



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Karlstad 2023-05-30

MAS

SAS

Dietist

Tillsynsrapport Fryken vårdboende

Bakgrund

Tillsynsenheten följer kontinuerligt upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter samt hos de externa utförare som kommunen har avtal med.

Syftet med tillsynen är att granska kvaliteten i verksamheten utifrån ett kund/patientperspektiv samt följa upp att god och säker vård och omsorg bedrivs.

Gällande lagstiftning, riktlinjer, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ligger till grund för tillsynen. Utifrån dessa krav har ett bedömningsunderlag tagits fram som används för att ta ställning till om verksamheten uppfyller kraven.

Tillvägagångssätt

Socialt ansvarig samordnare (sas), medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas) samt dietist har genomfört en tillsyn vid Fryken vårdboende. Intervju med patientansvarig sjuksköterska som ansvarar för hälften av avdelningarna på boendet samt Hs-chef genomfördes den 24 april 2023 var för sig. Intervju med omvårdnadspersonal genomfördes den 4 maj och intervju med verksamhetschef genomfördes den 5 maj. Vidare genomfördes även kundintervjuer med 12 kunder, 8 kvinnor och 4 män, den 28 maj. Granskning har skett av patientjournaler och social dokumentation.

Vid granskning av social journal och genomförandeplan valdes 15 slumpvis utvalda kunders dokumentation ut. Granskning har även skett av patientjournaler och daganteckningar för 5 patienter. Därtill granskning av avvikelser samt synpunkter registrerade mellan perioden 1 oktober 2022 till 30 april 2023.

Vidare genomförde SAS, MAS och dietist den 2 april 2023 en oanmäld observation på vårdboendet. Observationen genomfördes på fyra av fem avdelningar och pågick mellan cirka klockan 07,00 –13.00.

Observationsguider som utgår från förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning användes. Vid observationen fokuserade dietist på måltidssituationen.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt och metoder, dokumentation, delegerad och ordinerad

hälso- och sjukvård samt kvalitetsarbete. Bedömningen baseras på det som framkommit i intervjuer, vid observationer samt granskning av dokumentation. Resultatet bedöms utifrån följande tre olika rubriker:

Fungerar bra; där det framgår vad som fungerar bra i verksamheten.

Behöver bevakas; som beskriver de delar där verksamheten behöver vara uppmärksam och vid behov vidta åtgärder.

Behöver förbättras; tydliggör de delar där förbättring behöver ske och verksamheten ska här vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Resultat

Personal och kompetens

Fungerar bra

I intervju med omvårdnadspersonal och verksamhetschef framkommer att personalen i verksamheten har en grundläggande kompetens för arbetet då merparten är utbildade undersköterskor. Verksamhetschef beskriver kompetensutveckling som skett i verksamheten under det senaste året där utbildning i arbetssätt för kunder med demenssjukdom genomförts och där verksamheten numer är så kallad stjärnmärkt. Därtill utbildning i värdegrund, kring självbestämmande och förflyttningsteknik. Dock råder en diskrepans i uppfattningen kring behovet av kompetensutveckling. Omvårdnadspersonal nämner att de efterfrågat kompetensutveckling inom områden så som palliativ vård samt vårdhygien och dokumentation. Den sammantagna bilden utifrån utförd tillsyn är att det finns en grundläggande kompetens i verksamheten men att det är av vikt att arbetet med kompetensutveckling fortsätter.

Då medarbetare från tillsynsenheten anlände för den oanmälda observationen hänvisades vi att sitta ner och invänta verksamhetschefen, vilket tyder på att verksamheten har rutiner för att säkerställa att obehöriga inte kommer in på boendet.

Behöver bevakas

Av intervjuer framkommer att det finns fastställda rutiner för introduktion av nya medarbetare men att dessa inte är kända i verksamheten då checklista inte används och uppföljning av introduktionen inte sker.

Verksamhetschef finns närvarande i verksamheten och deltar i morgonmöten måndag till fredag. Dock uppger både omvårdnadspersonal och verksamhetschef i intervjuer att fysisk närvaro av chefen kan bli bättre på boendet genom att chefen vistas vid de olika avdelningarna mer frekvent.

Behöver förbättras

I intervju med personal framkommer att kunskap om de riktlinjer och rutiner som styr det dagliga arbetet brister och det saknas kunskap om vart de är att finna. Detta trots att chef beskriver att alla vet att de finns i digital plattform. Bedömningen är att det finns en diskrepans mellan dessa uppfattningar och att kunskapen kring styrande dokument behöver öka.

Delaktighet och inflytande

Behöver åtgärdas

Beträffande kundernas delaktighet beskriver verksamhetschef de rutiner som finns och som är kopplade till detta så som välkomstsamtal, arbetet som kontaktpersonal samt genomförandeplaner. Dock är bedömningen att dessa rutiner inte är förankrade och tillämpas i verksamheten. Vilket blir tydligt både under observationer, vid intervju med omvårdnadspersonal samt utifrån granskning av social dokumentation.

Under observationen skedde bredvidgång av ny vikarie som då inte fick några instruktioner kring vikten av att läsa och följa genomförandeplaner. Däremot uppger omvårdnadspersonal vid intervju att man vid bredvidgång försöker ha tid för att gå igenom genomförandeplaner. Beträffande hur kunderna tillfrågas och görs delaktiga kring de moment de ges hjälp i vardagen visar observationer att de skiljer sig åt dels mellan olika avdelningar och dels i vilka moment det gäller. Bedömningen är att man som kund ges stort inflytande till exempel kring när man önskar stiga upp på morgonen och var man vill inta sina måltider. Däremot ges få eller inga möjligheter till att välja hur mycket mat man vill ha eller vad man önskar dricka. Likaså är bedömningen att inte alla ges möjlighet att delta i gemensamma aktiviteter utan att vissa kunder väljs ut, vilket också bekräftas vid intervju med omvårdnadspersonal.

Dokumentation

Behöver förbättras

Av de 14 slumpvis utvalda genomförandeplanerna är 11 av dem inte aktuella, det vill säga att de inte har upprättats eller reviderats under det senaste halvåret, varpå dessa inte har granskats. Resterande tre kunder saknar genomförandeplaner helt, trots att de inte är nyinflyttade. Ingen av dessa kunder har således en aktuell genomförandeplan vilket ses som en allvarlig brist. Omvårdnadspersonal hänvisar under intervju till personkännedom kring kunderna för att tillgodose önskemål och ge dem möjlighet att vara delaktiga. Bedömningen är att detta inte är förenligt med de värdighetsgarantier som verksamheten är ålagda att följa och heller inte ett ansenligt sätt att kvalitetssäkra omsorgen.

Samtliga granskade ärenden har en social journal och händelser av betydelse finns dokumenterade. Dock är bedömningen att dokumentation kring vilka åtgärder som vidtagits behöver öka då detta är bristfälligt i majoriteten av de granskade journalerna. Dokumentationen förs kontinuerligt så att ärendet kan följas över tid och den är överlag utformad med respekt för den enskildes integritet. I några journaler förekommer dock formuleringar som inte är respektfulla, vilket bör beaktas.

Dokumentationen innehåller i fler än hälften av de granskade journalerna viktig information om hur hjälpen ska ges, något som borde finnas i kundernas genomförandeplaner. Det gäller till exempel hur munvård ska skötas, hur hjälp med toalettbesök ska ges, önskemål om måltider och önskemål om att få kläder framlagda på rollatorn. Välkomstsamtal finns endast dokumenterat i en av fyra journaler där kunderna flyttat in under den granskade perioden. Arbetssätt för kontaktmannaskap finns i verksamheten, enligt genomförda intervjuer, där både välkomstsamtal och ansvar för

genomförandeplan ingår. Det blir dock tydligt att det finns brister i tillämpandet.

I de ärenden där någon form av skyddsåtgärder används så som till exempel rörelselarm eller sänggrindar saknas dokumentation i enlighet med riktlinje i samtliga sociala journaler.

Arbetsätt och metoder

Fungerar bra

Vid observationen märks att omvårdnadspersonalen gör vad de kan för att minimera onödiga ljud och skapa en lugn och stressfri måltidsmiljö. Det framgår också att omvårdnadspersonalen är lyhörd för att fånga upp önskemål om var kunderna vill äta sina måltider, vilket också bekräftas vid kundintervjuerna. Samtliga kunder som intervjuas uppger även att de är nöjda med den mat som serveras.

Verksamheten har ett egenkontrollprogram för livsmedelshygien och gör regelbundet temperaturkontroller som dokumenteras. Kylplattor används vid behov.

Behöver bevakas

Verksamheten samt kunder som intervjuats beskriver att det finns möjligheter till gemensamma aktiviteter i gemensamhetslokal "Solglimten" flera dagar i veckan. Majoriteten av de intervjuade kunderna deltar regelbundet och uttrycker att de tycker det är trivsamt, någon annan uttrycker att hen inte har behov av aktiviteter och att detta respekteras av omvårdnadspersonalen. Det är även viktigt att beakta kunders individuella behov av aktivitet och socialt innehåll i vardagen. Under observation förekom mycket lite eller inte alls vad gäller aktiviteter eller socialt samspel vid två av de fyra avdelningar som besöktes. Omvårdnadspersonal uppgav att de inte alltid hinner men bedömningen är också att det inte prioriterades på dessa avdelningar. Till exempel så satte sig omvårdnadspersonal vid annat bord än bord där kunder redan satt vid förmiddagsfika och även om det fanns tid att interagera så prioriterades praktiska arbetsuppgifter.

Under intervju med personal uppger de att bemanningen inte alltid är tillräcklig och hänvisar framför allt till att det är vikarietillsättning som inte fungerar optimalt samt att det under ensamarbete kan vara svårt om någon kund är orolig. Vid kundintervjuerna framkommer dock att majoriteten anser att omvårdnadspersonalen upplevs ha tid att hjälpa och att samtala, vilket i stort bekräftas vid observationen. Vid en avdelning förekommer det emellertid att flertalet kunder sitter hela förmiddagen i gemensamhetsutrymme och där behov av vila och återhämtning inte hörsammas.

Av intervjuer framkommer att verksamheten har kunskap kring vikten av att arbeta funktionsbevarande. Dock framkommer det under observationer att omvårdnadspersonal vid majoriteten av de besökta avdelningarna tenderar att göra åt kunden, istället för att låta kunden få göra själv så långt det är möjligt. Likväl finns inslag av det funktionsbevarande arbetssättet då omvårdnadspersonal emellanåt uppmuntrar och motiverar kunder att utföra delar av eller hela moment själva. Sammanfattningsvis är bedömningen att det viktigt att kunders förmågor bibehålls eller om möjligt höjs med stöd från omvårdnadspersonal.

Under observationstillfället är det ingen av avdelningarna som lämnas obevakade under någon längre period och inte annat än då omvårdnadspersonal är inne i kundernas lägenheter eller är på rast. Bedömningen utifrån intervjuer är ändå att verksamheten behöver medvetandegöra den skyldighet till uppsikt och tillsyn som finns för vårdboende där kunder vistas över hela dygnet utifrån sina enskilda behov. Det saknas uttalade rutiner för hur tillsyn och uppsikt ska säkerställas utifrån den bemanning som råder.

Under observationen framkommer det att kundernas integritet inte alltid är i fokus då det vid flera tillfällen uppmärksammas att personal pratar högt om kunder i de allmänna utrymmena samt lämnar lägenhetsdörrar vidöppna under omvårdnadsmoment. Verksamheten bör vara uppmärksam på att de allmänna utrymmena inte bara blir personalens arbetsplats samt att sekretessen gällande andra kunder inte röjs.

Aktuellt måltidskoncept med maträtter från Dafgårds, där vissa delar kan vara halvfabrikat och annat tillagas från grunden, levereras med tillagningsinstruktioner på förpackningen. Vid personalintervjun framgår att de livsmedelsförpackningar som kommer till enheten delas upp i mindre förpackningar, exempelvis i vanliga fryspåsar, innan de levereras till avdelningarna och då försvinner tillagningsinstruktionen som fanns på originalförpackningen. För omvårdnadspersonal med skiftande matlagningskunskaper kan avsaknaden av tillagningsinstruktioner göra att arbetsmomentet genomförs på olika sätt, vilket riskerar att matens kvalitet blir ojämn och försämrad i sin helhet.

Vid intervju med chef framgår att det finns ett systematiskt arbetssätt för att arbeta med kundernas synpunkter gällande måltid. Detta genom att kunderna kan framföra sina synpunkter och önskemål om mat och måltid vid enhetens återkommande boråd samt genom att besvara en enkät om mat som delas ut två gånger per år. Den intervjuade omvårdnadspersonalen menar dock att det är få kunder som deltar på borådet och att de synpunkter som framförs sällan leder till någon förändring.

Behöver förbättras

Det framkommer att det finns stora brister vad gäller kunskap och tillämpning av skyddsåtgärder i verksamheten. Av intervjuer framkommer att samtliga nyinflyttade kunder ”erbjuds” rörelselarm utan någon som helst bedömning av behov. Det finns heller ingen dokumentation i social journal kring förfarandet och inget kring beskrivning av hur användandet av skyddsåtgärder ska ske eller varför i genomförandeplan för de kunder där social dokumentation granskats. Detta ses som allvarligt och inte förenligt med lagstiftning. Under observationstillfället förkommer ett ständigt flöde av larm som omvårdnadspersonalen emellanåt helt ignorerar och det saknas rutiner och arbetssätt för hur och när dessa larm ska besvaras.

Utifrån genomförda observationer och intervjuer framkommer att verksamheten över lag är medvetna om att de arbetar i någon annans hem och att de respekterar detta till exempel genom att knacka på dörren och att bära namnskylt. Emellertid fanns det flertalet omvårdnadspersonal som både saknade namnskylt och som inte knackade på då man gick in till kund. Av kundintervjuer framkommer att samtliga tolv kunder känner sig trygga på boendet och att de får hjälp på det sätt de önskar. Beträffande bemötande

uppgger de intervjuade kunderna att omvårdnadspersonalen är omtänksamma och har ett gott bemötande, vilket överlag bekräftas vid observationstillfället. Emellertid finns det några händelser som inte är acceptabla och där en av dessa föranledde en rapportering i enlighet med lex Sarah. Den sammantagna bedömningen är att det är viktigt att belysa och arbeta med bemötandefrågor och värdegrund för att kunderna ska tillförsäkras ett gott bemötande och att de insatser de erhåller är av god kvalité.

Verksamheten saknar en skriftlig måltidsrutin som beskriver måltidens genomförande.

Verksamheten har en uppgjord måltidsordning som innefattar mellanmål/fika i enlighet med kommunens riktlinje för måltidsordning. Vid observationerna erbjuds kaffe och kaka som mellanmål på en avdelning. På övriga avdelningar serveras mellanmål/fika om det efterfrågas av kund, annars uteblir den måltiden.

Verksamhetens måltidskoncept innebär att kunderna erbjuds alternativa rätter till lunch och middag, genom att det alltid ska finnas extra maträtter att tillgå i frysen. Under personalintervjun framkommer dock att tillgången på extra maträtter i frysen är begränsad, varvid arbetssättet inte tillämpas fullt ut.

Vid observationerna har kunderna små möjligheter att påverka livsmedelsvalet, både med avseende på frukost och lunch. Utbudet är begränsat och presenteras enbart för ett fåtal kunder. Vid lunch är det ingen kund på de observerade avdelningarna som tar upp sin egen mat. I de flesta fall lägger personalen upp mat på tallriken, utan att fråga vad eller hur mycket kunden själv önskar.

Vid chefsintervjun framkommer att omsorgsmåltid ska tillämpas på enheten. Under de observerade måltiderna förekommer ingen omsorgsmåltid på någon av avdelningarna. Enligt omvårdnadspersonalen genomförs omsorgsmåltid sporadiskt och är avhängig på om maten räcker för en smakportion. Situationer med många matningar uppges också vara en orsak till att personalen inte hinner avsätta tid för omsorgsmåltid.

Delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård

Fungerar bra

Omvårdnadspersonalen har god vana i att kontakta sjuksköterska vid förändrat hälsotillstånd. Har för vana att ta vitala parametrar innan kontakt tas med sjuksköterska. Har även följsamhet till rutin att kontrollera om patienten står på blodförtunnande läkemedel i samband med fall och kontakta sjuksköterska.

Omvårdnadspersonalen redogör för en god kännedom om basala hygien och klädregler. Är dock tydliga med att det inte behöver fungera lika bra på alla avdelningar på boendet.

Omvårdnadspersonalen tar vikt på sjuksköterskans begäran. Upplevelsen är att detta fungerar bra och att personalen är noga med att rapportera vikt till sjuksköterska.

Det finns inkontinensombud på enheten. Inkontinensskydd förskrivs personligt till respektive patient av sjuksköterskan. Omvårdnadspersonalen har kännedom i hur överblivna inkontinensskydd ska hanteras.

Omvårdnadspersonalen redogör för att dem kontrollerar läkemedelslista innan dem ska ge läkemedel till en patient, vilket också bekräftas vid observation.

Vid palliativ vård erbjuds god omvårdnad och vak sätts in vid behov så att ingen ska behöva vara ensam i livets slutskede.

Samarbetet mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och verksamhetschef är välfungerande, detta har framkommit i samtliga intervjuer och var även synligt under observationen.

Har en god struktur för operativa enhetsteam och Hs-möten. Avvikelse lyfts och diskuteras.

I de fall omvårdnadspersonal uppmärksammar att en kund har behov av konsistensanpassad kost eller kosttillskott, kontaktas sjuksköterska för bedömning och ordination. För att säkerställa att kunden får i sig ordinerad mängd näringsdryck används signeringslista.

Behöver bevakas

Omvårdnadspersonalen vet inte vart dokumentet ”lokal arbetsordning för läkemedel” förvaras så att dem kan ta del av det. Men känner till rutinerna kring dos leveranser, hur beställningar ska göras av vid behovs läkemedel och så vidare.

Under observation synliggörs att det brister i följsamheten till basala hygienrutiner. Nagellack, lösnaglar, samt felanvändning av handskar och munskydd samt att personalen ibland inte spritar händer korrekt. Detta kan skilja sig mellan de olika avdelningarna då det var tydligt att omvårdnadspersonalen som deltog i intervjun hade god kännedom om basala hygien och klädregler.

Framkommer att Norlandia har en egen palliativ blankett/pärm som initieras i samband med palliativvård, sjuksköterskorna initierar därför inte palliativpärm enligt kommunens rutiner. Behöver i samverkan mellan sjuksköterskor, Hs-chef och verksamhetschef för boendet beslutas vad som ska användas utifrån patientens bästa, så att det finns en tydlighet i det som alla känner till.

Behöver förbättras

Omvårdnadspersonalen saknar kännedom om hur delegeringen ska gå till på enheten. Personalen har inte kännedom när deras egna delegeringar går ut och tror sig inte förnyat på två år. Viktigt att i samverkan med sjuksköterska och verksamhetschef för boendet klargöra ansvarsfördelningen gällande delegeringar.

Framkommer att endast verksamhetschef/samordnare har möjlighet att skriva ut vårdplaner, omvårdnadspersonalen upplever att dem får vårdplanerna flera dagar efter att sjuksköterskan skickat ny vårdplan. Detta bekräftas i daganteckning när personalen ibland dokumenterat att dem fått ny vårdplan några dagar efter att sjuksköterskan skickat ut.

I daganteckningar syns dokumentation av medicinska åtgärder. Kanske som en konsekvens av ovanstående punkt. Finns en risk att det blir fel när medicinska åtgärder skrivs in i daganteckning. Bättre att hänvisa till utskrift av ny vårdplan och exempelvis läkemedelslista.

Omvårdnadspersonalen uppger att dem inte genomgått repetitionsutbildning eller grundutbildning i förflyttningsteknik de senaste 2,5 åren. I intervju med verksamhetschef framkommer dock att det erbjuds utbildningar i förflyttningsteknik kontinuerligt.

Framkommer vid observation och stärks i samband med journalgranskning att omvårdnadspersonalen inte följer instruktion om att lyftsele ska tas bort efter lyft.

Omvårdnadspersonalen saknar tillgång och kunskap om riktlinjer gällande Hälso- och sjukvård från Karlstads kommun. I intervju med verksamhetschef framkommer att dem har snarlika riktlinjer inom Norlandias egna system som dem följer. Viktigt att riktlinjerna gällande Hälso- och sjukvård från Karlstads kommun är tillgängliga och kända för omvårdnadspersonalen för att Norlandia och Karlstads kommun ska kunna bedriva en god och säker vård tillsammans.

Vid granskning av patientjournaler och daganteckningar framkommer att omvårdnadspersonalen tagit egna initiativ till att inhämta samtycke till skyddsåtgärder samt att sätta in skyddsåtgärder utan att involvera teamet och sjuksköterskan.

Kvalitetsarbete

Fungerar bra

Av intervjuer framkommer att det finns fastställda rutiner för att systematiskt arbeta med synpunkter och klagomål i verksamheten, redovisning till kommunen sker tertialvis. Det framkommer dock inte i någon av de 14 granskade sociala journalerna att verksamheten dokumenterat inkomna eller åtgärdade synpunkter eller klagomål.

Behöver bevakas

Bedömningen är att det finns en grundläggande kunskap i verksamheten kring vad ett missförhållande i enlighet med lex Sarah innebär och den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt lag. Dock beskriver omvårdnadspersonal och verksamhetschef vid intervjuer att kunskapsspridning efter en händelse inte alltid sker. Då det huvudsakliga syftet med lex Sarah är just kunskapsspridning och förbättring av verksamhetens kvalitet utifrån ett systemperspektiv anses detta som en brist. Det är viktigt att händelser diskuteras och åtgärder vidtas i hela verksamheten för att minimera risken att liknande situationer uppstår.

Behöver förbättras

Av granskning framkommer att omvårdnadspersonal efter kontakt med sjuksköterska, vid exempelvis fall, inte alltid är rapporterade. Likaså saknas dokumentation kring huruvida rörelselarm som hittas felvända eller ej aktiverade rapporterats som en avvikelse. Avvikelser finns heller inte i underlaget som skickats till MAS. Det finns rutiner i verksamheten för att arbeta med avvikelser men av intervjuer framkommer att det finns en osäkerhet kring vad som ska rapporteras och att det är mest otydligt vad gäller avvikelser utifrån socialtjänstlagen. Bedömningen är att det systematiska kvalitetsarbetet kopplat till avvikelseprocessen behöver tydliggöras och förankras i verksamheten. Detta för att uppmärksamma, bedöma, utreda och åtgärda händelser som har betydelse för att kunder ska tillförsäkras en god kvalitet på de insatser de erhåller.

Förbättringsområden

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att det finns ett fungerande arbetssätt när det gäller upprättande, uppföljning och tillämpning av genomförandeplaner.
- Det behöver säkerställas att det finns ett fungerande arbetssätt gällande kontaktmannaskap.
- Det behöver säkerställas att social dokumentation sker i enlighet med lagstiftning.
- Det behöver säkerställas att tillämpningen av skyddsåtgärder sker i enlighet med lagstiftning och kommunens riktlinje.
- Det behöver säkerställas att dokumentationsskyldighet kring skyddsåtgärder sker i social journal.
- Det behöver säkerställas att verksamheten har kännedom om, tillgång till och tillämpar de styrande dokument som gäller.
- Det behöver säkerställas att omvårdnadspersonalen har tillgång till och kunskap om riktlinjer från Karlstad kommun.
- Det behöver säkerställas att personalen har den kunskap som krävs för att bemöta personer med demenssjukdom och att personalens bemötande överensstämmer med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen.
- Verksamheten behöver upprätta en skriftlig måltidsrutin som beskriver måltidens genomförande.
- Det behöver säkerställas att samtliga kunder erbjuds dagliga mellanmål.
- Det behöver säkerställas att alternativa maträtter kan erbjudas vid lunch och middag.
- Det behöver säkerställas att serverad mat och dryck presenteras för samtliga kunder, skriftligt, muntligt och/eller via bildstöd.
- Det behöver säkerställas att verksamheten har arbetssätt som möjliggör att kunder utifrån önskemål och förutsättningar kan ta upp sin egen mat.
- Det behöver säkerställas att verksamheten har arbetssätt som möjliggör omsorgsmåltider vid behov.
- Det behöver säkerställas att delegeringsrutinen är känd för omvårdnadspersonalen samt att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal gällande delegering är känd.
- Det behöver säkerställas att omvårdnadspersonalen följer instruktioner gällande lyft och lyftselar.
- Det behöver säkerställas att nya vårdplaner finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen i samband med ny eller förändrad insats.

- Det behöver säkerställas att omvårdnadspersonalen får grundutbildning och/eller repetitionsutbildning i förflyttningsteknik.
- Det behöver säkerställas att omvårdnadspersonalen rapporterar avvikelser. Dokumenterar i daganteckning, samt att kopia på avvikelser skickas till MAS enligt rutin.
- Det behöver säkerställas att verksamheten arbetar systematiskt med förbättringsarbete utifrån avvikelseprocessen.

En tidplan för hur verksamheten ska arbeta med ovanstående förslag på förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 11 september 2023. Verksamheten har ett ansvar att arbeta med och åtgärda identifierade förbättringsområden. En uppföljning av hur förbättringar har genomförts kommer att ske under 2024.

Per Söderberg
beställarchef

Linda M Nilsson
socialt ansvarig samordnare

Ida Karlsson
dietist

Carina Thorling
medicinskt ansvarig sjuksköterska