

# Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen  
Kerstin Odenfelt

Till Vård- och omsorgsnämnden

Datum 2018-07-09  
Dnr VON 2018/0067

## Verksamhetsuppföljning, särskilt boende, enstaka platser LOV

### Sammanfattning

Verksamhetsuppföljning av särskilda boenden, enstaka platser som är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) har genomförts, vilket redovisas i bilagda rapporter.

### Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna föreliggande rapporter.

### Bakgrund

Arbetet med uppföljning av verksamheterna inom särskilt boende inleddes under hösten 2017. Resultatet från de upphandlade verksamheterna enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) samt inom egen regi med beställning till Produktionsförvaltningen redovisades till Vård- och omsorgsnämnden i december 2017. Denna redovisning omfattar två av de särskilda boenden som är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystemet (LOV). Fokusområden har varit ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, lex Sarah samt mat och måltider.

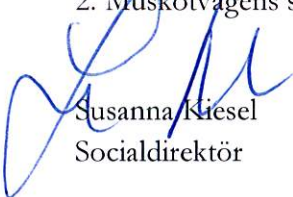
### Förvaltningens slutsatser

Vid verksamhetsuppföljningen framkom att det pågår ett kvalitets- och utvecklingsarbete inom verksamheterna där verksamheterna har kommit olika långt i sitt interna arbete. Det finns engagemang och intresse hos ledning och personal att arbeta med förbättringsförslag inom verksamheterna. Det finns dock vissa brister i det systematiska ledningssystemet för kvalitet samt inom fokusområdet mat och måltider hos en av verksamheterna.

Utföraren åläggs att upprätta en handlingsplan där det ska framgå hur de påtalade bristerna ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska lämnas till sakkunnig senast 2018-09-15.

### Bilagor

1. Smedbygårdens särskilda boende, 2018-04-26
2. Muskötvägens särskilda boende, 2018-04-25



Susanna Kiesel  
Socialdirektör



Sigbritt Sundling  
Enhetschef Staben

## Tjänsteutlåtande

---

Expedieras

## **Rapport - Verksamhetsuppföljning**

**Verksamhet:** Smedbygårdens särskilda boende, Redolaris AB

**Avtalets diarienummer:** 2017-31

**Datum för uppföljning:** 2018-04-26

### **Metod för uppföljning**

Platsbesök med intervjuer av

- enhetschef
- tre medarbetare

### **Fokusområden för uppföljning**

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 20011:9
- Lex Sarah
- Mat och måltider

### **Kort om verksamheten**

Smedbygårdens särskilda boende drivs i enskild regi. Uppdraget innebär att driva ett särskilt boende för äldre personer som har beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen och som väljer utföraren inom det valfrihetssystem som kommunen har enligt lagen om valfrihetssystem, LOV. Avtalet avser särskilt boende LOV för enstaka platser.

Smedbygården är ett äldreboende med demens inriktning avsett för totalt 56 personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. Vid det aktuella datumet för verksamhetsuppföljningen är det 25 boende som är Österåkersbor.

Boendet består av 2 "huslängor" i markplan med 8 avdelningar om 7 boende i varje.

Grundbemanningen per avdelning är 2 st omvårdnadspersonal/undersköterska som arbetar dagtid och 2 st som arbetar kväll. Bemanningen av omvårdnadspersonal är samma vardag som helg.

Vid behov, utifrån vårdbehov, bemannas verksamheten med extra personal för att stärka upp under en tidsbegränsad period.

Natttid är det 3 st undersköterskor som arbetar i hela äldreboendet, en undersköterska per "huslänga" och en som går emellan husen.

Det är 2 st sjuksköterskor som arbetar dagtid, måndag till fredag, 07.00 – 18.00.

Vardagar från kl 18.00 – 07.00 är det bemannat med sjuksköterska i beredskap.

Helger är det bemannat med sjuksköterska i beredskap från fredag kväll kl 18.00 till måndag morgon kl 07.00 med en inställetid på 30 min.

Ledningsfunktionen i verksamheten är organiserad med en enhetschef som tillsammans med 2 sjuksköterskor ansvarar för den dagliga ledningen.

Verksamhetschef och kvalitetschef ansvarar för det övergripande kvalitetsledningssystemet.

Övriga funktioner som finns att tillgå i verksamheten är ekonomiassistent, personalassistent, arbetsterapeut, fysioterapeut, vårdbiträden, vaktmästare, aktivitetssamordnare och trädgårdsmästare.

### **Beställning/Uppdrag**

Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs i de grundläggarna lagarna, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt övriga gällande lagar, föreskrifter, råd, anvisningar för att uppnå kvalitet. Det innebär sammantaget att verksamheten ska uppfylla kraven i Svensk Standard SS 872500:2015. Standarden används för att säkerställa en trygg och säker äldreomsorg med självbestämmande och delaktighet för den äldre personen. Den äldres behov och delaktighet är utgångspunkten med ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt dvs att se till det friska hos personen och att beakta varje enskild persons förutsättningar.

### **Uppföljning**

Uppföljningen görs utifrån:

- Avtal
- Lagstiftning
- Föreskrifter
- Råd och anvisningar
- Svensk Standard SS 872500:2015.

Uppföljningen genomförs på likvärdigt sätt av verksamheterna i enskild regi som av kommunens verksamhet.

Verksamhetens utvärderas utifrån hur de uppfyller kraven. Följande tre nivåer används:

- Ja
- Nej
- Delvis

### **Resultatet**

Resultatet presenteras i slutet av rapporten med de fokusområden där eventuella brister har uppmärksamats och med en kommentar att en handlingsplan ska lämnas till sakkunnig till ett specifikt datum. Det ska framgå av handlingsplanen när och hur bristerna ska åtgärdas.

## **Fokusområden för uppföljning**

### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

*"Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet." (3 kap 3 § SoL)*

*"Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras" (3 kap. 3 § SoL)*

*"Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.*

*Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*

*Det samma gäller att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten enligt SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3§§"*

#### **1.1 Ledningssystem**

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som används för att säkra verksamhetens kvalitet. 3 kap. 1§ SOSFS 2011:9*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **ledningssystem**, enligt ovan

Ja:  X

#### **1.2 Ansvar för ledningssystem**

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange vem som ansvarar för de arbetsuppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. 3 kap. 3§ SOSFS 2011:9*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **ansvar** för ledningssystem, enligt ovan

Ja:  X

#### **1.3 Användning av ledningssystem**

*Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS: planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. 3 kap. 2§ SOSFS 2011:9*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **användning** av ledningssystem, enligt ovan

Ja: X

## 2. Systematiskt kvalitetsarbete

*"Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 2§. För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska delvis beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten, enligt SOSFS2011:9, 4 kap. 4§"*

### 2.1 Riskanalys

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten. 1) uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och 2) bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen, enligt SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§.*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **riskanalys**, enligt ovan

Ja: X

### 2.2 Egenkontroll

*Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet, enligt SOSFS 2011:9 kap 2§*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **egenkontroll**, enligt ovan

Ja: X

### 2.3 Avvikelser

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska enligt SOSFS 2011:9, 5 kap 3§ ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:*

- 1. Vård- och omsorgstagare och deras närstående*
- 2. Personal*
- 3. Vårdgivare*
- 4. de som bedriver verksamhet enligt LSS*
- 5. myndigheter*
- 6. Föreningar, organisationer och andra intressenter*

*Inkomna synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, enligt SOSFS 2011:9, 6 kap. 6§*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **utredning av avvikelser**, enligt ovan

Ja: X

### Lex Sarah

*Information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska ges till den som omfattas av skyldigheten när han eller hon påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Information om vem i verksamheten som är utsedd att vara mottagare av rapporter ska också ges vid det första tillfället samt vid senare tillfälle om förändring av mottagare görs enligt SOSFS 2011:5 2 kap. 2§*

Verksamheten har kännedom om skyldigheten att rapportera och till vem, enligt ovan.

Ja: X

### Mat och måltider

*Ur Svensk Standard SS 872500:2015 har några av kraven används för att följa upp och säkerställa området mat och måltider. Det framgår av texten nedan.*

Vid Smedbygårdens särskilda boende erbjuds den boende möjlighet att välja bland alla de rätter som serveras till lunch i Smedbygårdens 8 matsalar. Verksamheten säkerställer att den äldres måltider blir fördelade jämt över den vakna tiden på dygnet. Det säkerställs att de boende erbjuds mellanmål utifrån den aktuella dagsplaneringen för varje boende och vad som är dokumenterat i genomförandeplanen. Om boende tackar nej till mellanmål dokumenteras detta och följs upp vid upprepade tillfällen.

För att inte undernäring ska förekomma hos de boende säkerställs deras näringstillstånd bl a genom att deras vikt följs upp regelbundet i nära dialog med ansvarig sjuksköterska, individuella riskbedömningar görs vid behov. Till varje måltid serveras dricka. Den boende erbjuds, att det alltid finns något att dricka i bostaden. I genomförandeplanen står beskrivet vad som är specifikt för varje boende kring mat, måltider och intag av vätska. Att nattfastan inte överstiger 11 timmar, säkerställs med hjälp av egenkontrolls program. Där dokumenteras när kvällsmål intagits av den boende. Varje morgon serveras en "förfrukost" till de boende innan frukost. Den kan bestå av nyponsoppa, yogurt etc.

***"Personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp i en särskilt inrättad boendeform/särskilt boende bör som minst ha kunskaper om vilken betydelse måltid, mat o näring har för äldre personers hälsa o välbefinnande, kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor o en god måltidsmiljö, förmåga att tillaga måltider, förmåga att stödja äldre personer vid måltider och kunskap om livsmedelshantering i enligt med SOSFS 2011:12, allmänna råd".***

- 1) **Verksamheten har säkerställt att personalen har kunskaper om vilken betydelse måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande.**

**Ja: X**

**Kommentar:**

I introduktionsprogrammet för nyanställda ingår föreläsning om matens betydelse av verksamhetens MAS och genomgång av den 7-veckorsmatsedel som är framtagen tillsammans med verksamhetschef och nutritionist. Närvarolista dokumenteras för att säkerställa att aktuell personal deltagit i utbildningen. Kompetensutbildning i ämnet ges internt till personalen.

- 2) **Verksamheten säkerställer att personal har kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö.**

**Ja: X**



**Kommentar:**

Genom att gå igenom måltidsrutinen vid introduktion av nyanställda vilket dokumenteras systematiskt.

**3) Verksamheten säkerställer personalens *förmåga att tillaga måltider***

**Ja: X**

**Kommentar:**

Genom att verksamhetsledningen äter dagligen lunch med de boende i någon av husets matsalar. Detta görs strukturerat och minst 4ggr/år per matsal. Checklista används, återkoppling ges direkt.

**4) Verksamheten säkerställer personalens *förmåga till att stödja äldre personer vid måltider.***

**Ja: X**

**Kommentar:**

Vid måltiderna i respektive matsal har en av de två i personalen rollen som måltidsvärdinna att bl a servera, plocka undan etc vid måltiden. Den andra personalen sitter ned och äter med de boende för att också vara dem behjälpliga samt föra samtal.

**5) Verksamheten säkerställer personalens *kunskap om livsmedelshantering***

**Ja: X**

**Kommentar:**

Verksamheten säkerställer att personalen har de kunskaper som krävs genom introduktionsutbildning till all nyanställd personal med utbildning och föreläsning av Anticimex i bl a livsmedelshygien, checklista används för systematisk genomgång. Någon månad senare ges en fördjupningskurs i egenkontrollprogrammet till personalen, kunskapstest görs.

**Resultat av verksamhetsuppföljningen**

Verksamhetsuppföljningen X Föranleder ingen åtgärd Föranleder åtgärd
---

<b>Inga brister har uppmärksammats inom aktuella fokusområden</b>
---

**Datum**

2018-07-11

Sakkunnig äldre, Kerstin Odenfelt

## **Rapport - Verksamhetsuppföljning**

**Verksamhet:** Muskötvägen särskilda boende, Förenade Care

**Avtalets diarienummer:** 2017-31

**Datum för uppföljning:** 2018-04-25

### **Metod för uppföljning**

Platsbesök med intervjuer av

- enhetschef
- tre medarbetare

### **Fokusområden för uppföljning**

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 20011:9
- Lex Sarah
- Mat och måltider

### **Kort om verksamheten**

Muskötvägens särskilda boende drivs i enskild regi. Uppdraget innebär att driva ett särskilt boende för äldre personer som har beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen och som väljer utföraren inom det valfrihetssystem som kommunen har enligt lagen om valfrihetssystem, LOV. Avtalet avser särskilt boende LOV för enstaka platser.

Muskötvägen är ett äldreboende med demens och somatisk inriktning avsett för totalt 60 boende med omfattande vård- och omsorgsbehov. Vid det aktuella datumet för verksamhetsuppföljningen är det 37 boende som är Österåkersbor. Boendet består av tre avdelningar med två enheter/avdelning, totalt sex enheter, 2 enheter är med demensinriktning och 4 är med somatisk inriktning. Varje enhet består av 10 lägenheter.

Grundbemanningen per avdelning/vårningsplan(20 lgh) är 5 stycken omvårdnadspersonal/undersköterska som arbetar dagtid och 4 st som arbetar kväll. Bemanningen av omvårdnadspersonal är samma vardag som helg. Vid behov utifrån vårdbehov, bemannas verksamheten med extra personal för att stärka upp under en tidsbegränsad period.

Natttid är det 4 st undersköterskor som arbetar i hela äldreboendet. De är fördelade, 2 st som arbetar på demensavdelningen och 2 st på somatiska avdelningarna.

Det är 3 - 4 st sjuksköterskor som arbetar dagtid, måndag till fredag, 07.00 – 17.00. Vardagar från kl 17.00 – 07.00 är det sjuksköterska i jour från Förenade Cares egen verksamhet, ASIH, Arninge, Bylegård som kontaktas. Inställelsetid är

30 min. Helger är verksamheten bemannad med en sjuksköterska från kl 07.00 – 17.00.

Ledningsfunktionen i verksamheten är organiserad med en verksamhetschef som tillsammans med två sjuksköterskor som är gruppleddare ansvarar för den dagliga ledningen. Gruppleddarna har en arbetsledande funktion. De deltar dagligen i omvårdnadsarbetet och de har också ett handledande och kvalitetssäkrande uppdrag.

Övriga funktioner som finns att tillgå i verksamheten är, arbetsterapeut, fysioterapeut, vårdbiträden, köksbiträden, vaktmästare, städerska och leva livet inspiratör/aktivitetsansvarig.

### **Beställning/Uppdrag**

Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs i de grundläggarna lagarna, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt övriga gällande lagar, föreskrifter, råd, anvisningar för att uppnå kvalitet. Det innebär sammantaget att verksamheten ska uppfylla kraven i Svensk Standard SS 872500:2015. Standarden används för att säkerställa en trygg och säker äldreomsorg med självbestämmande och delaktighet för den äldre personen. Den äldres behov och delaktighet är utgångspunkten med ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt dvs att se till det friska hos personen och att beakta varje enskild persons förutsättningar.

### **Uppföljning**

Uppföljningen görs utifrån:

- Avtal
- Lagstiftning
- Föreskrifter
- Råd och anvisningar
- Svensk Standard SS 872500:2015.

Uppföljningen genomförs på likvärdigt sätt av verksamheterna i enskild regi som av kommunens verksamhet.

Verksamhetens utvärderas utifrån hur de uppfyller kraven. Följande tre nivåer används:

- Ja
- Nej
- Delvis

### **Resultatet**

Resultatet presenteras i slutet av rapporten med de fokusområden där eventuella brister har uppmärksamats och med en kommentar att en handlingsplan ska lämnas till sakkunnig till ett specifikt datum. Det ska framgå av handlingsplanen när och hur bristerna ska åtgärdas.

## **Fokusområden för uppföljning**

### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

*"Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet." (3 kap 3 § SoL)*

*"Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras" (3 kap. 3 § SoL)*

*"Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.*

*Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*

*Det samma gäller att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten enligt SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3§§"*

#### **1.1 Ledningssystem**

***Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som används för att säkra verksamhetens kvalitet. 3 kap. 1§ SOSFS 2011:9***

Verksamheten uppfyller kraven avseende **ledningssystem**, enligt ovan

**Delvis:** X

**Kommentar:** Det finns ett ledningssystem för verksamheten. Det framgår inte om krav och mål har kartlagts samt klargjorts vilken verksamhet som bedrivs.

#### **1.2 Ansvar för ledningssystem**

***Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange vem som ansvarar för de arbetsuppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. 3 kap. 3§ SOSFS 2011:9***

Verksamheten uppfyller kraven avseende **ansvar** för ledningssystem, enligt ovan

**Ja:** X

### 1.3 Användning av ledningssystem

*Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS: planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. 3 kap. 2§ SOSFS 2011:9*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **användning** av ledningssystem, enligt ovan

Ja: X

## 2. Systematiskt kvalitetsarbete

*"Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 2§. För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska delvis beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten, enligt SOSFS2011:9, 4 kap. 4§"*

### 2.1 Riskanalys

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten. 1) uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och 2) bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen, enligt SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§.*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **riskanalys**, enligt ovan

Nej: X

**Kommentar:** Det framgår inte om verksamheten har en rutin för att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och att bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### 2.2 Egenkontroll

*Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som*

*bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet, enligt SOSFS 2011:9 kap 2§*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **egenkontroll**, enligt ovan

**Nej: X**

**Kommentar:** Det framgår inte hur egenkontroller utförs i verksamheten.

### **2.3 Avvikelser**

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska enligt SOSFS 2011:9, 5 kap 3§ ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:*

- 1. Vård- och omsorgstagare och deras närstående*
- 2. Personal*
- 3. Vårdgivare*
- 4. de som bedriver verksamhet enligt LSS*
- 5. myndigheter*
- 6. Föreningar, organisationer och andra intressenter*

*Inkomna synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, enligt SOSFS 2011:9, 6 kap. 6§*

Verksamheten uppfyller kraven avseende **utredning av avvikelser**, enligt ovan

**Ja: X**

### **Lex Sarah**

*Information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska ges till den som omfattas av skyldigheten när han eller hon påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Information om vem i verksamheten som är utsedd att vara mottagare av rapporter ska också ges vid det första tillfället samt vid senare tillfälle om förändring av mottagare görs enligt SOSFS 2011:5 2 kap. 2§*

Verksamheten har kännedom om skyldigheten att rapportera och till vem, enligt ovan.

Ja: X

## Mat och måltider

*Ur Svensk Standard SS 872500:2015 har några av kraven används för att följa upp och säkerställa området mat och måltider. Det framgår av texten nedan.*

Vid Muskötvägens särskilda boende, somatiska enheter, erbjuds 2 rätter att välja på till lunch. Att den äldres måltider blir fördelade jämt över den vakna tiden på dygnet säkerställs genom att det finns dokumenterat i genomförandeplanen när måltiderna ska serveras. Det säkerställs att de boende erbjuds mellanmål utifrån vad som är dokumenterat i genomförandeplanen. Om boende tackar nej till mellanmål dokumenteras detta och följs upp i dialog med sjuksköterska. För att undernäring inte ska förekomma hos de boende säkerställs deras näringstillstånd genom att deras vikt följs upp regelbundet i nära dialog med ansvarig sjuksköterska och att individuella riskbedömningar görs vid behov. Till varje måltid serveras dricka. Den boende erbjuds, att det alltid finns något att dricka. Vid vissa tillfällen, bedöms av sjuksköterska, förs vätskelista med signering. I genomförandeplanen står beskrivet vad som är specifikt för varje boende kring mat, måltider och intag av vätska. Att nattfastan inte överstiger 1 timmar, säkerställs i samband med att kvällsmedicinen ges då också extra kvällsmål serveras. Signering görs. Mätning av nattfastan görs med regelbundenhet.

*”Personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp i en särskilt inrättad boendeform/särskilt boende bör som minst ha kunskaper om vilken betydelse måltid, mat o näring har för äldre personers hälsa o välbefinnande, kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor o en god måltidsmiljö, förmåga att tillaga måltider, förmåga att stödja äldre personer vid måltider och kunskap om livsmedelshantering i enligt med SOSFS 2011:12, allmänna råd”.*

- 1) Verksamheten har säkerställt att personalen har kunskaper om vilken betydelse måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande.

Nej: X

**Kommentar:**

Verksamheten har inget system för att säkerställa att personalen har de kunskaper som krävs. Det förs närvarolista vid utbildningar som ges till personal men det framgår inte hur närvarolistan hanteras.

**2) Verksamheten säkerställer att personal har kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö.**

**Delvis: X**

**Kommentar:**

Verksamhetschefen berättar att verksamheten följer rutiner för hur god måltidsmiljö skapas. Rutinerna bygger på matlust, dukning, ljudnivå, servering och sällskap och är framtagna utifrån FAMM-modellen (The Five Aspects of Meal Model). Rutinen går igenom vid introduktion av nyanställda, och uppföljning ska ske kontinuerligt. Det är kostombuden som ansvarar för att rutinen följs.

Verksamheten har inget system för att säkerställa att personalen har de kunskaper som krävs.

**3) Verksamheten säkerställer personalens förmåga att tillaga måltider**

**Delvis: X**

**Kommentar:**

Tillagade måltider säkerställs genom att maten lagas av verksamhetens kock må – fred. Maten serveras av personal vid respektive enhet. Under helger värmer personal maten, de följer då rutiner och gör egenkontroll enligt fastställd föreskrift. Verksamheten har inget system för att säkerställa att personalen har den förmåga som krävs för att iordningställa och servera de tillagade måltiderna.

**4) Verksamheten säkerställer personalens förmåga till att stödja äldre personer vid måltider.**

**Ja: X**

**Kommentar:**

Det säkerställs genom pedagogiska måltider vilket innebär att personalen sitter ned och äter smakportion med de boende, är behjälplig med stöd till de boende som behöver det samt för samtal under måltiden.

**5) Verksamheten säkerställer personalens kunskap om livsmedelshantering**

**Delvis: X**

**Kommentar:**



Verksamheten säkerställer att personalen har de kunskaper som krävs genom introduktionsutbildning till nyanställd personal, checklista används för systematisk genomgång. Dietist ger internutbildning inom företaget. Egenkontrollprogram med checklista används i köken på varje våningsplan. Det saknas system för att säkerställa att personalen har de kunskaper som krävs.

## Resultat av verksamhetsuppföljningen

<b>Verksamhetsuppföljningen: Föranleder ingen åtgärd</b> <b>X Föranleder åtgärd</b>
<b>Brister har uppmärksammats inom följande områden:</b>
<b>X Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</b>
<b>X Riskanalys</b>
<b>X Egenkontroll</b>
<b>Utredning av avvikelser</b>
<b>Lex Sarah</b>
<b>X Mat och Måltider</b>
<b>Kommentar:</b> En handlingsplan för när och hur påtalade brister ska vara åtgärdade lämnas till sakkunnig senast 2018-09-15

### Datum

2018-07-11

Sakkunnig äldre, Kerstin Odenfelt