

Granskning av kommunal hälso- och sjukvård inom Dagverksamheterna Oliven och Soltorpet 2025



Inledning

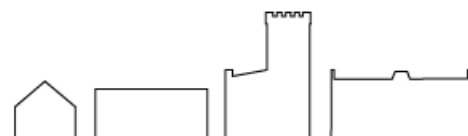
Socialnämnden, Danderyd kommun, ska som huvudman erbjuda en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet och en god hygienisk standard enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Hälso- och sjukvården omfattar även habilitering, rehabilitering samt att tillgodose behovet av hjälpmedel.

Kommunal hälso- och sjukvård regleras genom författningar och omfattas även av nationella riktlinjer samt överenskommelser mellan regioner och kommuner. Vårdgivaren och dess utförare ska även följa Danderyd kommuns och MAS riktlinjer samt de krav som framgår i uppdragsbeskrivningen gällande hälso- och sjukvård för dagverksamhet i egen regi.

Under hösten 2025 har en granskning av hälso-och sjukvården gjorts inom Danderyd kommuns dagverksamheter för äldre personer med kognitiva sjukdomar som har biståndsbeslut från kommunen. Granskningen har utförts av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) på uppdrag av socialnämnden.

Rapport

Datum: 2025-10-30
Socialförvaltningen
Susanne Fäldt





Innehåll

Metod	4
Resultat Soltorpet och Oliven	4
Bedömning.....	5



Metod

Granskningen är utförd den 16 oktober 2025. Båda verksamheter har fått ett fysiskt besök av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och granskningen har genomförts i dialog med verksamhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Genomgång av patientsäkerhetsberättelsen, kontroll av rutiner samt resultat i kvalitetsledningssystemet Stratsys och uppdragsbeskrivningen SN 2025/0091 ligger till grund för rapporten.

En sammanvägd bedömning av respektive ämnesområde redovisas med färgmarkeringar:

Omfattande och allvarliga brister.	Allvarliga brister förekommer.	Acceptabel nivå där mindre brister förekommer.	Nivå som uppfyller ställda krav för en god och säker vård.
------------------------------------	--------------------------------	--	--

Grön nivå innebär att vården är god och säker utifrån uppställda krav.

Gul nivå innebär att det finns identifierade brister men som inte bedöms allvarliga.

Orange nivå innebär att allvarliga brister, alternativt flera mindre allvarliga brister som sammantaget bedöms som allvarliga, har identifierats.

Röd nivå innebär att verksamheten har alarmerande brister som kräver omgående åtgärd.

Resultaten återkopplas till verksamhetschef av MAS. Brister åtgärdas enligt upprättad handlingsplan för verksamheten och följs upp av MAS.

Resultat Soltorpet och Oliven

Bemannings och samverkan	
Ledningssystem och Systematiskt patientsäkerhetsarbete	
Läkemedelshantering och delegering	
Rehabilitering och habilitering	
Vårdhygien	

Bedömning

Bemanning och samverkan

I uppdragsbeskrivningen SN 2025/0091 framgår att utföraren ska ha en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ska tillgodose en trygg och säker vård under vistelsetiden. Kontakt med sjuksköterska ska kunna ske direkt. Rutiner för hur man kontakter sjuksköterska eller annan hälso-och sjukvårdspersonal ska finnas när den enskildes tillstånd fodrar det, båda i akuta respektive icke akuta situationer.

Oliven och Soltorpet har samma sjuksköterska från Klara kompetens sedan flera år tillbaka och som arbetar dagtid, måndag till fredag. Både personal och kunder på dagverksamheterna känner sjuksköterskan väl och kan lätt ta kontakt vid behov. Sjuksköterskan besöker också båda verksamheterna fysiskt var fjortonde dag eller när behov uppstår. Kontaktvägarna är väl kända för personalen i verksamheterna. Bedömningen är att bemanning och kontaktvägar motsvarar kraven på god och säker vård.

Ledningssystem och Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:17) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och Patientsäkerhetslagen (PSL) 3Kap.3§. Vidare ska vårdgivaren följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i dessa föreskrifter. Utföraren ska ha rutiner för egenkontroller, hur synpunkter och klagomål tas om hand, utreds och åtgärdas.

Enligt senaste patientsäkerhetsberättelsen framkommer att utföraren arbetar med kvalitetsledningssystemet Stratsys utifrån ett års hjul. Egenkontroll är genomförd enligt planeringen i årshjulet och visar på god följsamhet. Rutiner för avvikelser som inträffar hanteras och utreds samt återkopplas på till exempel APT eller andra tvärprofessionella forum med olika personalkategorier. Verksamheten arbetar aktivt för att utveckla kvaliteten genom redovisade utbildningar som till exempel Demenscentrums webbaserade utbildningar. Verksamheten arbetar också enligt IBIC (individens behov i centrum) och via Diploma, en lär plattform, med webbaserade utbildningar som till exempel dokumentations utbildning gällande Lex Sarah och genomförandeplaner.

Läkemedelshantering och delegering

Läkemedel ska förvaras inlåst i separat läkemedelsskåp. Lokala rutiner ska finnas för att tydliggöra hanteringen av läkemedel under kundens vistelse. Utföraren ansvarar för att det finns personal med reell och formell kompetens som kan fullgöra de uppgifter som ankommer verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter gällande delegeringar av läkemedel (HSLF-FS2017:37).

Samtliga kunder är inskrivna i HSL journalen. Inga läkemedel var aktuella i verksamheterna vid granskningstillfället men samtlig personal har delegation för att ge läkemedel. Signering sker via signerings appen Appva där också uppdatering av delegeringar görs. Läkemedelsrutinerna är från 2023 och ska revideras och ombuds skickas in till MAS. Bedömningen är att läkemedelshantering och delegeringar sker på ett patientsäkert sätt.

Rehabilitering och habilitering

Fysioterapeut och arbetsterapeut ska finnas tillgängliga vid behov under den tid som den enskilde vistas i verksamheten. Utföraren ska säkerställa att den enskilde får bedömning och adekvata åtgärder när behov föreligger av paramedicinsk personal. Utföraren ansvarar för att det finns utrustning och de hjälpmedel som krävs för att den enskilde ska kunna vistas och delta i verksamheten.

En funktionsbedömning görs alltid vid inskrivning i verksamheterna. Teamsmöten sker var 14:e dag med personal, sjuksköterska och verksamhetschef som också är arbetsterapeut. Kundernas behov går igenom och eventuella behov av hjälpmedel hanteras. Flera kunder har sina rollatorer med sig hemifrån. Sammantagen bedömning är att rutiner för att uppmärksamma och bedöma behov är väl inarbetade. Vården är god och säker.

Vårdhygien

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien och klädregler i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) samt föreskrifter om smittförebyggande åtgärder (HSLF-FS 2022:44). Utföraren ska göra egenkontroller med spårbarhet avseende följsamhet till rutinerna. Vidare ska utföraren tillhandahålla och bekosta de arbetskläder, skyddskläder och övrig skyddsutrustning som behövs för verksamheten. Arbetskläder, skyddskläder och övrig skyddsutrustning ska finnas i tillräcklig omfattning för att uppnå ställda krav.

I egenkontroller följer verksamheterna upp rutinerna gällande vårdhygien utifrån kvalitetsledningssystemets års hjul utan anmärkning. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas en god följsamhet. Utifrån kraven på smittförebyggande arbetet för att minska och förhindra smitta till kunderna finns lokala rutiner som vid granskningstillfället saknades skriftligen. Verksamheterna behöver därför upprätta en rutin enligt, HSLF-FS 2022:44. Medicinsk ansvarig sjuksköterska följer upp att rutin tas fram innan årets slut. Anpassade arbetskläder till personalen behöver köpas in, vilket verksamhetschefen har för avsikt att göra.

