



ANSVARSFÖRDELNING OCH ANVISNINGAR VID VERKSAMHETSUPPFÖLJNING

**Stadens uppföljningsmodell
för verksamheter inom äldreomsorgen**

INNEHÅLL

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT	3
ANSVARSFÖRDELNING	3
GENOMFÖRANDE	4
BRISTER I UTFÖRARENS VERKSAMHET	5
När bristerna i utförarens verksamhet inte bedöms allvarliga	5
Vid allvarliga brister i utförarens verksamhet i egen regi, entreprenad eller intraprenad.....	5
Vid allvarliga brister i utförarens verksamhet i privat regi (ej entreprenader)	5
ANVISNINGAR TILL UPPFÖLJNINGSMALLEN	6
SAMMANFATTANDE BEDÖMNING	7
EKONOMI OCH ADMINISTRATION	8
LEDNING OCH PERSONAL	9
LEDNINGSSYSTEM M.M.....	10
Patientsäkerhetsberättelse	13
Kvalitetsberättelse	13
Värdegrund.....	14
DOKUMENTATION , SOCIALTJÄNSTLAGEN.....	14
Genomförandeplan.....	15
MAT OCH MÅLTIDER	16
STIMULANS.....	17
DOKUMENTATION, HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	18
Lagstadgad journalföring enligt Patientdatalagen (2008:355).....	18
Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.....	18
REHABILITERING	20
KVALITETSREGISTER.....	20
CHECKLISTA HSL-DOKUMENTATION.....	22

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

Kommunfullmäktige har beslutat om en stadsgemensam uppföljningsmall för äldreomsorgens verksamheter. Beslutet innebär bl.a. att alla verksamheter, oavsett regiform, ska följas upp årligen utifrån en stadsgemensam mall för respektive verksamhet. Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till äldreförvaltningen för sammanställning i en rapport till Kommunfullmäktige.

Syfte

Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägena förbättringsområden som finns. När det gäller de verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med, fungerar uppföljningen även som avtalsuppföljning.

ANSVARSFÖRDELNING

Övergripande

- Äldreförvaltningen ansvarar för utformning av de stadsgemensamma uppföljningsmallarna.
- Äldreförvaltningen översänder årligen webblänkar för respektive verksamhet som ska följas upp, till stadsdelsförvaltningarnas kontaktpersoner.
- Uppföljningarna, inkl. sammanfattande bedömning och eventuella förslag till åtgärder, görs av stadsdelsförvaltningarna.
 - Uppföljning av verksamheter i egen regi, inkl. entreprenader och intraprenader, görs av respektive ansvarig stadsdelsförvaltning.
 - Uppföljningsansvaret för privata verksamheter med ramavtal har fördelats mellan stadens stadsdelsförvaltningar.
- Stadsdelsförvaltningarna registrerar genomförda uppföljningsresultat i respektive länkat webbformulär i det webbaserade systemet, f.n. Quick Search.
- Genomförda uppföljningar med sammanfattande bedömningar och utvecklingsområden samt brister, ska vara slutligt rapporterade i det webbaserade systemet senast 31 december aktuellt år.
- Stadsdelsförvaltningarna ansvarar för uppföljning av att identifierade brister åtgärdas.
- Äldreförvaltningen ansvarar för att sammanställa en sammantagen rapport till äldrenämnden och kommunfullmäktige.

Egen regi, entreprenader och intraprenader

- Uppföljning av verksamheter i egen regi, inkl. entreprenader och intraprenader, i enlighet med kommunfullmäktiges beslutade uppföljningsmodell, görs av respektive stadsdelsförvaltning.
- Respektive stadsdelsnämnd föreläggs rapport om uppföljningar avseende verksamheter i egen regi, inkl. entreprenader och intraprenader.



- Respektive stadsdelsnämnd beslutar om eventuella åtgärder och handlingsplaner samt uppföljning av verksamheter i egen regi, inkl. entreprenader och intraprenader.

Privat regi, verksamheter med ramavtal

- Uppföljningsansvaret avseende ekonomisk och finansiell ställning för privata verksamheter med ramavtal, åligger äldreförvaltningen.
- Uppföljningsansvaret i enlighet med kommunfullmäktiges beslutade uppföljningsmodell avseende privata verksamheter med ramavtal har fördelats mellan stadens stadsdelsförvaltningar.
- Stadsdelsförvaltningarna har ansvar för att följa upp att identifierade brister åtgärdas.
- Stadsdelsnämnderna *kan* föreläggas uppföljningar avseende privata verksamheter med ramavtal, för kännedom.
- Stadsdelsförvaltningarna kontakter äldreförvaltningen i de fall brister av allvarlig eller återkommande karaktär föreligger.
- Äldreförvaltningen ansvarar då för vidare åtgärder.

GENOMFÖRANDE

Uppföljningen ska ske årligen utifrån aktuell mall för verksamheten. Enheten kontaktas och informeras om uppföljningen. Uppföljningsmallen ska inte skickas ut i förväg.

Inför uppföljningsbesöket ska uppföljningsansvarig ta del av gällande avtal i de fall uppföljningen avser privat utförare eller entreprenad samt gå igenom föregående uppföljningsrapport och senast genomförda individuppföljning.

Vid uppföljningen ska enhetschef från utföraren finnas representerad samt minst en representant för omvårdnadspersonalen.

Metod för uppföljningen ska vara intervjuer, dokumentationsgranskning och eventuellt observation. Ordinarie uppföljningsbesök ska vara förankrat och efterfrågade handlingar ska finnas tillgängliga hos utföraren.

I uppföljningsmallen finns efter varje delområde möjlighet till kommentarer. Avvikelse gentemot något eller några påståenden ska alltid kommenteras.

Den skriftliga rapporten ska delges utföraren för sakgranskning innan rapporten slutförs.

Den slutgiltiga rapporten registreras och sparas i det webbaserade systemet. Uppföljningen är därmed insänd till Äldreförvaltningen. Uppföljningen länkas därefter av äldreförvaltningen till [stockholm.se/Jämför Service](http://stockholm.se/Jämför_Service).

BRISTER I UTFÖRARENS VERKSAMHET

I de fall påtalad brist vid uppföljningen ska följas upp med återbesök senast 31 december under aktuellt år, bör den slutliga registreringen ske och rapporten sparas efter det senaste återbesöket och inkludera uppgift om återbesökets resultat.

När bristerna i utförarens verksamhet inte bedöms allvarliga

Om bristerna inte bedöms vara allvarliga ges utföraren möjlighet att vidta åtgärder. Uppföljning av dessa brister görs utifrån bedömning, exempelvis vid nästa uppföljningstillfälle eller vid annat fastställt datum.

Vid allvarliga brister i utförarens verksamhet i egen regi, entreprenad eller intraprenad

Respektive stadsdelsnämnd ansvarar för att bristerna åtgärdas.

Vid allvarliga brister i utförarens verksamhet i privat regi (ej entreprenader)

Äldreförvaltningen/Barbro Karlsson eller Christina Österling kontaktas omedelbart för ställningstagande om den fortsatta hanteringen av ärendet.

Allvarlig brist: Uppföljningen påvisar brister i merparten av de områden uppföljningen omfattar. Till brister av allvarlig karaktär räknas brister som direkt påverkar omsorgsmottagaren och/eller åsidosätter följsamhet gentemot lagar, förordningar och avtal. Vid osäkerhet kontaktas Äldreförvaltningen.

Till allvarlig brist hör även underlåtelse att åtgärda påtalade brister. Äldreförvaltningen ska i sådant fall, omedelbart informeras.

Uppföljning av enskilda ärenden

För uppföljning av enskilda ärenden ansvarar respektive stadsdelsnämnd.

En rekommendation är att individuppföljningen och övrig uppföljning av enskilda ärenden, föregår verksamhetsuppföljningen och det sammantagna resultatet ingår som komplement till/vid uppföljningen.



ANVISNINGAR TILL UPPFÖLJNINGSMALLEN

SAMMANFATTANDE BEDÖMNING

Samlad bedömning av uppföljningen:

☐

Följande avvikelser/brister finns som ska vara åtgärdade senast:

Den samlade bedömningen ska inte innehålla beskrivning av boendet, endast det samlade intrycket av uppföljningen avseende verksamhetens kvalitet och följsamhet i förhållande till föreskrifter, riktlinjer, ev avtal etc. ”Atmosfären” kan kommenteras.

Avvikelse - åtgärd : Ett och samma datum anges för när bristerna ska vara åtgärdade eller olika datum per avvikelse. Beroende på avvikelens dignitet.

Vid de fall bristen föranleder en åtgärdsplan ska det framgå hur och när uppföljning av att åtgärderna genomförts, ska ske samt om åtgärderna anses tillräckliga.

I de fall påtalad brist ska följas upp med återbesök senast 31 december under aktuellt år, bör den slutliga registreringen ske och rapporten sparas efter det senaste återbesöket och inkludera uppgift om återbesökets resultat.

I händelse av ”allvarliga brister” i privat utförares verksamhet ska det noteras i den sammanfattande bedömningen, att ärendet överlämnats till Äldreförvaltningen för fortsatt handläggning.



EKONOMI OCH ADMINISTRATION

- ☐ Avvikelserapporteringen är tillfredsställande

☐ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Avvikelserapporteringen är tillfredsställande

Kontakt tas med enheten för biståndshandläggning hos de två stadsdelsförvaltningar som har flest kunder hos utföraren. Bedömningen görs utifrån de två senaste månadernas avvikelserapportering.

Fakturorna ger tillräckligt underlag för fakturering

Kontakt tas med enheten för biståndshandläggning hos de två stadsdelsförvaltningar som har flest kunder hos utföraren. Bedömningen görs utifrån de två senaste månadernas fakturor.

Fakturorna ska uppfylla stadens krav enligt följande:

- Fakturadatum
- Unikt fakturanummer
- Beställarens namn och fakturaadress
- Referens (erhålls från beställaren)
- Utförarens namn och adress
- Utförarens organisationsnummer eller motsvarande
- Uppgift om F-skattebevis
- Vad tjänsten avser (beslutsID för respektive beslutade insats ev. specifikation i bilaga)
- När tjänsten levererades
- Betalningsvillkor, förfallodatum
- Bank- och/eller plusgiro
- Belopp
- Ert momsregistreringsnummer (om moms är aktuellt för tjänsten)
- Momssats (om moms är aktuellt för tjänsten)
- Vid befrielse från moms ska hänvisning till relevant bestämmelse i momslagen anges (Social omsorg enligt 3 kap 4 § momslagen)
- Vid eventuell räntefakturering ska fakturanummer för ursprungsfakturan finnas angiven.
- Ovanstående uppgifter får inte finnas i färgade fält

Faktureringsavgift eller liknande avgift accepteras inte. Eventuell dröjsmålsränta ska utgå enligt räntelagen.

LEDNING OCH PERSONAL

Heltidsanställning

Heltidsanställning avser vanligen 40 tim/vecka. Den som arbetar mindre än heltid har en deltidсанställning. Deltiden kan uttryckas i timmar per vecka eller i procent av en heltidsanställning.

40 tim/v = 100% dvs 1,00.

30tim/v = 75% dvs 0,75

20 tim/v = 50% dvs 0,50.

Exempel:

Två personer arbetar 0,50 vardera = 1,00 heltid tillsammans.

En person arbetar 0,75 och en person 0,60 (24 t/v) = 1,35 heltid tillsammans.

Exempel:

I de fall sjuksköterskorna är en gemensam resurs för hela boendet och ska fördelas likvärdigt över de olika uppföljda inriktningarna:

Samtliga sjuksköterskor omräknade till heltidsanställningar divideras med det totala antalet boende på vård- och omsorgsboendet, oavsett inriktning. Summan multipliceras därefter med antalet boende på den uppföljda inriktningen.

Heltidsanställningar ska anges med två decimaler.

Natt:

Natt = Den tid som enheten definierar som natt enligt schemat, tex 21-06, 22-07 etc.

Omvårdnadspersonalens antal respektive anställningsform:

Omvårdnadspersonal inkl vikarier, enligt föregående månads lönelista. Timanställda, föräldralediga, sjukskrivna mer än 90 dagar och studielediga ingår inte.

Omvårdnadspersonalens kompetens:

Adekvat utbildning: Omvårdnadsprogrammet >600 poäng alt. validerat upp till 600 poäng och undersköterskeutbildning samt vårdbiträdesutbildning av äldre datum.



LEDNINGSSYSTEM m.m

☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9 (M och S)

Ledningssystem ska upprättas i enlighet med SOSFS 2011:9 (M och S); Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Uppföljaren ska här tillförsäkra sig att nedanstående rutiner faktiskt finns, dvs det räcker inte att utföraren säger att de har - rutinerna ska visas för uppföljaren. Rutinerna ska vara lokalt anpassade till utförarens verksamhet.

Ledningssystemet ska minst omfatta rutiner för:

Riskanalys	Analys av om händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet
Egenkontroll	Kontrollsystem för att säkra verksamhetens kvalitet
Anmälan enl Lex Sarah	SOSFS 2011:5
Anmälan enl Lex Maria	SOSFS 2005:28
Avvikelsehantering	Beskrivning av hur enheten på ett systematiskt/metodiskt sätt arbetar för att: – identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa vidtagna åtgärders effekt – sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda – använda erfarenheterna från avvikelsehanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet – ta till vara förslag och klagomål från enskilda, närstående och personal – anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar
Klagomålshantering	Av rutinen ska framgå hur och när den enskilde får information så att den enskilde vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål och vilka alternativ som finns för att framföra klagomål, tex blankett, telefonnummer, brev, e-postadress etc.
Samverkan	De processer där samverkan med andra aktörer behövs för att säkra kvaliteten på insatsen och för att förebygga att den enskilde drabbas av skada. I samverkan ingår även lokal rutin för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas. Av den lokala rutinen ska framgå: – Att sjuksköterska alltid ska kontaktas i första hand vid förändringar i patientens hälsotillstånd oavsett tid på dygnet – Aktuella telefonnummer till (jour)läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt vilka tider resp telefonnummer gäller

	- Vem som ska kontaktas om sjuksköterska inte kan nås (t ex telefonnummer till vårdguiden, ambulans) - Vem som ansvarar för uppdatering av rutinen - Var informationen ska finnas anslagen/uppsett på enheten - Hur rutinen görs känd för berörd personal
Dokumentation, SoL	SOSFS 2006:5
Dokumentation, HSL	PDL 2008:355 Rutiner för journalföring ska säkerställa: - hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen - att uppgifterna dokumenteras i möjligaste mån med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk - att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet Av rutinen ska framgå: • Uppgifter om patients identitet m.m. - dokumentation förses med en entydig personidentifikation - en patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter finns angivna - namnet på den person som svarar för en viss journaluppgift samt även dennes befattning finns angiven - tidpunkten för varje vårdkontakt som en patient ska ha eller haft finns angiven • Rutinerna ska även säkerställa att det är möjligt att föra patientjournal även när - en patient identitet inte kan fastställas - en patient saknar svenskt personnummer - en patient har skyddade personuppgifter Patientjournalens innehåll - Se anvisningar lagstadgad journalföring Hantering av patientuppgifter - att de uppgifter som finns dokumenterade i journalen finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen - det ska framgå av dokumentationen om det finns spärrade patientuppgifter Signering - Se anvisningar lagstadgad journalföring Utlämnande av patientuppgifter - Se anvisningar lagstadgad journalföring - Vem eller vilka som har rätt att på vårdgivarens uppdrag fatta beslut om ett utlämnande - Den person som lämnar ut patientuppgifter ska försäkra sig om att endast rätt mottagare tar emot uppgifterna Översättning och tolkning av patientuppgifter - En patient ska kunna ta del av sin patientjournal som ska vara upprättad på ett sådant sätt som hon eller han kan förstå
Nutritionsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd.	Det ska finnas lokala rutiner som beskriver hur <u>enheten</u> på ett systematiskt/metodiskt sätt arbetar för att förebygga fall, undernäring och tryck-



Fallutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd	sår. <i>Exempel - Nutrition:</i> Vid inflyttning görs riskbedömning enligt MNA, vikt, BMI, munstatus, nattfasta, kost m.m. Om ingen risk eller problem identifieras kontrolleras därefter – vikt fyra ggr/år – MNA var 6:e månad Vid identifierade risker/problem på individbasis görs vidare utredning: – Beräkning av viktförlust i % – Beräkning av energibehov – Översyn av måltidsfördelning över dygnet – Behov av hjälpmedel vid måltid – Översyn av sittställning Individuella åtgärder utifrån identifierade risker/problem Regelbunden uppföljning Resultat Dokumentation (vårdplaner, status)
Trycksårsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd.	
Medicintekniska produkter	SOSFS 2008:1 <i>De lokala skriftliga rutinerna för hantering av MTP ska säkerställa att:</i> - endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används - produkterna inventeras regelbundet, märks, registreras och servas - produkterna är korrekt installerade och kontrollerade innan de tas i bruk - teknisk dokumentation och bruksanvisningar finns tillgänglig - produkter som förskrivits, utlämnats eller tillförts patient kan spåras - hälso- och sjukvårdspersonal är kompetent att förskriva, utlämna MTP till patienter - hälso- och sjukvårdspersonal är kompetent att använda och hantera produkterna på ett säkert sätt, samt - berörd personal får utbildning om hantering och användning av MTP Den som förskriver en medicinteknisk produkt ansvarar själv för att produkten är säker och lämplig samt att användaren kan hantera den på avsett och säkert sätt. Hälso- och sjukvårdspersonal ska för detta ändamål ha tillräcklig kompetens om MTP och hanteringen av dessa.
Basala hygienrutiner	SOSFS 2007:19
Läkemedelshantering	SOSFS 2000:1
Vård i livets slutskede	

Rutiner/planer ska även finnas för :

Personalens kompetensutveckling	Här efterfrågas en övergripande gemensam plan för samtlig personals planerade kompetensutveckling som bygger på individuella kompetensutvecklingsplaner. Av planen bör följande information framgå: • för vilken period planen gäller • aktuella utbildningar, dess omfattning • antal personer/yrkeskategori som omfattas • när utbildningen/-arna ska genomföras.
Introduktion av nyanställda	
Egenkontroll för mat och måltider, livsmedelshan-	Livsmedelslagstiftning och egenkontroll är styrande i arbetet för säker och trygg mat och ska följas i alla verksamheter. Ansvar och befogenhe-



tering	ter ska vara tydliga. All personal såväl ordinarie som extra personal och vikarier, ska känna till och följa det. Programmet ska utvärderas och revideras kontinuerligt. Livsmedelsverkets föreskrifter och livsmedelsregler inom EU ska vara vägledande (Förordning, EG, nr 178/2002). <i>Av kontrollprogrammet ska bl.a. framgå rutiner inom följande områden:</i> ✓ Utbildning ✓ Personlig hygien ✓ Vatten ✓ Rengöring ✓ Skadedjur ✓ Lokaler, utrustning och underhåll ✓ Temperaturer ✓ Mottagning av varor
Kontaktmannaskap	
Hantering av egna medel eller motsvarande	
Hantering av nycklar eller motsvarande, till den boendes egen dörr	
Delegering	

Patientsäkerhetsberättelse

☐ Aktuell patientsäkerhetsberättelse finns

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, 3 kap 10§) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Se även SOSFS 2011:9, 7 kap 2§.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under det gångna året
- vilka åtgärder som vidtagits
- vilka resultat som uppnåtts.

Kvalitetsberättelse

☐ Aktuell kvalitetsberättelse finns

Vårdgivare bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Upprättande av kvalitetsberättelse är inte tvingande, är ett s.k. allmänt råd. Om utföraren inte har en kvalitetsberättelse ska det alltså inte anges som en brist som ska åtgärdas. Staden följer däremot utvecklingen av kvalitetsberättelser.

Värdegrund

☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Stockholms stads värdegrund för äldreomsorgen (KF 2011-03-14, dnr 105-288/2009):

”Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet. Utformningen av det stöd som ges ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet.”

Privata utförare och entreprenader kan ha utformat egna värdegrunder.

Enheten ska beskriva, muntligt eller skriftligt, hur de arbetar i enlighet med gällande värdegrund, så att den enskilde och anhöriga vet vilka förväntningar de kan ställa på enheten. Om den muntliga beskrivningen är trovärdig men skriftlig beskrivning saknas, är kravet uppnått men avsaknaden av skriftlig beskrivning noteras i kommentarsfältet.

DOKUMENTATION , SOCIALTJÄNSTLAGEN

Dokumentationen ska skrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan ta del av den. Det är viktigt att dokumentationen skrivs på ett sakligt sätt så att den ej kan uppfattas som kränkande för den enskilde.

Dokumentationen ska innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information.

- Med *tillräcklig* menas att det som skrivs ska ge nödvändig information om den äldre t.ex. bakgrund nuvarande hjälpinsatser och varför de ges, planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat eller kommer att påverka den äldre.
- Dokumentationen ska vara *väsentlig* och inte innehålla onödiga detaljer som inte har med den äldres situation att göra i aktuellt ärende.
- *Korrekt* innebär att dokumentationen ska vara saklig och inte innehålla betydelselösa och onödiga omdömen som kan uppfattas som förolämpande eller kränkande.

Dokumentgranskningens urval och omfattning:

Urval:

Vilka boendes/hemtjänstmottagares dokumentation som ska ingå i granskningen avgörs av uppföljaren (tex genom slumpmässigt urval). Urvalet ska inte göras av utföraren.

Omfattning:

En rekommendation är att ca 25 % av kundernas dokumentation granskas genom slumpmässigt urval. Är antalet kunder 10 eller färre bör samtliga kunders dokumentation granskas.

Godkännande:

För ett godkännande av dokumentationen ska minst 90% av det granskade urvalet uppfylla kraven, annars kommenteras detta.

Privata vård- och omsorgsboenden

I de fall boendet vid uppföljningstillfället inte har några biståndsbedömda boende från Stockholms stad, görs ingen granskning av dokumentationen. Markera i rutan ”inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället”.

Löpande dokumentation

Den löpande dokumentationen ska föras kontinuerligt så att den ger en aktuell bild av den enskilde. Dokumentationen ska omfatta händelser av vikt och insatser som är av betydelse för den enskilde.

I de fall insatserna fortgår utan ”händelse av vikt”, ska en sammanfattning finnas minst per månad om insatsen inte är omfattande och varje eller varannan vecka vid mer omfattande omvårdnadsinsatser.

Av dokumentationen/den sociala journalen ska framgå

- ✓ när insatsen/-erna har påbörjats
- ✓ när genomförandeplanen har upprättats
- ✓ på vilket sätt den enskilde har haft/getts inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen
- ✓ om det har inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat
- ✓ när genomförandeplanen har följts upp och reviderats
- ✓ vad som kommit fram av betydelse vid kontakter med den enskilde eller andra som har lämnat uppgifter i samband med genomförandet
- ✓ när en handling kommit in eller upprättats
- ✓ när insatsen har avslutats och av vilka skäl

Genomförandeplan

☐ Aktuella genomförandeplaner finns för alla boende
--

Genomförandeplanen ska utgå från ett aktuellt biståndsbeslut där insats och målet för insatsen beskrivs. I genomförandeplanen ska det beskrivas när och hur den enskilde önskar att insatsen praktiskt ska genomföras och utformas i samråd med den äldre och/eller närstående/ställföreträdare. Genomförandeplanen ska ingå i den enskildes personakt och överensstämja med aktuell beställning. Genomförandeplanen ska aktualiseras i form av en ny genomförandeplan minst en gång per år.

Genomförandeplan ska inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden vara upprättad inom 15 dagar efter att insatsen trätt i kraft. Inom korttidsvården ska planen vara upprättad inom tre (3) dagar.

Av planen ska bl.a. framgå:

- ✓ Vad som ska göras, hur och när
- ✓ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ✓ Att den enskilde och/eller deras företrädare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen
- ✓ Ansvarig arbetsledare
- ✓ Kontaktmannens namn
- ✓ Underskrift av kontaktman
- ✓ Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud.
- ✓ Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen

Vad som ska göras, hur och när: För uppfyllt krav ska det av planen framgå såväl vad som ska göras som hur och när. Kravet är inte uppfyllt om något av kriterierna saknas. Eventuell brist anges i kommentarsfältet.

I kommentarsfältet ska göras en notering om det av genomförandeplanen framgår att information getts angående den enskildes möjlighet att ansluta sig till omsorgsdagboken.

MAT OCH MÅLTIDER

- ☐ Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch, middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar.
- ☐ Maten är anpassad efter individens behov och önskemål, utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer.
- ☐ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst tre rätter, varav en vegetarisk, vid minst en måltid.

Enligt Kostpolicy för Stockholms stads äldreomsorg ska alla som serveras mat och måltider erbjudas individanpassad mat och måltider som motsvarar gällande riktlinjer, utifrån de svenska näringsrekommendationerna (SNR), de nordiska näringsrekommendationerna (NNR) samt ESS-gruppens rekommendationer (ESS = expertgruppen för samordning av sjukhuskost, Livsmedelsverket, SLV 2003).

Nattfasta definieras som tiden mellan kvällens sista och morgonens första matintag.

Om de boende kontinuerligt erbjuds en efterrätt till lunch eller middag anges det i kommentarsfältet.



STIMULANS

Vård- och omsorgsboende:

☐

De boende erbjuds kontinuerligt gemensamma aktiviteter

Här efterfrågas om det dagligen erbjuds planerade gemensamma aktiviteter inom varje boendegrupp (viktigt att kontrollera vad som står i gällande avtal för entreprenader tex kan enheten ha lovat att erbjuda två aktiviteter dagligen).

Om gemensamma aktiviteter erbjuds i minst 90 % av boendegrupperna får frågan ett kryss.

Om övergripande gemensamma aktiviteter erbjuds inom enheten ses detta som ett plus och beskrivs i kommentaren.

Dagverksamhet:

☐

Verksamheten erbjuder gemensamma aktiviteter

☐

Verksamheten erbjuder individuella aktiviteter

Dagverksamhet är per definition en verksamhet för stimulans och aktivitet. Här efterfrågas om utföraren bedriver en varierad verksamhet där även det individuella behovet av stimulans tillgodoses.

DOKUMENTATION, HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- ☐ Journalerna innehåller den lagstadgade journalföringen (PDL 2008:355)
- ☐ Journalerna finns tillgänglig för berörd personal så att den boende får nödvändig vård och omsorg
- ☐ Journalhandlingarna förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Lagstadgad journalföring enligt Patientdatalagen (2008:355)

Se även Checklista HSL-dokumentation bilaga 1

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla:

1. Uppgift om patient identitet
 - namn och personnummer
2. Kontaktuppgifter
 - en patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter finns angivna
3. Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
 - dokumenteras under hälsohistoria/vårderfarenhet/medicinska diagnoser
4. Uppgift om ställd diagnos
 - dokumenteras under anamnes/medicinska diagnoser
5. Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
 - dokumenteras under respektive sökord eller i vårdplan
6. Uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjort i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till förnyad medicinsk bedömning
 - dokumenteras under sökordet information/undervisning
7. Namnet på den person som svarar för en viss journaluppgift samt även dennes befattning
8. Vem som gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (journalanteckning ska, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften)
9. Anteckning om patienten anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande
10. Uppgifter om en journalhandling eller en avskrift eller en kopia av handlingen har lämnats ut till någon, vem som fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut
11. Markering som ger en varning om intolerans eller överkänslighet som innebär allvarlig risk för patientens liv och hälsa (ska vara lätta att uppmärksamma i journalen)
12. Journalen ska vara skriven på svenska, vara tydligt utformad och så lätt som möjligt för patienten att förstå

Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14)

Patientjournalens innehåll

1. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd
 - dokumenteras under respektive sökord i status
2. uppgifter om medicinska bedömningar



3. uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar
 - av sjuksköterska förskrivna läkemedel
 - av sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast ordinerade behandlingar t.ex. nutritionsbehandling, sårbehandling, smärtbehandling (läkemedel, TENS m.m.) och funktionsträning
4. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
5. undersökningsresultat
 - t.ex. riskbedömning för fall, undernäring och trycksår. Resultatet av riskbedömningen ska dokumenteras under respektive sökord i status
6. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
 - dokumenteras under sökordet överkänslighet
7. uppgifter om vårdhygienisk smitta
 - dokumenteras i anamnes/medicinsk diagnos- källa ska anges
8. epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård från andra vårdgivare
 - dokumenteras i anamnes under sökordet hälsohistoria/vårderfarenhet. Källan ska anges
 - när en patient flyttar från eller avlider i boendet eller avlider i annan vårdinrättning
9. uppgifter om lämnade samtycken
 - dokumenteras under sökordet upplysning/samtycke
10. uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
 - dokumenteras under respektive sökord beroende på vilken vård och behandling som avses
11. de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits, utlämnats eller tillförts patient
 - dokumenteras under respektive sökord hjälpmedelsförskrivning/ hjälpmedels- hantering
12. utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
 - dokumenteras under sökordet administration
13. uppgifter om vårdplanering
 - dokumenteras under sökordet samordning/vårdplanering
14. uppgift om tidpunkten för varje vårdkontakt som patient ska ha eller har haft
 - externa vårdkontakter utanför boendet dokumenteras under pågående vård

Dokumentgranskningens urval och omfattning:

Urval:

Vilka boendes journaler som ska ingå i granskningen avgörs av uppföljaren (tex genom slumpmässigt urval). Urvalet ska inte göras av utföraren.

Omfattning:

En rekommendation är att ca 25 % av kundernas dokumentation granskas genom slumpmässigt urval. Är antalet kunder 10 eller färre bör samtliga kunders dokumentation granskas.



Godkännande:

För ett godkännande av journalerna ska minst 90% av det granskade urvalet uppfylla kraven enligt checklistan, annars kommenteras detta.

Privata vård- och omsorgsboenden

I de fall boendet inte har några biståndsbedömda boende från Stockholms stad görs ingen granskning av dokumentationen. Markera i rutan ”inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället”.

REHABILITERING

☐ Utrustning finns för träning och sjukgymnastik

Träning och sjukgymnastik är åtgärder som vidtas efter bedömning av sjukgymnast och arbetsterapeut. Brister i funktion avhjälpas med funktionell träning, specifik träning eller med hjälpmedel.

Vid **funktionell träning** som uppresning, förflyttning och vändning används oftast den inredning som finns på boendet, som sängar, stolar, ledstänger och liknande.

Specifik träning, däremot, kräver specifik träningsutrustning. De fysiska funktioner som sjukgymnasten tränar är rörlighet, styrka, balans och kondition.

Exempel på träningsutrustning för rörlighetsträning är bencykel, armcykel, teraband och bollar.

Exempel på träningsutrustning för styrketräning är barr, viktmanschetter, teraband och hantlar.

Exempel på träningsutrustning för balans är barr, bollar, matta och balansplatta.

Kondition tränas vanligtvis med promenader, men barr och cykel kan användas.

Brits används för undersökning och behandling (exempelvis smärtbehandling och stretch).

KVALITETSREGISTER

☐ Senior alert
☐ Palliativa registret
☐ Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Under 2010 och 2011 har fyra kvalitetsregister - Svenska Palliativregistret, Senior alert och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) - valts ut för statligt utvecklingsstöd med syfte att användas i hela landet. Utvecklingen av dessa kvalitetsregister bedöms som viktiga för att främja ett systematiskt förbättringsarbete och syftet är att de ska leda till ett förändrat



arbetssätt som innebär kvalitets- och effektivitetsvinster inom vården och omsorgen om sjuka äldre.

Samtliga register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, förbättra munhälsan, den palliativa vården och demensvården.

Det övergripande syftet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Dels kan man för den egna enheten identifiera förbättringsmöjligheter, dels får man i registret som helhet snabbt reda på vilka insatta åtgärder och behandlingar som ger bra eller dåliga resultat för olika patientgrupper. Data uppdateras online och är därför alltid aktuella. Vissa resultat från kvalitetsregistren ingår i Socialstyrelsens och SKL's Öppna jämförelser.

Registrering i kvalitetsregister ersätter **inte** den ordinarie dokumentationen.

Vid uppföljningen ska endast noteras om utföraren registrerar i ett eller flera av registren. Frågeområdet utgör f.n. inget underlag som kan betecknas som brist om utföraren inte registrerar. Staden följer däremot utvecklingen av deltagandet i kvalitetsregistren.

Senior alert

Undernäring, fall, trycksår och munhälsa är viktiga områden för äldre personer inom såväl akutsjukvård som inom primärvård/ hemsjukvård och kommunal äldreomsorg. Senior alert är ett processinriktat register och syftet är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

Palliativa registret

Registrets huvudsyfte är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet.

BPSD

Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet. Förekomst av BPSD kan ses som ett mått på livskvalitet för personen med demenssjukdom. Registret har en tydlig struktur som bygger på kartläggning av frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD, kartläggning av aktuell läkemedelsbehandling, checklista för tänkbara orsaker till BPSD, förslag på evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för att minska BPSD samt utvärdering av vidtagna interventioner. Denna struktur genererar en individuell vårdplan som är ett stöd i vården av personer med demenssjukdom.

Bilaga 1

CHECKLISTA HSL-DOKUMENTATION

Enligt lagstadgad journalföring ska journalen innehålla uppgifter om:

- ☐ patients identitet, namn och personnummer
- ☐ kontaktuppgifter, en patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter
- ☐ ställd diagnos (medicinsk diagnos och omvårdnadsdiagnos)
- ☐ bakgrunden till vården
- ☐ planerade åtgärder
- ☐ vidtagna åtgärder
- ☐ den information som lämnats till patienten
- ☐ aktuellt hälsotillstånd
- ☐ medicinska bedömningar
- ☐ ordinationer av läkemedel (av sjuksköterska ordinerade läkemedel)
- ☐ olika behandlingar
- ☐ undersökningsresultat (riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår)
- ☐ överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- ☐ vårdhygienisk smitta
- ☐ epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- ☐ lämnade samtycken
- ☐ patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- ☐ uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicin-tekniska produkter som har förskrivits, utlämnats eller tillförts patient
- ☐ utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- ☐ vårdplanering
- ☐ markering om varning av allvarlig överkänslighet eller intolerans
- ☐ skriven på svenska