



07

Handläggare
Ann-Charlotte Ohlsson
Telefon: 08-508 04 883

Till
Till Hässelby-Vällingby
Stadsdelsnämnd 2017-04-06

Uppföljning av Koppargården som drivs i egen regi

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad.

I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Koppargården. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Råcksta. Koppargården har sammanlagt 174 platser fördelade på följande inriktningar: somatik, demens, profil, korttidsvård och växelvård. För närvarande bor 91 personer från stadsdelsområdet på Koppargården.

Ett visst förbättringsarbete gällande verksamhetens arbete med sammanställning och analys av egenkontrollerna gällande Sol och HSL krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts.

Bakgrund

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad. Syftet är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter samt eventuella förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån en mall som

äldreförvaltningen tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden.

Privata utförare i stadsdelen följs upp på uppdrag av äldrenämnden som är ytterst ansvarig för verksamheterna. Ärendet är då enbart för kännedom för stadsdelsnämnden. För verksamheter i egen regi samt de som drivs på entreprenad, är det stadsdelsnämnden som är ytterst ansvarig. Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Ärendet

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Koppargården den 20 februari 2017. Från utföraren deltog enhetschef, biträdande enhetschefer samt sjuksköterskor. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Koppargården har sammanlagt 174 platser fördelade på följande inriktningar: somatik, demens, profil, korttidsvård och växelvård. För närvarande bor 91 personer från Hässelby-Vällingby stadsdelsområde på Koppargården.

Följande brist upptäcktes vid årets uppföljning:

- Egenkontrollen av dokumentation enligt SoL och HSL behöver sammanfattas och analyseras.

Vid verksamhetsuppföljningen 2018 kommer bristen följas upp.

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för beställare äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Koppargårdens vård- och omsorgsboende - Demens, soma och korttids

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Verksamhetschef/enhetschef:

Jeanette Wahlberg

Adress:

Bättringsvägen 5 - 9, 162 52 Vällingby

Telefon:

08-508 04805

Verksamhetens regiform:

- ☒ Kommunal regi
- ☐ Privat regi
- ☐ Entreprenad

Inriktning:

- ☒ Somatisk
- ☒ Demens
- ☒ Korttidsvård
- ☐ Profilboende

Tillstånd från IVO:

- ☐ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☐ Tillståndet överensstämmer **inte** med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☒ Verksamheten bedrivs i kommunal regi eller av entreprenör (inget tillstånd krävs)

Antal lägenheter totalt:

145

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	20
Enskede-Årsta-Vantör	3
Farsta	4
Hägersten-Liljeholmen	2
Hässelby-Vällingby	76
Kungsholmen	1
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	4
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	17
Södermalm	1
Älvsjö	1
Östermalm	
Socialförvaltningen	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på vård - och omsorgsboendet. Intervju med ledning och personal.
 Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, verksamhetscontroller
 Kirsti Arama, MAS
 Marianne Ankersjö, MAR

Datum för uppföljningen:

Den 20 februari 2017

Från utföraren medverkade:

Enhetschef Jeanette Wahlberg, biträdande enhetschef Ewa Örjebo, biträdande enhetschef Azra Basilja, sjuksköterska Horriyeh Hashemi samt sjuksköterska Efti Karami

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att Koppargården till stor del efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet. Det finns dock behov av utveckling gällande redovisning av verksamhetens egenkontroll gällande SoL och HSL.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inför uppföljning 2018:
Egenkontrollen av dokumentation enligt SoL och HSL behöver en sammanfattande analys.

Lokal rutin för Medicintekniska produkter och dess implementering finns delvis och planeras vara fullt genomförd under 2017.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Ekonomi och administration:

☒ Avvikelseberapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Verksamhetschef:

☐ Namngiven verksamhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

☒ Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes förnamn

☒ Profession

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)

☒ De enskilda boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

**Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

12,5

Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

1,7

Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

2,29

Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

1,32

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

--

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

96,8

Antal omvårdnadspersonal natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

23,75

Andel timanställd omvårdnadspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

28

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Ovanstående information exklusive rutiner, har inhämtats muntligen från utföraren

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Riskanalys:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☒	☐	☐
Riskanalys är genomförd enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada (Lex Maria) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om dagliga aktiviteter	☒	☐	☐

Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Tvärprofessionella teammöten	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐
Uppsökande verksamhet vid munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	☒	☐	☐
Medicinsk fotvård	☒	☐	☐
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☐	☒	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10	☒	☐	☐
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	☒	☐	☐
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☒	☐	☐
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Rutin för hantering av Medicintekniska produkter delvis klar och delvis implementerad. Slutprodukt och slutlig implementering under 2017.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Beskrivning av kvalitetsarbete:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Nationella kvalitetsregister:

☐ Enheten registrerar i Senior alert

☒ Enheten registrerar i Svenska palliativregistret

☐ Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Alla plan på enheten registrerar inte i Senior alert, men har planer att återuppta registrering.

Social dokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Egenkontroll är genomförd men en sammanfattande bedömning över resultat saknas.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Egenkontrollen behöver kompletteras med spårbarhet av medicintekniska produkter, Sammanfattande bedömning över resultat och därmed även utvecklingsbehov saknas.

Dokumentationsförvaring:

☒ Personakt/journal förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

De enskilda boende får vid inflyttningen:

- ☒ Muntlig information
- ☒ Skriftlig information

Stimulans:

- ☒ Utevistelse erbjuds dagligen
- ☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen
- ☒ Individuella aktiviteter erbjuds

Mat och måltider:

- ☒ Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar
- ☒ Nattfastan överstiger inte 11 timmar
- ☒ Mat och måltider är anpassade efter individuella behov och önskemål

Lokaler och utrustning:

- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial
- ☒ Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ De enskilda boende har namnskylt på dörren till bostaden

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Powered by  quicksearch



**Stockholms
stad**

Vård- och omsorgsboende: Liviagården - profil

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Verksamhetschef/enhetschef:

Adress:

Telefon:

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk

☐ Demens

☐ Korttidsvård

☒ Profilboende

Tillstånd från IVO:

- ☐ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☐ Tillståndet överensstämmer **inte** med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☒ Verksamheten bedrivs i kommunal regi eller av entreprenör (inget tillstånd krävs)

Antal lägenheter totalt:

29

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	15
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	3
Älvsjö	
Östermalm	1
Socialförvaltningen	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på vård - och omsorgsboendet. Intervju med ledning och personal.
Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, verksamhetscontroller
Kirsti Arama, MAS
Marianne Ankersjö, MAR

Datum för uppföljningen:

Den 20 februari 2017

Från utföraren medverkade:

Enhetschef Jeanette Wahlberg, biträdande enhetschef Ewa Örjebo, biträdande enhetschef Azra Basilja, sjuksköterska Horriyeh Hashemi samt sjuksköterska Efti Karami

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att Koppargården i huvudsak efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet. Det finns dock behov av utveckling gällande redovisning av verksamhetens egenkontroll gällande SoL och HSL.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inför uppföljning 2018:

Egenkontrollen av dokumentation enligt SoL och HSL behöver en sammanfattande analys.

Lokal rutin för Medicintekniska produkter och dess implementering finns delvis och planeras vara fullt genomförd under 2017.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Ekonomi och administration:

☒ Avvikelseberapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Verksamhetschef:

☐ Namngiven verksamhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

☒ Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes förnamn

☒ Profession

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)

☒ De enskilda boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

**Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

2,7

**Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

0,3

Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

0,46

Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

0,26

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

20,35

Antal omvårdnadspersonal natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

3,75

Andel timanställd omvårdnadspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

29

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Ovanstående information exklusive rutiner, har inhämtats muntligen från utföraren

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Risakanalys:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☒	☐	☐
Riskanalys är genomförd enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada (Lex Maria) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om dagliga aktiviteter	☒	☐	☐

Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Tvårprofessionella teammöten	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐
Uppsökande verksamhet vid munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	☒	☐	☐
Medicinsk fotvård	☒	☐	☐
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☐	☒	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10	☒	☐	☐
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	☒	☐	☐
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☒	☐	☐
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Rutin för hantering av Medicintekniska produkter delvis klar och delvis implementerad. Slutprodukt och slutlig implementering under 2017.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Beskrivning av kvalitetsarbete:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Nationella kvalitetsregister:

☒ Enheten registrerar i Senior alert

☒ Enheten registrerar i Svenska palliativregistret

☐ Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Social dokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Egenkontroll är genomförd men en sammanfattande bedömning över resultat saknas.

Hälsö- och sjukvårdsdokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälsö- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende hälsö- och sjukvårdsdokumentation:

Egenkontrollen behöver kompletteras med spårbarhet av medicintekniska produkter, Sammanfattande bedömning över resultat och därmed även utvecklingsbehov saknas.

Dokumentationsförvaring:

☒ Personakt/journal förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

De enskilda boende får vid inflyttningen:

- ☒ Muntlig information
- ☒ Skriftlig information

Stimulans:

- ☒ Utevistelse erbjuds dagligen
- ☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen
- ☒ Individuella aktiviteter erbjuds

Mat och måltider:

- ☒ Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar
- ☒ Nattfastan överstiger inte 11 timmar
- ☒ Mat och måltider är anpassade efter individuella behov och önskemål

Lokaler och utrustning:

- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial
- ☒ Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ De enskilda boende har namnskylt på dörren till bostaden

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

