter som vistas på växelvården.- Patienterna får inte fysioterapeutiska bedömningar och åtgärder i adekvat omfattning.- Arbetsterapeut/fysioterapeut ej delaktiga i genomförandeplaner.- Bristfällig arbetsterapi och fysioterapi på individnivå t.ex. låg träningsnivå vid gruppaktiviteter och på individuell nivå.- Rehabplaner saknas.- Behandlingsplaner är på en övergripande nivå. Tidsplan, mål och måluppfyllelse saknas.- Boende avstår från gruppträning när omvårdnadspersonal inte ledsagar.- Patienterna får inte träning i form av vardagsaktiviteter i tillräcklig utsträckning.
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none">- Bra aktiviteter utomhus i närområdet när väder och säsong tillåter.- ADL-bedömningar finns.

Bedömningsområde:	Medicintekniska produkter, MTP
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Säkerhetskontroller i samband med användning av MTP behöver följas upp, t ex lyftsela, fotstöd på rullstol, bromsfunktioner.
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none">- Sängar och liftar kontrolleras regelbundet.- Bra dokumentation och information om hur lyftselar används.- Rehabpersonalen har ordning på hjälpmedelshanteringen och följer forskrivningsprocessen.

Bedömningsområde:	Kontakt med läkare och hälso- och sjukvårdspersonal
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Överenskommen gemensam kommunikationsmodell används inte. - Samarbete och kommunikation mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal brister, framförallt på jourtid. - Rehabpersonalen har ingen direktkontakt med läkare. - Det finns patientsäkerhetsrisker eftersom teamarbetet mellan legitimerad personal inte fungerar optimalt.
Positivt intryck:	På dagtid vardagar finns ett gott samarbete mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Bedömningsområde:	Läkemedelshantering
Bedömning av kvalitet:	A. Ingen åtgärd krävs
Förbättringsområde:	Man har relativt stora förråd vilket riskerar att läkemedel går ut i datum och måste destrueras.
Positivt intryck:	Mycket god ordning och väl fungerande rutiner kring läkemedelshantering på enheten.

Bedömningsområde:	Egenvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det görs få dokumenterade egenvårdsbedömningar kring hälso- och sjukvårdsinsatser. De patienter som kan ansvara för alla eller vissa delar i sin egen läkemedelshantering ska också få ta detta ansvar. Det är viktigt att så långt som möjligt värna individens rätt till självständighet och självbestämmande.
Positivt intryck:	Man arbetar mycket utifrån individuella lösningar och överenskommelser på enheten.

Bedömningsområde:	Delegering/instruktioner
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Omvårdnadspersonal uteblir från tidsbokade delegeringsmöten med rehabpersonal. - Instruktioner för träning/behandling följs bristfälligt. - Instruktioner borde ersättas med delegeringsförfarande. - Delegeringsbesluten hänvisar till fel lagparagrafer och behöver formuleras om när det gäller ansvaret för den som tar emot en delegering.
Positivt intryck:	Mycket god ordning på de befintliga delegeringarna och en väl fungerande modell för utbildning och träning inför delegering från sjuksköterska.

Bedömningsområde:	Avvikelsehantering
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Det finns otydligheter i avvikelsehanteringsprocessen. - Personalen har fått olika direktiv kring avvikelsehanteringen beroende på vilken chef man haft. Det finns exempel på att avvikelser inte har hanterats korrekt eller inom rimlig tid. - Brister finns i åtgärder och uppföljning.
Positivt intryck:	Avvikelserapporter skrivs i stor omfattning och ledningen uppmuntrar att avvikelser rapporteras.

Bedömningsområde:	Skydds- och begränsningsåtgärder
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Det saknas strukturerade bedömningar för skydds- och begränsningsåtgärder. - Journalföringen kring dessa åtgärder är undermålig. - Det finns oklarheter kring vad som är en skydds- och begränsningsåtgärd samt hur beslut fattas för en enskild individ.
Positivt intryck:	Det finns en hög medvetenhet om risker med skydds- och begränsningsåtgärder samt att man bör prova alla andra tillgängliga metoder först, innan en skydds- och begränsningsåtgärd börjar tillämpas.

Bedömningsområde:	Hygien
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Personer som vistas på växelvården får inte sina kläder tvättade.
Positivt intryck:	All personal har en mycket hög medvetenhet om hygienens betydelse och har god kännedom om basala hygienrutiner. Det finns en tvättmaskin i varje lägenhet.

Bedömningsområde:	Vård i livets slut, VILS
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Enheten behöver arbeta med att implementera den nya nationella palliativa vårdplanen.
Positivt intryck:	Den palliativa vården fungerar väl och vården i livets slutskede drivs med värdighet och god kvalitet.

Bedömningsområde:	Inkontinens
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat
Positivt intryck:	Man arbetar i hög utsträckning med individuella förskrivningar. Sjuksköterska med förskrivningsrätt finns på enheten.

Bedömningsområde:	Trycksår
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat
Positivt intryck:	Förekomsten av trycksår är mycket låg och när det uppkommer sällan trycksår under tiden man vistas på enheten.

Bedömningsområde:	Fallprevention
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Teamarbete och multiprofessionella möten behöver utvecklas ytterligare för att arbeta med förebyggande av fall. Registreringen i Senior Alert behöver användas som lärande underlag och kunskapsåterföring. Analys av falltillbud och fallolyckor behöver utvecklas.
Positivt intryck:	Riskbedömning i Senior Alert utförs.

Bedömningsområde:	Nutrition/Mun- och tandvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	- Maten lagas av ett skolkök. Verksamheten har inte kännedom om hur maten är näringsberäknad och anpassad till äldre personers nutritionsbehov. - Dokumentationen kring patienternas näringsintag och risk för undernäring behöver stärkas.
Positivt intryck:	En trevlig måltidsmiljö och väl varierad meny. Man har ett väl fungerande samarbete med tandvårdsleverantör. Oral care utför munhälsobedömningar och Flexident utför nödvändig tandvård.

Bedömningsområde:	Demens
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Enheten har inga demensplatser. Det förekommer individer med kognitiv svikt utan demensdiagnos. Enheten behöver ta fram rutiner för hantering av situationer som kan uppstå vid beteendemässiga problem. Förskrivningen av kognitiva hjälpmedel är låg jämfört med behovet av sådana hjälpmedel.
Positivt intryck:	Antalet individer med kognitiv svikt och/eller beteendemässig problematik har minskat jämfört med tidigare år.

Bedömningsområde:	Dokumentation
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationssystemet stödjer inte hälso- och sjukvårdsprocessen i tillräcklig omfattning. Dokumentationen blir alltför fragmenterad. - Dokumentationen behöver anpassas till ICF. - Det är svårt att följa en röd tråd i dokumentationen. Det saknas en helhetsbild av patienten i journalen. - Arbetet med behandlingsplaner behöver utvecklas. - Det som dokumenteras är i vissa delar ofullständigt i förhållande till det som utförts, och det som faktiskt har inträffat. - Mål, åtgärder, måluppfyllelse saknas när det gäller rehabinsatser. - Förändringar i status dokumenteras i otillräcklig omfattning. - Informationen i journalerna skiljer sig kraftigt beroende på vem som skrivit. - Dokumentation från insatser under jourtid är mycket bristfällig, t.ex. kring vad som hänt, vilken bedömning som gjorts, vilka åtgärder som vidtagits, resultat av åtgärder etc.
Positivt intryck:	Arbetsterapeuten har bra instruktioner om hjälpmedelshantering i journalerna.

Bedömningsområde:	Övrigt
Bedömning av kvalitet:	-
Förbättringsområde:	<p>Individanpassade aktiviteter/behandlingar är otillräckliga i antal och svårighetsgrad. De boende upplever bristen på fysioterapeut genom att man har svårt att få kontakt samt att man upplever att man inte får tillräckligt med träning.</p> <p>Rehabpersonal upplever att de inte har tid att göra det som behöver göras. I brist på fysioterapeut förväntar sig övrig personal att arbetsterapeuten ska utföra uppgifterna istället.</p> <p>Rutiner, metoder och olika administrativa verktyg hanteras manuellt med papper och penna, pärmar etc. Det finns ett flertal digitala hjälpmedel, t.ex. signeringslistor, planeringsverktyg, påminnelsefunktioner etc. som förbättrar säkerheten och kvalitén i utförandet.</p>
Positivt intryck:	De boende upplever att det är trevligt och att personalen har ett gott bemötande men att de är belastade och har mycket att göra.