



Lipplands-Bro
KOMMUNEN SOM GER PLATS

Handlingar till
Äldre- och omsorgsnämndens
sammanträde
den 27 januari 2021

Dagordning

Beslutsärenden

- | | |
|--|----|
| 1 Avtalsuppföljning Attendo Hagtorp år 2020 | 3 |
| 2 Ledamotsinitiativ- Tillsätt en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre | 28 |

Rapporter

Delegationsbeslut

- | | |
|---|----|
| Beslut om förlängt besöksstopp inom särskilda boenden för äldre i Upplands-Bro kommun | 34 |
| Tilldelningsbeslut gällande deltagande i valfrihetssystem LOV för särskilt boende för äldre samt tecknande av driftsavtal | 36 |
| Delegationslista avgiftsbeslut 201201 - 201231 | 53 |

Anmälningar

- | | |
|--|-----|
| Skrivelse från Vårdföretagarna angående ersättning för merkostnader till följd av covid-19 | 54 |
| Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Välfärdsteknik med de äldre i fokus 2021 | 59 |
| Kommunfullmäktiges beslut § 209 - Svar på motion om sex timmars arbetsdag med bibehållen lön i vård och omsorg | 108 |



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
	ÅON 20/0198	

Äldre- och omsorgsnämnden

Avtalsuppföljning Attendo Hagtorp år 2020

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets avtalsuppföljning på Attendo Hagtorp vård- och omsorgsboende som genomfördes den 13:e samt den 15:e oktober år 2020.

Sammanfattning

Avtalsuppföljning genomfördes under två dagar för att täcka samtliga områden inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. 78 avtalspunkter följdes upp. Efter uppföljningen återkopplades resultatet till verksamheten och en handlingsplan begärdes in. Kompletteringar lämnades in i samband med handlingsplanen och socialkontoret bedömde om kravet uppfylldes efter kompletteringen. Av 78 avtalspunkter som följdes upp var bedömningen att 75 punkter helt eller delvis följs. De tre punkter som inte uppnåddes alls var mätning av nattfasta som inte var genomförd, egenkontroll gällande basal hygien kunde inte uppvisas vid uppföljningen i oktober men kompletterades sedan samt rutiner för egenkontroll vilket även kompletterades med. Efter komplettering var bedömningen av 77 avtalspunkter helt eller delvis följs.

Det finns i verksamheten ett tydligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med beskrivna processer och tillhörande lokala rutiner. Medarbetarintervjuer berörde några områden som bedömdes vara av vikt och intervjuerna styrker att efterfrågade rutiner är implementerade inom dessa områden. Det finns dock förbättringsmöjligheter inom några delar. Hälso- och sjukvården bedöms ha blivit påverkad av den sjuksköterskeomsättning som varit sedan avtalsstart även om flertalet delar idag uppfylls. Aktiviteter är ett annat förbättringsområde som efter inlämnande av handlingsplan dock har utvecklats.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 15 december år 2020.
- Avtalsuppföljning Attendo Hagtorp år 2020, bilaga 1.
- Kvalitetsuppföljning Hagtorp HSL år 2020, bilaga 2.



Ärendet

Genomförande

Enligt avtal mellan Upplands-Bro kommun och Attendo Sverige AB, som driver Hagtorps vård- och omsorgsboende på entreprenad sedan i maj år 2019, genomför socialkontoret avtalsuppföljning årligen. Årets uppföljning var planerad att genomföras under maj månad år 2020 då verksamheten varit i drift under ett år. Denna planering fick skjutas på framtiden utifrån rådande läge med pågående pandemi och besöksstopp inom särskilda boenden för äldre. Verksamheten har dock sedan avtalsstart nära följts upp på andra sätt, dels utifrån uppmärksammade brister dels genom planerade månadsvisa samverkansmöten.

Avtalsuppföljningen genomfördes av socialkontorets kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvariga sjuksköterska under två dagar för att täcka samtliga områden inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Från Attendo medverkade verksamhetschef, biträdande regionchef, sjuksköterska (del av uppföljning) och samordnare (del av uppföljning). Kock och medarbetare intervjuades också. Samtliga avtalspunkter följdes upp vid årets uppföljning. Detta år genomfördes inga brukarintervjuer med anledning av risken för smittspridning av coronavirus.

Uppföljningsmallen följer, som tidigare, Sveriges kommuners och regioners (SKR) mall i utformning.

Bedömningen i rapporten har tydliggjorts med markering i olika färger:

- Grönt = resultatet överensstämmer helt med kravet
- Gult = resultatet överensstämmer delvis med kravet
- Rött = resultatet överensstämmer inte alls med kravet

78 avtalspunkter följdes upp. Efter uppföljningen återkopplades resultatet till verksamheten och en handlingsplan begärdes in. Attendo ombads lämna in en handlingsplan för samtliga röda och gula resultat. Kompletteringar lämnades in i samband med handlingsplanen och socialkontoret bedömde därefter om kravet uppfylldes efter kompletteringen.

Resultat

Av 78 avtalspunkter som följdes upp var bedömningen att 75 punkter helt eller delvis följdes vid första uppföljningstillfället. Även mindre avvikelser från avtalspunkten har bedömts som gult resultat. Efter komplettering är bedömningen att 77 av 78 punkter följs helt eller delvis. I tabellen redovisas fördelningen i sin helhet mellan röda, gula och gröna resultat.



	Gröna	Gula	Röda
Vid uppföljningstillfället	46 punkter (59%)	29 punkter (37%)	3 punkter (4%)
Efter komplettering/ inlämning av handlingsplan	53 punkter (68%)	24 punkter (31%)	1 punkt (1%)

Identifierande förbättringsområden

Aktiviteter

Det har under året uppmärksammats att det har funnits brister inom området aktiviteter, både aktiviteter i grupp och enskilda aktiviteter samt utevistelse. Vid uppföljningen ses en förbättring inom området men verksamheten når inte riktigt upp till samtliga avtalade delar. Främst är det dokumentationen av genomförda och erbjudna aktiviteter som brister. Vid komplettering lämnas dokumentation (utdrag ur planeringssystemet) som säkerställer att gruppaktiviteter genomförs enligt avtal. Verksamhetschef beskriver att enskild tid/aktivitet genomförs regelbundet men att dokumentation saknas i vissa fall.

Dokumentation

Dokumentation bedöms genom dokumentationsgranskning av ett fåtal journaler, både hälso- och sjukvårdsjournal och social journal granskas. Den sociala dokumentationen bedöms i sin helhet som godkänd. I hälso- och sjukvårdsjournalen finns nödvändiga bedömningar genomförda men ibland saknas utvärderingsdatum eller tydliga åtgärds/vårdplaner kopplade till bedömningen.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsdelarna bedömdes dels genom uppföljning av avtalspunkter enligt bilaga 1, avtalsuppföljning, dels genom inhämtning av underlag innan uppföljningen enligt bilaga 2. Sammanfattningsvis visade uppföljningen genomgående att den omsättning och brist på kontinuitet vad gäller sjuksköterskor i verksamheten sedan avtalsstart har medfört att uppföljningar gällande den hälso- och sjukvård sjuksköterskor ansvarar för har blivit delvis eftersatt. Sjuksköterska med forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel finns till exempel ej i verksamheten i dagsläget och vårdplaner har delvis blivit eftersatta.

Kvalitetsarbete

Plan för egenkontroll saknas vid uppföljningen, flertalet egenkontroller är dock genomförda. Dessa kompletteras och godkänns därefter. Lex Sarah rutiner finns som är tydliga, verksamheten har haft flera allvarliga händelser som har utretts. Socialkontoret önskar tydligare återkoppling kring dessa. Dock har



utredningar initierats när händelser har uppstått samt åtgärder vidtagits omgående.

Personalfrågor

Kompetensen inom området demens behöver stärkas och verksamheten har tagit fram en plan för genomförande. Bristande svenska hos delar av personalen är en utmaning nationellt inom äldreomsorgen, likaså till viss del på Attendo Hagtorp. En övergripande kompetensutvecklingsplan saknades vid uppföljningen men har därefter inkommit.

Medarbetarintervjuer

Medarbetarintervjuer genomfördes med fyra medarbetare. Fyra olika områden berördes, överrapportering, aktiviteter, avvikelshantering och delegering. Medarbetarna var överlag samstämmiga i sina svar. De kunde tydligt beskriva hur verksamheten arbetar med avvikelshantering och delegering på ett välfungerande sätt. De beskrev vidare att aktiviteter erbjuds på samtliga avdelningar både enskilt och i grupp, men att den boende inte alltid önskar delta. Medarbetarna beskrev vidare att det fanns fungerande arbetsätt för överrapportering men att personalen ibland fick arbeta över för att hinna rapportera, rutiner för detta har efter kompletteringen uppdaterats.

Fortsatt uppföljning

Socialkontoret gör bedömningen att verksamheten fortsatt nära ska följas upp. Socialkontoret har månadsvisa samverkansmöten inplanerade under hela våren 2021. Resultatet på avtalsuppföljningen samt kopplade åtgärder kommer regelbundet följas upp vid dessa möten. Vid samverkansmötena närvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetsutvecklare, representant från biståndsenheten från Upplands-Bro kommun och från Attendo Hagtorp verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Barnperspektiv

Avtalsuppföljningen ska säkerställa att verksamheten erbjuder en god vård- och omsorg för samtliga boende. De boende kan ha anhöriga/närstående som är barn som besöker verksamheten och sin närstående. I övrigt bedöms ärendet inte påverka barn.



██████████

██████████

Bilagor

1. Avtalsuppföljning Attendo Hagtorp år 2020, bilaga 1.
2. Kvalitetsuppföljning Hagtorp HSL år 2020, bilaga 2.

Beslut sänds till

- Enhetschef biståndsenheten
- Verksamhetschef Attendo Hagtorp (cecilia.stromberg@attendo.se)



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Uppföljning av krav

	Leverantör		Medelvärde Resultat	
--	------------	--	---------------------	--

1. Numrerade krav

Kraven i förfrågningsunderlag och avtal numreras för att lättare kunna identifieras och eftersökas.

2. Krav

Varje krav i förfrågningsunderlaget, avtalet eller det interna styrdokumentet beskrivs.

3. Värdering

Varje krav värderas och bedöms utifrån hur stor sannolikheten är att kravet inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli om kravet inte uppfylls. Vikten anges på en tregradig skala där en 3:a innebär stor vikt och en 1:a innebär liten vikt. Numreringen görs för att kunna ställas i relation till resultatet. Värderingen är en subjektiv bedömning utifrån verksamhetens art och omfattning.

1= liten vikt

2= medelstor vikt

3=stor vikt

4. Gruppering

Många förfrågningsunderlag och avtal innehåller ett omfattande antal krav. För att få en bild av vilka krav som ställs kan det finnas behov av att gruppera kraven. Det kan vara krav på leverantören eller på verksamheten. Kraven kan t ex utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer på God vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Kraven kan också vara formulerade utifrån process, struktur eller resultat. Detta skulle t ex kunna innebära ett processkrav som krav på rutiner för nyckelhantering, strukturkrav som krav på antal personal och med viss utbildning och resultatkrav som t ex registrering i registrering eller brukarnöjdhet.

5. Hur uppföljningen ska genomföras

Hur kravet ska följas upp måste definieras redan när kravet formuleras. Uppföljningen kan genomföras med olika metoder som t ex besök i verksamheten, brukarundersökningar, registrering i olika register, kollegiegranskningar, oanmälda inspektioner.

6. När uppföljningen ska genomföras

När och hur ofta kraven ska följas upp är beroende av hur stor sannolikheten är att dessa inte kommer att uppfyllas och hur omfattande konsekvenserna skulle kunna bli (riskanalys). En del krav ska kanske därför följas ofta och med stor regelbundenhet medan andra följs upp innan avtalet tecknas eller vid oanmälda besök i verksamheten.

7. Vem eller vilken funktion som ska genomföra uppföljningen

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller landstinget som t ex medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Uppföljningen kan genomföras av olika personer eller funktioner i kommunen eller i samhället som t ex medarbetare, översynsberedning (VVO), kontrollen, upphandlingsenhet. Uppföljningen kan i andra fall genomföras av den egna enheten och sedan redovisas för beställaren.

8. Resultat

Resultatet överensstämmer helt med kravet.

Resultatet överensstämmer delvis med kravet.

Resultatet överensstämmer inte alls med kravet.

9. Bedömt resultat på en numererad skala, 1,2 eller 3

Resultatet kan värderas på en tregradig skala. Detta blir då en subjektiv bedömning av i vilken omfattning som kravet är uppfyllt.

Resultat som helt överensstämmer med kravet bedöms som en 1:a.

Resultat som delvis överensstämmer med kravet bedöms som en 2:a.

Resultat som inte alls överensstämmer s med kravet bedöms som en 3:a.

10. Det bedömda resultat redovisat som en färg, grönt, gult eller rött

I den aktuella excel-filen översätts det bedömda resultatet till en färgmarkör, vilket sker automatiskt utifrån hur resultatet bedömts på skalan 1-3.

Resultatet överensstämmer helt med kravet bedöms som en 1:a och redovisas med en grön färg.

Resultatet överensstämmer delvis med kravet bedöms som en 2:a och redovisas med en gul färg.

Resultatet överensstämmer inte alls med kravet bedöms som en 3:a och redovisas med en röd färg.

11. Åtgärd med anledning av resultatet

Resultaten kan innebära att åtgärder måste sättas in som t ex avdrag på ersättningen, plan över hur bristen ska åtgärdas. I bakgrunden kan det finnas en lokal "sanktionstrappa" från påpekande till uppsägning av avtal.

12. Uppföljning av åtgärd

Om resultatet har föranlett några åtgärder måste också dessa följas upp så att kraven kan garanteras.

GRAFEN

Grafen visar på vikten i relation till de bedömda resultatet. Stor vikt (= 3) och dåligt resultat (=3) innebär att här bör extra uppmärksamhet läggas och eventuella insatser göras.



Avtalsuppföljning Attendo Hagtorp












Uppföljningen utgår från avtal med tillhörande upphandlingsdokument

Upprättad 2020-10-09



	Krav	Hur	Resultat	Bredd svaret	Åtgärd/handlingsplan	Bredd resultat				
2.0	Krav på anbudsgivaren									
2.13	Utföraren har ett miljöledningssystem eller liknande som beskriver planering, genomförande, uppföljning och åtgärder	Ledn.sys	Finns digitalt övergripande. Lokala skriftliga rutiner finns ej. Lokala mål saknas.	2	PDF som övergripande beskriver Attendos miljöledningssystem har lämnats in. Lokala rutiner saknas fortsatt.	2				
	Kommunens miljömål som är relevanta för verksamheten följs - Matsvinnet ska minska årligen - Andel ekologiska livsmedel ska vara 50% år 2020 - Minskad mängd avfall årligen		Kärl för matavfall finns numera, nyinförskaffat. Mätning gjord men finns inget att jämföra med. Kocken anger att ca 40-50% är ekologiskt. Upplands-Bro kommun rekommenderar att månadsmätning genomförs gällande ekologiska livsmedel samt mätning av matsvinn.	1	Upplands-Bro kommun vill att mätning ska redovisas årligen av andel ekologiska livsmedel vilket även ska styrkas med tex fakturor/specifikationer för inköp	1				
4.0	Kravspecifikation									
4.4	Värdegrund									
4.4	Verksamheten ska arbeta utifrån den nationella värdegrunden samt Upplands-Bro kommuns värdegarantier. Rutin för värdegrundsarbete ska finnas.	Rutin	Finns. Ska börja göras mer systematiskt och planerat. Värderingscoacher finns som träffas regelbundet. Punkt finns på APT.	1		1				
4.5	God och säker vård och omsorg									
4.5.3.1	Utföraren ska erbjuda stöd, service, och omsorg så att brukaren känner trygghet, självbestämmande, kontinuitet, delaktighet, integritet och inflytande.	Beskrivning av arbetssätt	Rutin för inflytande och delaktighet. Välkomstsamtal inom 14 dagar efter inflyttning. Checklista finns. Levnadsberättelse erbjuds att lämnas Finns ett processområde i ledningssystemet.	1		1				
4.5.3.2	Vård och omsorg vid demenssjukdom Utföraren ska säkerställa personalens kompetens inom området.		Ambition att alla ska ha demens ABC, alla har inte det idag men det planeras under 2020. BPSD-registret och BPSD-team finns och BPSD-ombud finns på alla avdelningar.	2		2				
4.5.3.3	Kost, måltider och nutrition									
	Mätning av nattfasta visar att nattfastan inte överstiger 11 timmar	Uppvisa senaste mätning	Mätning ej genomförd.	3	Ingen kommentar gällande om detta är påbörjat eller hur det ska säkerställas framöver har inkommit	3				
	Veckomatsedel finns som är uppdaterad och lättillgänglig för de boende		Finns, daglig och veckomatsedel finns. Presenteras veckan innan och de boende får välja maträtt. Dagens meny anges på griffeltavla på resp. enhet.	1		1				
	Utsedd kontaktperson som ansvarar för måltidfrågor finns		Kock Tatiana.	1		1				

	Utföraren ska minst två gånger årligen följa upp hur nöjda de boende är med måltiden.	Uppvisa resultat av mätning	Utifrån pandemin inga stormöten. Kock har frågat de boende regelbundet. Sammanställning kan inte visas.	Dokumentation från ett kostråd lämnas in. Detta säkerställer inte kravet på att uppföljning av nöjdhet med maten har skett två gånger årligen.	2
	Samtliga medarbetare som hanterar mat ska ha adekvat utbildning i livsmedelshygien	Uppvisa utbildningsbevis	Alla som hanterar livsmedel har gjort intern livsmedelsutbildning. Diplom ges efter klar utbildning. Gjordes förra hösten. Nyanställda gör den vid start samt årligen för samtliga anställda.		1
4.5.3.5	Aktivering, utevistelse, social gemenskap och kontakter				
	Utföraren ska erbjuda en timmes enskild aktivitet för samtliga brukare varje vecka.		Erbjuds men inte säkerställt att det genomförs. Ska dokumenteras i SOL-journal men är inte alltid gjort.	Dokumentation inlämnad från planeringsverktyget. Från denna går att utläsa att egen tid har genomförts med olika boende olika dagar. Det finns inte dokumentation som säkerställer att samtliga boende erbjuds egen tid veckovis. Detta ska kunna styrkas vid dokumentationsgranskning.	2
	Gemensam skriftlig plan för varierande veckoaktiviteter finns		Finns schema men behövs tydligare uppföljning. Fungerar bättre på två av verksamhetens fyra enheter. Aktivitetsansvarig finns på alla enheter, som ska ges mer ansvar. Ska läggas in i planeringsverktyget mobil omsorg för att k... + II	Attendo har inkommit med dokumentation från planeringsverktyget mobil omsorg. I denna framgår (under vald period) att aktiviteter har genomförts dagligen.	1
	Minst 30 min utevistelse/promenad erbjuds samtliga boende dagligen		Erbjuds, men finns behov av tydligare uppföljning.	Dokumentation inlämnad från planeringsverktyget. Från denna går att utläsa att promenader har genomförts. Det framgår dock inte att samtliga boende erbjuds detta dagligen. Detta krävs inte att det dokumenteras i planeringsverktyget utan ska gå att läsa i social journal.	2
4.5.3.6	Kontaktman Rutin för kontaktmannskap finns som beskriver uppdraget	Rutin	Finns.		1
4.5.3.9	Brukarråd och anhörigträffar				
	Brukarråd hålls minst två gånger årligen	Uppvisa protokoll	Individuella samtal. Ingen sammanställning. Rådande rekommendationer utifrån pandemin har hindrat.		1
	Anhörigträffar hålls minst två gånger årligen	Uppvisa protokoll	En anhörigträff. Corona hindrat att flera genomförts. Veckobrev har skickats.		1
4.5.3.10	Kundnöjdhet följs upp årligen avseende genomförandet av stöd- service- och omsorgsinsatser	Uppvisa resultat av mätning	Hagtorp saknade resultat på brukarundersökningen från socialstyrelsen. Anonyma närstående som är Attendos egna undersökning där anonyma anhöriga besöker verksamheten är genomförd med gott resultat. Ingen egen uppföljning är planerad. Närståendeundersökning kommer ske i november.		2
4.5.3.74	Dokumentation enligt SOL				

	All dokumentation (SOL och HSL) som rör den enskilde ska förvaras skyddad mot obehörig åtkomst, brand och fukt.		HSL finns på ssk-exp. SOL finns på varje avdelning i ej brandskyddat skåp, dock finns allt i digital form. Levnadsberättelse finns i SOL-skåpet, går idag inte att lägga in digitalt.		1
	Rutin för social dokumentation enligt SOL finns, vilken även ska innehålla tillvägagångssätt vid driftsstopp.	Rutin	Finns.		1
4.5.3.74. Granskning av SOL-dokumentation genom stickprov					
	Aktuell genomförandeplan finns för alla brukare som beskriver vilka insatser som ska ges (hur och när)	Stickprov i journal	Journal 1: Ja Journal 2: Ja Journal 3: Ja Journal 4: Ja		1
	Genomförandeplanen följs upp och uppdateras regelbundet	Stickprov i journal	Journal 1: 1 g/år Journal 2: 1 g/år Journal 3: Senaste från 2019-11 Journal 4: 1g/år		1
	Genomförandeplanen har mätbara mål som regelbundet följs upp	Stickprov i journal	Journal 1: Ja, följs delvis upp Journal 2: Ja, följs delvis upp Journal 3: Ja, följs delvis upp Journal 4: Ja, följs delvis upp Regelbunden uppföljning av mål behöver förbättras		2
	Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företsrådare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen	Stickprov i journal	Journal 1: Ja Journal 2: Ja Journal 3: Ja Journal 4: Ja		1
	Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen	Stickprov i journal	Journal 1: Ja Journal 2: Delvis Journal 3: Ja Journal 4: Ja		1
4.5.4 Krav avseende kommunal hälso- och sjukvård					
	Sjuksköterska ska finnas att tillgå dygnet runt alla timmar i veckan. Inställelsetid vid användning av mobilt team ska vara max 30 min.		Ja. Finns ingen tidsmätning gällande inställelsetid. Avvikelse skrivs om tiden överstiger 30 min, finns två avvikelser rapporterade. Inga mätningar görs, utan det är isåfall personal som rapporterar.		1
	Patientsäkerhetsberättelse lämnas årligen in till kommunens MAS senast 1/3.		Ja.		1
	Utföraren ansvarar för att personalen har nödvändig utbildning i hygien och att fortbildning sker kontinuerligt.	Uppvisa utbildningsbevis.	I smb med corona gick alla igenom basal hygien, digitala. Alla har diplom i akter. I smb med nyanställning får alla göra.		1
4.5.4.1	Namngiven verksamhetschef enligt HSL finns namngiven.		Ja, Cecilia Strömberg. Har idag även HSL-ansvar. Innan hade ssk Annika detta tom 18/8.		1

4.5.4.3	Rutiner för informationsöverföring mellan verksamhetens yrkeskategorier finns.	Rutin	Muntlig rutin finns, skriftliga rutiner kan inte uppvisas, dessa behöver uppdateras. 3 tillfällen under dagen sker överrapportering mellan omsorgspersonal. Ssk tar rapport av mobila teamet dagligen och lämnar rapport vid dagens avslut. Morgonmöte sker ssk, VC, samordnare - punkter finns skriftligt.	Skriftliga rutiner är inlämnade. Det behöver förtydligas hur rapportering till rehab sker.	1
4.5.4.4	Dokumentationsgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal				
	Rutin för dokumentation enligt HSL finns vilken även ska innefatta tillvägagångssätt vid driftsstopp.	Rutin	Finns.		1
	Samtliga patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser har en uppdaterad vårdplan	Stickprov och inlämnat underlag	Ja. Två stickprov i HSL-journal tas. Journal 1 Inkontinens, ja. Fall, delvis. LM-hantering, ja. Journal 2 Ja. Uppföljningsdatum saknas		2
	Samtliga patienter har en rehabiliterings/funktionsbedömning	Stickprov och inlämnat underlag	Finns, föregående ssg/FT gjorde, men nya ssg/FT har inte hunnit se över detta ännu. Två stickprov i HSL-journal tas Journal 1 Ja. Journal 2 Saknas.		2
	Samtliga patienter har en ADL-bedömning	Stickprov och inlämnat underlag	Finns. Två stickprov i HSL-journal tas. Journal 1 Ja. Journal 2 Ja.		1
4.5.4.12	Samtliga patienter har en uppdaterad riskbedömning för fall	Stickprov och inlämnat underlag	Bedömningen är gjord men alla har inte vårdplan. Två stickprov i HSL-journal finns Journal 1 Bedömning gjord. Saknas utvärderingsdatum. Journal 2 Bedömning och åtgärder finns. Önskvärt att använda senior alerts färdiga mall för åtgärdsplaner och för in riskbedömningarna i senior alert. Åtgärder och uppföljningsdatum behöver förtydligas.		2
	Samtliga patienter har en uppdaterad riskbedömning för trycksår	Stickprov och inlämnat underlag	Bedömningen är gjord men alla har inte VP. Två stickprov i HSL-journal finns Journal 1 Bedömning gjord. Saknas utvärderingsdatum. Journal 2 Bedömning gjord. Önskvärt att använda senior alerts färdiga mall för åtgärdsplaner och för in riskbedömningarna i senior alert. Åtgärder och uppföljningsdatum behöver förtydligas.		2

	Samtliga patienter har en uppdaterad riskbedömning för undernäring	Stickprov och inlämnat underlag	Bedömningen är gjord men alla har inte VP. Två stickprov i HSL-journal Journal 1. Bedömning gjord. Saknas utvärderingsdatum. Journal 2. Bedömning gjord. Önskvärt att använda senior alerts färdiga mall för åtgärdsplaner och för in riskbedömningarna i senior alert. Åtgärder och uppföljningsdatum behöver förtydligas.	2	2
	Samtliga patienter har en uppdaterad riskbedömning för munhälsa	Stickprov och inlämnat underlag	Problem med inloggning. Bedömningarna är gjorda, nya ssk ska se över detta. Två stickprov i HSL-journal finns Journal 1. Bedömning gjord. Saknas utvärderingsdatum. Journal 2. Bedömning gjord. Önskvärt att använda senior alerts färdiga mall för åtgärdsplaner och för in riskbedömningarna i senior alert. Åtgärder och uppföljningsdatum behöver förtydligas.	2	2
4.5.4.17	Dokumenterade uppgifter finns om patientens tandvård och munhygien.	Stickprov och inlämnat underlag	Smittskyddens utvärdering av munhälsobedömningar har pga pågående pandemi ännu inte fått klartecken av smittskydd att besöka äldreboenden för bedömningar. Bedömningar finns på några sedan tidigare. Två stickprov i HSL-journal Journal 1. Finns. Journal 2. Ssk-bedömning finns, saknas uppgifter om tandvårdsstöd.	2	2
4.5.4.8	Läkemedelshantering				
	Lokal rutin för läkemedelshantering finns	Rutin	Finns.	1	1
	Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen är genomförd av farmaceut	Uppvisa protokoll	Ska göras 21/10 2020. Gjordes ej 2019 av Attendo.	1	1
	Akut- och buffertförråd finns på boendet		Ja	1	1
4.5.4.9	Rehabilitering och habilitering Utföraren ska ansvara för handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt för omsorgspersonalen		Avdelningsmöten en gång i månaden där rehab medverkar, där denna fråga lyfts regelbundet.	1	1
4.5.4.10	Delegering Rutiner för delegering finns	Rutin	Finns. Rehabpersonal delegerar inte arbetsuppgifter när egna rutiner rör detta, finns ej inom verksamheten.	1	1
4.5.4.11	Medicintekniska produkter, tekniska hjälpmedel och förbrukningsartiklar Rutiner för funktions- och säkerhetskontroll av medicintekniska produkter finns och kontroll är genomförd	Rutin	2020-01 sängar och lyftar. Årshjul finns för resten. Finns ej årshjul för blodtrycksmanchetter, saturationsmätare och dyl. Detta saknas.	2	1

	<u>Riskbedömningar</u> Rutiner för riskbedömning (MNA, DFRI, Norton, ROAG) finns	Rutin	Saknas skriftlig rutin men finns delvis i rutin för inflyttning.	2	Rutin för fallrisk (DFRI) är inlämnad men saknas fortsatt för övriga områden.	2
4.5.4.12	<u>Vård i livets slutskede</u> Rutiner för vård i livets slutskede finns	Rutin	Finns.	1		1
4.5.4.15	<u>Tandvård och munhygien</u> Tandvårdstödsintyg utfärdas för brukaren samt munhålsbedömning erbjuds till den som är berättigad till detta		Problem med inloggning i Symfoni för ny ssk, därav har alla inte fått detta. Enligt systemet finns 23 st som har tandvårdstödsintyg.	2		2
4.5.4.17	<u>Medicinsk fotsjukvård</u> Utföraren ansvarar för att tillhandahålla medicinsk fotsjukvård utifrån läkarbedömning.		Läkare skriver remiss. 7 boende har rätt till detta idag. Medicinsk fotsjukvårdare kommer till huset.	1		1
4.5.4.18	<u>Vårdhygien</u> Egenkontroll för basal hygien inkl. klädregler är genomförd i form av observation och självskattning	Presentera senaste resultatet	Ej genomförd. Rutinen är att detta ska göras kvartalsvis.	3	Protokoll från två hygienronder (observation) lämnas in vid komplettering, genomförda i juni och november. Självskattning är inte genomförd.	2
4.5.4.19	Inhämtat underlag från kommunens MAS bedöms i huvudsak vara godkänt		Genomgående visar uppföljningen att den omsättning och brist på kontinuitet vad gäller sjuksköterskor i verksamheten sedan avtalsstart har medfört att uppföljningar m.m gällande den hälso- och sjukvård sjuksköterskor ansvarar för har blivit eftersatt. Ssk med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel finns tex ej i verksamheten i dagsläget, vårdplaner har delvis blivit eftersatta.	2		2
4.6	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns som beskriver					
	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns som beskriver verksamhetens processer med tillhörande rutiner.	Ledn.sys	Finns. Huvudprocesser är angivna och även tillhörande rutiner.	1		1
4.6.2	<u>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet</u> Utförarens ska säkerställa att personalen arbetar i enlighet med verksamhetens processer och rutiner samt ges möjlighet till medverkan i kvalitetsarbetet.		Finns. Kvalitetsmöte månadsvis. Kvalitetssamordnare är en usk. Chef, ssk deltar och rehab om det passar med dagar. Kvalitetsombud ska utses. Protokoll från kvalitetsmöte lyfts på avdelningsmöten.	1		1
4.6.4.2	<u>Hantering av avvikelser</u> Leverantören ska ha ett system för avvikelshantering och skriftliga rutiner gällande avvikelshantering.	Rutin	Finns. Delar kring tillbud/arbetskada finns i samma rutin som avvikelser trots att detta handlar om arbetsmiljö, dessa rutiner bör särskiljas.	2	Ny rutin för avvikelshantering är inte bifogad handlingsplanen.	2
4.6.5	<u>Synpunkter och klagomål</u> Utförarens ska ha skriftliga rutiner för synpunkt- och klagomålshantering.	Rutin	Finns.	1		1
4.6.6	Rapporteringskyldighet					

	Rutin finns för Lex Sarah samt rapportering sker till kommunen enligt avtal.	Rutin	Ja. Rapportering sker enligt avtal men återkoppling kring resultat har varit otydligt.	2		2
	Skriftlig rutin gällande vårdskada/ risk för vårdskada samt allvarlig sådan finns. Samt rapportering sker till kommunen enligt avtal.	Rutin	Finns. Står på ett ställe att rapportering sker till Socialstyrelsen, troligen felskrivning då det står IVO i resten av dokumentet.	1		1
4.6.7	<u>Risakanalys</u> Rutiner för arbetet med riskanalyser finns och riskanalyser genomförs regelbundet.	Rutin	Rutin finns, senast genomförda riskanalys granskas och godkänns.	1		1
4.6.8	<u>Egenkontroll</u> Rutin för egenkontroll finns och egenkontroller är genomförda i tillräcklig omfattning för att säkra verksamhetens kvalitet	Rutin	Saknas. Finns digitalt, men saknas i det lokala ledningssystemet. Arbetsätt behöver struktureras upp och lokala rutiner skapas.	3	Rutin samt genomförda egenkontroller lämnas in.	1
4.6.9	Kvalitetsberättelse skickas årligen till kommunens kvalitetsutvecklare senast 1 mars.		Till viss del saknas resultat med kopplade åtgärder.	2		2
4.7.1.1	Generellt beträffande personal					
	Personalen ska kunna kommunicera på god svenska i både tal och skrift		Oftast. En del personal som togs över från föregående utförare har dålig svenska. Vid nyanställning kollas svenska av vid intervjuer.	2		2
	Personalen har adekvat omvårdnads/omsorgsutbildning på gymnasienivå eller motsvarande. Vid nyrekrytering är detta ett krav.	Andel usk	Andel usk 64%. 2 senaste anställningarna är vårdbiträden, dessförinnan usk som fått fortsätta inom företaget.	1		1
4.7.1.2	Bemanning med nödvändig kompetens					
	Bemanningen ska vara sådan att avtalade åtaganden kan uppfylls, tex aktiviteter. En trygg och säker vård och omsorg kan säkras.		Ja, verksamhetschef och biträdande regionchef beskriver att bemanning alltid sker utifrån de boendes behov.	1		1
	Personalen ska ha tillgång till arbetsledning dygnet alla timmar.		Chefsjour finns utanför kontorstid. Ssk i mobila teamet har mandat att beordra in samt besluta om att tillsätta extra personal.	1		1
	Verksamheten ska i schemat för omsorgs- och hälso-och sjukvårdspersonal har planerat tid för överrapportering mellan arbetspassen.		Finns 15 min överrapporteringstid, en nattpersonal slutar alltid 07 15. På kvällen slutar tre personer 21 15.	1		1
	Rutiner för överrapportering ska finnas.	Rutin	Finns tydliga arbetssätt. Saknas delvis i den skriftliga rutinen. Föreslås att dela upp rutinen i två, en som heter överrapportering/daglig informationsöverföring och en för intern samverkan.	2	Skriftlig rutin inlämnad.	1
4.7.1.7	<u>Rekryteringsplan</u> En plan för rekrytering ska finnas.	Presentera plan	Saknas skriftlig. Kan beskrivas väl.	2	Rutin inlämnad som beskriver tillvägagångssätt. Det framgår inte helt tydligt hur kompetenskraven ska säkerställas innan anställning.	1

4.7.1.8	<u>Praktikanter</u> Utföraren ska ta emot praktikanter inom vård och omsorg.		Ja, paus under pandemin.	1		1
4.7.2.1	<u>Utbildning och kompetensutveckling</u> Utföraren ska ta fram en årlig utbildnings- och kompetensutvecklingsplan	Presentera plan	Plan på övergripande nivå finns inte. Finns individuella.	2	Plan på övergripande nivå inlämnad.	1
4.8.1	<u>Samverkan socialtjänst samt hälso- och sjukvård</u> Utföraren ska identifiera behov av intern och extern samverkan samt upprätta en plan/lokala rutiner för dessa som årligen revideras.	Rutiner	Finns.	1		1
4.10.1	<u>Krav avseende uppföljning och utvärdering</u> Utföraren ska följa upp och utvärdera verksamheten i tillräcklig utsträckning tex vad gäller brukarens förväntningar och upplevelser av kvalitet, personalens uppfattning om arbetssituation m.m. Genomförda uppföljningar ska delges kommunen.	Uppföljningar	Personalen följs upp på individ- samt gruppnivå, dessa har även delgetts kommunen. Alla i personalgruppen har erbjudits enskilda samtal. Brukarens nöjdhet följs upp genom brukarråd, vid uppföljning av genomförandeplan och via brukarundersökning.	1		1
4.11.2	<u>Meddelar- och yttrandefrihet</u> Utföraren ansvarar för att informera samtlig personal gällande yttrande- och meddelarfrihet.		Kvalitets- och servicekontrakt skrivs på där yttrande- och meddelarfrihet ingår.	1		1
4.11.3	<u>Tystnadsplikt</u> Utföraren ansvarar för att se till att samtlig personal är informerad om sekretess och tystnadsplikt samt har undertecknat förbindelse		Ja sker vid anställning.	1		1
4.14.1	<u>Telefoni, TV och dagstidning</u> Utföraren ska ansvara för att det finns tillgång till dagstidning och TV i gemensamhetsutrymmen.		Tidning finns sporadiskt. TV finns.	2	Ingen ytterligare återkoppling om att detta är åtgärdat är inkommen.	2
5.0	Avtalsvillkor					
5.8	<u>Personal</u> För verksamheten gällande kollektivavtal ska följas. Arbetsrättslig och arbetsmiljölagstiftning ska följas.		Ja. Finns rutiner för SAM, arbetsrätt, brandskydd m.m.	1		1
	Intervjuer med personal					
	Hur sker överrapportering mellan passen samt rapportering mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal?		Medarb 1: Fungerar väl, finns alltid tid för rapport. Medarb 2: Ssk och personal dagligen. Tid för överrapportering finns ej men personalen stannar längre. Medarb 3 och 4: Fungerar bra. Daglig rapport ssk-usk. Personalen kommer tidigare så rapport hinns med. Natten dokumenterar bra vad som hänt på natten. Här går personalens information och ledningens isär, tid för överrapportering måste struktureras upp.	2		2

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre (SOL) och funktionsnedsatta (LSS)

Cecilia Strömberg	20200129 (avvikande resultat vid avtalsuppföljning 201015 anges inom parentes)
Uppgiftslämnare	Datum (år/mån/dag)

Verksamhetsuppgifter	
Boendets namn och ange om SOL- eller LSS-boende	Hagtorp
Antal boende/platser	27 permanenta 9 korttid/växelvård

Kontakt med läkare	
Ange läkarorganisation kontorstid	(Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB)
Om annan läkarorganisation övrig tid, ange denna	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig läkare?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för när och hur läkare ska kontaktas dygnet runt?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Vid vilka tillfällen av följande tillfällen görs en vårdplanering tillsammans med ansvarig läkare?	<input type="checkbox"/> vid inflyttning till äldreboendet (JA) <input type="checkbox"/> årligen (JA) <input type="checkbox"/> vid bestående förändrat hälsotillstånd (JA) <input type="checkbox"/> vid vård i livets slutskede/palliativ vård (JA)

Kontakt med sjuksköterska/sjuksköterskas ansvar	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig sjuksköterska (PAS)?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare är PAS ansvarig för?	18- 26 st det högre antal avser korttid/vxlv
Finns tillgång till sjuksköterska dygnet runt?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för när och hur sjuksköterska ska kontaktas dygnet runt?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ

Sjukgymnasts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig sjukgymnast?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar sjukgymnast för?	27 + korttid/växelvård
Hur många brukare är funktionsbedömda?	27 +1

Arbetsterapeuts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig arbetsterapeut?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar arbetsterapeut för?	27 + korttid/växelvård
Hur många brukare är aktivitets/ADL-bedömda?	27 + 1

Förflyttningar (avser inomhus)	
Ange antal brukare som går själva utan stöd	8
Ange antal brukare som går själva med rullator	6 + 2 (korttid) (4 + 1)
Ange antal rullstolsburna brukare	13+ 2 (korttid) (12 + 1)

Ange antal brukare som förflyttas med lyft	12 + 2 (korttid)	(10)
Vårdplanering		
Finns rutiner för vårdplanering?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ	
Om ja; hur dokumenteras resultatet?	I journalsystem safedoc	

Vårdhygien		
Är basala hygienrutiner kända av all personal?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ	
Har all omsorgspersonal genomgått den webbaserade utbildningen "Basal hygien" ? Om inte- ange hur många som genomgått relaterat till antal tv-anställda.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	(JA)
Efterlevs basala hygienrutiner i vård- och omsorgsarbetet?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Brister förekommer i följsamhet	
Utförs egenkontroll 2 ggr/år (höst & vår) i form av självskattning och observation gällande basala hygienrutiner ?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ Under våren 20 under 2020)	(Ej genomförts)
Ange antal brukare med MRSA på boendet		(0)
Ange antal brukare med VRE på boendet	1	(0)
Ange antalet brukare med ESBL på boendet		(1)
Ange antalet brukare med ESBL carba på boendet		(0)

Nutrition		
Ange hur många brukare som har riskbedömts utifrån MNA avseende risk för undernäring	12	(Samtliga)
Ange hur ofta vikt kontrolleras	X Var 3:e månad <input type="checkbox"/> Var 6:e månad <input type="checkbox"/> Vid viktminskning <input type="checkbox"/> Vid viktökning X Vid förändrat hälsotillstånd	
Ange hur många brukare som har BMI dokumenterat i journal		(Samtliga)
Följs tidsperioden för nattfastan upp individuellt (bör ej överstiga 11 timmar)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland	(Inte ännu)
Ange nattfastans genomsnittliga längd på boendet	<input type="checkbox"/> < 9 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 9 timmar men < 11 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 11 timmar men < 13 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 13 timmar	
Finns tillgång till sittvåg?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	(JA)
Ange hur många brukare som matas	7	(4)
Ange hur många brukare som nutrieras parenteralt		(0)
Ange hur många brukare som är ordinerade näringsdryck	6	(2 + 1 korttid)

Trycksår		
Ange hur många brukare som har riskbedömts avseende trycksår utifrån Norton-skalan	9	(Samtliga)
Ange hur många brukare som har trycksår	4 + 1 korttid	(2)
Ange antalet brukare med trycksår grad 1	3	(0)
Ange antalet brukare med trycksår grad 2	1	(2)
Ange antalet brukare med trycksår grad 3	1	(0)
Ange antalet brukare med trycksår grad 4	3	(0)
Ange antal trycksår som uppkommit utanför boendet	2	(2)
Dokumenteras trycksår i sårjournal med fotografi	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ	(Ej fotografi)

Inkontinens	
Ange antal brukare med inkontinens	28
Ange antal brukare med av läkare utredd inkontinens	(0)
Ange antalet brukare med KAD	4 + 1korttid (1)
Ange hur många brukare som har ordination av inkontinenshjälpmedel dokumenterad i journal	pågår

Läkemedel	
Smärta	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovs ordination av smärtstillande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	8 (7/1)
Finns rutin för utvärdering av smärtbehandling ex VAS-skalan eller annan skala?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ (NEJ)
Sömn, oro och ångest	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovs ordination av lugnande/ångstdämpande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	5/9 (1/15)
Ange antal brukare med stående/vidbehovs ordination av sömnläkemedel(ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	5/4 (9/2)
Ange antal brukare med ordination på antidepressiva läkemedel	9 (5)
Kartläggs orsaker till brukares sömn-, oro- och ångestproblematik?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ
Övrigt: läkemedel	
Ange antal brukare med laxermedel	11 (15)
Ange antal brukare utan läkemedelsbehandling	(0)
Ange antal brukare med 1- 5 läkemedel stående ordination	6 (13)
Ange antal brukare med 6 -10 läkemedel, stående ordination	22 (6)
Ange antal brukare med 11-15 läkemedel, stående ordination	1 (4)
Ange antal brukare med > 15 läkemedel, stående ordination	1 (0)
Ange antal brukare som fått en läkemedelsgenomgång /uppföljning, de senaste 12 månaderna	

Läkemedelshantering	
Ange utsedd (skriftligt) ansvarig sjuksköterska för läkemedelshantering på boendet	Pia Schröder (ssk Sofia)
Finns skriftlig lokal rutin för läkemedelshantering på boendet utarbetad?	XJA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för månatlig kontroll av narkotiska preparat?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange när senaste kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utfördes (se protokoll)	(Bokad till 201021)

Mun- och tandvård	
Ange antal brukare som har tandvårdsintyg	(23)
Ange antal brukare som erhållit munhälsobedömning senaste året	(Pga pandemi har Tandvårdsenhetens utförare inte kunnat besöka boendet för munhälsobedömningar)
Ange antal brukare som har munvårdskort	(Gamla munvårdskort finns)

Ange antal brukare som får hjälp med sin munvård	3
Hur många av omsorgspersonalen- relaterat till antalet tillsvidareanställda- har under år 2019 deltagit i utbildning i munvård av ansvarig utförare av munhälsobedömningar?	(Tandvårdsenhetens utförare ej kunnat utbilda pga pandemi)
Har boendets sjuksköterska deltagit i årlig utbildning enligt ovan ?	(Se ovan)

Medicintekniska produkter	
Registreras medicintekniska produkter i en inventarieförteckning?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns skriftliga rutiner för att säkerställa kontroll, användning, underhåll och utrangering av medicintekniska produkter?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns avtal gällande service och underhåll tex Sodexo eller annat?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter

Fall och fallskador	
Ange hur många brukare som bedömts avseende fallrisk enligt DFRI	
Vem ansvarar för att riskbedömning genomförs?	X Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Sjukgymnast
Deltar boendet i det fallförebyggande arbetet tillsammans med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB i äldreboenden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Avsätts tid vid varje rond för att informera läkaren och diskutera de fall som uppkommit sedan föregående rondtillfälle?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ

Delegering	
Finns det ett fungerande bevakningssystem för delegeringars giltighetstid?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange hur många av omsorgspersonalen som har delegering på att ge insulin med penna?	(6 personal)
Ange antal delegeringar som dragits in under år 2019	(Under 2020- 1 st)

Dokumentation av hälso- och sjukvård	
Finns rutiner för hantering och förvaring av de delar i journalen som ej är datorbaserade?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ
Upprättas vårdplaner vid stora/långvariga omvårdnadsproblem?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland
Finns system för informationsöverföring av väsentliga uppgifter mellan den legitimerade personalen och övrig omsorgspersonal?	X JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Behöver förbättras

Medicinsk fotvård	
Ange antal brukare som får medicinsk fotsjukvård på kommunal remiss av ansvarig läkare/sjuksköterska	(7)

Logoped	
Ange hur många brukare som har behandling av logoped	0 (1 + 1)

Egenvård respektive hälso- och sjukvård	
Dokumenteras ställningstagande att en brukare bedömts själv kunna ansvara för sina ordinerade medicinska åtgärder som egenvård? (ex läkemedelshantering)	X JA <input type="checkbox"/> NEJ Men ej aktuellt i dagsläget

Ange antal brukare som själva eller med hjälp av handräckning själva ansvarar för utförandet av de ordinerade medicinska åtgärderna (ex läkemedelshandling)	(0)
Ange antalet brukare som är bedömda att ej själva kunna ansvara för utförandet av de ordinerade medicinska uppgifterna (dvs hälso- och sjukvården har tagit över ansvaret)	Samtliga boende på Hagtorp

Systematiskt förbättringsarbete/kvalitetsarbete	
Tas avvikelser inom hälso- och sjukvård upp och analyseras /diskuteras gemensamt och regelbundet i boendets systematiska kvalitetsarbete – i syfte att dra lärdom och vidta långsiktiga åtgärder inom ramen för patientsäkerhetsarbete	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Kvalitetsregister	
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende fall (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende trycksår (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende undernäring (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende munhälsa (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Pågår
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende inkontinens (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras alla dödsfall som sker i boendet i Palliativa registret?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ pågår
Registrerar boendet i BPSD-registret?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ På gång
Om inte- görs BPSD-skattning på pappersmall med omvårdnadsåtgärder när beteendemässiga och psykiska symtom vid demens uppstår?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Kunskapsguiden	
Har omsorgspersonal under året genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> XNEJ (Ja; Livsmedelshygien, Basal hygien, Arbeta säkert med läkemedel)
Har legitimerad personalen vid boendet genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	XJA <input type="checkbox"/> NEJ Vid beställning via beställningsportalen / Presedo

Faktainhämtning/informationskällor	
Används "Kunskapsguiden"- www.kunskapsguiden.se som kunskapskälla avseende hälsa, vård & omsorg?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används "Vårdhandboken"- www.vardhandboken.se som stöd för kvalitetssäkrade metoder och arbetsmetoder i olika hälso- och sjukvårdsmoment?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används Vårdhygien Stockholms hemsida- www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardhygien/ för att alltid erhålla senaste aktuella handlingsprogram avseende smittämnen, vårdrelaterade infektioner och odlingsanvisningar?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ



[REDACTED]

Datum 2021-01-03 Vår beteckning ÅON 20/0194 Er beteckning

[REDACTED]

Äldre- och omsorgsnämnden

[REDACTED]

Ledamotsinitiativ - Tillsättande av en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre

Förslag till beslut

Socialnämnden anser ledamotsinitiativet med denna skrivelse besvarad.

Sammanfattning

Den 25 november 2020 inkom ett ledamotsinitiativ från Vänsterpartiet med ett förslag om tillsättande av en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre. I skrivelsen anges att då inte Upplands-Bro kommun i likhet med större kommuner har något eget sjukhus, så saknas kompetens och personalförsörjning vilket gör kommunen mer sårbar. Som en lösning på detta hänvisas till en samverkansmodell i Örebro län mellan tre kommuner, som samverkar om ett korttidsboende beläget på Karlskoga lasarett, vilket man omvandlat till en covidavdelning. Dit uppges brukare från äldreboenden kunna flyttas om de behöver mer omfattande vård t ex syrgas. Avdelningen uppges bemannas med sjukhuspersonal som vid behov ersätts med personal från två av kommunerna. På detta sätt antas att resurserna nyttjas bättre och den enskilde brukaren behöver inte tänka på om det är kommunen eller regionen som denne ska få hjälp av. En fördel med detta uppges vara att brukaren nu erbjuds läkarrond dagligen istället för en gång i veckan som är vanligt förekommande på äldreboenden. På detta sätt antas det att det snabbare avgörs om vården ska trappas upp på sjukhuset. Socialkontoret bedömer inte att förslaget är möjligt att gå vidare med dels då förhållandena skiljer sig mellan olika regioner och regionen inte heller kan förväntas frångå likställighetsprincipen.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 3 januari 2021.
- Ledamotsinitiativ gällande tillsättande av en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre den 25 november 2020.

Socialkontorets synpunkter

I Stockholm finns det 26 kommuner och stadsdelar som ingår i olika akutsjukhus upptagningsområden. Det finns sex akutsjukhus, tio närakuter, en intensivakut, 15 geriatrika kliniker där en del ingår i vårdvalet osv Syftet med



de geriatriska klinikerna är att i de fall akutsjukhusets resurser inte längre behövs, men ett fortsatt behov av slutenvård föreligger för den äldre patienten så remitteras denne till en geriatrisk verksamhet. (Geriatrisk = läran om åldrandets sjukdomar). Äldre patienter kan även remitteras direkt till en geriatrisk klinik av ansvarig läkare. För de särskilda boendena för äldre har regionen avtal med olika vårdgivare som på regionens uppdrag ansvarar för de läkarinsatser på boendena som inte kräver akutsjukvårdens läkarinsatser.

Covidpatienter vårdas i likhet med andra patienter på olika nivåer i Stockholm beroende på vilket vårdbehov den enskilde patienten bedöms ha. Det innebär att vård av bl a äldre covidpatienter ges av både hemsjukvården i det egna hemmet, av ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), bedrivs på akutsjukhus vid såväl intensivvårdsavdelningar, infektionsavdelningar, andra slutenvårdsavdelningar, vid geriatriska kliniker, vid särskilda boenden för äldre både vid permanent boende samt vid korttidsvistelse. Det finns därmed större förutsättningar för att bedriva covidvård på flera olika nivåer i Region Stockholm beroende på patientens bedömda behov än det gör i mindre regioner med en mindre utbyggd organisation.

Det är alltid det bedömda vårdbehovet som styr vilken vårdnivå en patient ska vårdas på. D v s det är inte covid-diagnosen i sig, utan patientens allmänstatus, symtom, kliniska fynd och observationer som görs vid undersökningar, provtagningar med mera som avgör på vilken nivå den enskilde patienten, såväl yngre som äldre ska vårdas vid tillfället. Bedömningar görs dagligen i vården av hälso- och sjukvårdspersonal vid såväl 1177, närvårdsakuter, vårdcentraler, mottagningar, ambulanspersonal, som av läkare och sjuksköterskor på både sjukhus och särskilda boenden inför beslut om vilken vårdnivå som är rätt utifrån patientens bedömda behov.

Vid särskilda boenden i Upplands-Bro kommun kan vid covid-19 såväl dropp ges, som intravenösa infusioner (i dropp) med antibiotika ges, injektioner med förebyggande antikoagulantia (trombosförebyggande), saturation (syremättnad) kontrolleras, syrgas ges (syrgaskoncentrator), andningsträning i form av djupandning eller moståndsandning ges med mera. Vid ett förändrat vårdbehov som kräver högre grad av akutsjukhusets insatser remitteras patienten dit. Det kan tex handla om behov av respirator och specifik högflödesbehandling med syrgas osv.

Läkare rondar vanligen en gång i veckan på det särskilda boendet, men finns i kommunen även övriga veckans dagar för ronder på de övriga boendena. Läkare finns i övrigt att tillgå dygnet runt på telefon för kommunens sjuksköterskor vid behov av läkarkontakt.

Att flytta en äldre patient med ofta en nedsatt kognitiv förmåga- oberoende av covid-19 diagnos eller ej- är sällan det bästa för patienten. Äldre blir ofta mer förvirrade av miljöombyten, känner sig otrygga och blir lätt oroliga i nya miljöer där ingen personal känner dem och kan tolka deras signaler. Därför



försöker kommunens hälso- och sjukvård tillsammans med ansvarig läkare att bedriva hälso- och sjukvård på så hög nivå det går inom särskilda boenden för äldre för att undvika att skicka in patienter för vård man kan ge på boendena i en trygg och välkänd miljö. Men när behovet är sådant att akutsjukhusets resurser behövs så remitteras patienten dit.

I dagsläget är sjukhusen i Stockholm överbelastade och överfulla med patienter p g a den rådande pandemin. Sjukhusen lider brist på sjuksköterskor sedan lång tid tillbaka (många avdelningar har under långa perioder hållits stängda pga brist på sjuksköterskor). Många sjuksköterskor och övrig vårdpersonal är själva drabbade av covid eller måste vara hemma p g a hushållsmitta eller vård av egna barn och den kvarvarande personalen arbetar fler timmar per pass än de orkar, beordras arbeta extrapass, får semesterar indragna p g a brist på f f a sjuksköterskor. Många sjuksköterskor på ffa infektionsavdelningar och IVA-avdelningar- men även andra avdelningar som vårdar covidpatienter börjar säga upp sig från sjukhusen då man inte längre orkar. Att arbeta hela dagar med munskydd och visir- som även vår personal både vid särskilda boenden och hemtjänst måste göra, är tungt då det efter ett antal timmar upplevs att man inte får luft.

Regionen kan inte utifrån likställighetsprincipen behandla vissa kommuner annorlunda än andra - alla 26 kommuner och stadsdelar måste därför behandlas på samma sätt. Att alla 26 kommunerna skulle kunna få sluta samverkansavtal där kommunernas samtliga covid-19 diagnosticerade patienter på boendena skulle förflyttas till sjukhusavdelningar där sjukhusets personal skulle vårda dessa utan att de har ett medicinskt behov som motsvarar akutsjukhusets resurser är inte rimligt. Vare sig nu i nuvarande krissituation som sjukhusen befinner sig i eller sedan. Det är inte heller värdigt att skicka iväg patienter från särskilda boenden till sjukhus idag till den situation som där råder utan att de har ett sådant behov att akutsjukhusets resurser behövs.

I likhet med övriga vårdgivare har inte kommunen heller ett överskott på vårdpersonal i form av sjuksköterskor eller omsorgspersonal att föra över till sjukhuset vid en liknande samverkansöverenskommelse som förslaget beskriver.

Socialkontoret bedömer därför inte att förslaget är möjligt att gå vidare med. Socialkontoret arbetar nu med att höja kompetensen ytterligare hos vårdprofessionen på de särskilda boendena. Detta för att mer avancerad medicinsk vård ska kunna bedrivas på plats i den egna bostaden på det särskilda boendet vilket ligger i linje med Nära Vård-begreppet där mer vård kommer att flytta ut från slutenvården och bedrivas utanför sjukhusen.

Barnperspektiv

Socialkontorets bedömning är att förslaget inte gynnar barnen som skulle uppleva hur deras äldre föräldrar skulle riskera att utan ett vårdbehov som



motsvarar akutsjukhusets, skulle förflyttas till en orolig och osäker miljö med stor påverkan på deras välbefinnande.

Socialkontoret

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Bilagor

1. Ledamotsinitiativ gällande tillsättande av en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre den 25 november 2020.

Beslut sänds till

- Initiativtagare till förslaget.



Äldre- och Omsorgsnämnden
aldre-ochomsorgsnamnden@upplands-bro.se

Ledamotsinitiativ

Tillsätt en snabbutredning kring samarbete för en bättre covidvård av äldre!

I Upplands-Bro kommun har de äldre drabbats hårt av Covid 19. Vi är en liten kommun som har legat högt i antalet dödsfallstal i gruppen "äldre". Faktum att vi inte på samma sätt som större kommuner har något eget sjukhus, och därigenom saknar den kompetens och personalförsörjning och följaktligen också beredskap gör oss mer sårbara.

Men en liten kommun kan hitta lösningar i denna situation, och nu börjar det dock komma goda exempel från olika delar av landet hur man som liten kommun kan samverka med större inom regionen något som ger förutsättning för en helt ny möjligheter att klara vården av äldre Coviddrabbade. Utifrån en samverkansmodell som nu prövats med mycket goda resultat i region Örebro län . har tre kommuner, Degerfors, Karlskoga och Laxå fått en betydligt säkrare och bättre Covidvård för sina gamla.

Det började med att man **under våren** gjorde om ett korttidsboende i Karlskoga kommun (som har ett korttidsboende på Karlskoga lasarett) till covidavdelning. initialt fanns bara patienter från Karlskoga, men snart skrevs ett samverkansdokument om att personer på äldreboenden i Degerfors och Laxå också skulle kunna flyttas dit, om de behöver mer omfattande vård, till exempel syrgas. Personalen tas i första hand från Karlskoga lasarett, som också har en egen Covidavdelning. Men skulle det behövas personal kommer man att föra över detta från Degerfors och Laxå.

På detta sätt utnyttjar man resurserna på bästa sätt och brukaren och vårdgivaren behöver inte tänka på om det är regionen eller kommunen som den ska få hjälp av.

Beredskapen **På ett vanligt särskilt boende** gör läkare rond en gång i veckan, men nu ges möjlighet att ha rond varje dag av läkaren från regionens covidavdelning. På det sättet säkras man upp så att den äldre får den vård den behöver, och man kan snabbt avgöra om vården ska trappas upp på sjukhuset.

Vänsterpartiet Upplands-Bro, Byggmästarvägen 13, 197 30 Bro

hemsida www.upplands-bro.vansterpartiet.se
e-post upplands-bro@vansterpartiet.se
facebook Vänsterpartiet-Upplands-Bro



Vårdpersonalens bemanning liksom kostnaden räknas ut procentuellt och delas lika efter kommunens storlek. Ansvaret bärs ihop av kommunerna för att systemet ska fungera. Med detta system uppnår man en mycket bättre vård, men med samma resurser.

Kungsängen den 25 november 2020

Eva Risberg
Vänsterpartiet Upplands-Bro