

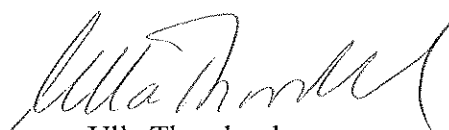
05


Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-06-11

Uppföljning av servicehus som drivs i egen regi – Skolörtens servicehus

Förvaltningens förslag till beslut

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


Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör


Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförare av vård- och omsorgsboenden följs upp årligen. När det gäller verksamheter i egen regi ansvarar stadsdelsnämnden för uppföljningen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Skolörtens servicehus. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Hässelby. Skolörtens servicehus har 112 boende varav 87 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som är i behov av särskilt boende utan hel-dygnsomsorg.

Ett förbättringsarbete gällande ledningssystemet, den sociala dokumentationen samt hälso- och sjukvård krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. På förvaltningens begäran har utföraren lämnat in en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska avhjälpas. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att bristerna åtgärdas.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)
2. Åtgärdsplan

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla verksamheter inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, ledsagning och avlösning som är belägna inom stadsdelsområdet och verksamheter som staden har ramavtal med ska följas upp årligen. Syftet är att få kunskap om enheternas styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån den mall som äldreförvaltningen har tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden. Mallen för 2015 är reviderad och högre krav ställs på att verksamheterna kan uppvisa dokumentation på att de arbetar utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

När det gäller verksamheter i egen regi är det stadsdelsnämnderna som ansvarar för uppföljningarna. 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.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Skolörtens servicehus den 16 februari 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, sjuksköterska samt samordnare. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Hässelby. Skolörtens servicehus har 112 boende varav 87 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdel. Målgruppen är äldre personer som är i behov av särskilt boende utan heldygnsomsorg.

Kvarstående brister från föregående år:

- Verksamheten behöver identifiera sina processer
- Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Rutiner behöver även upprättas över hur egenkontrollen utförs, att egenkontroll görs samt med vilken frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

- En övergripande riskanalys behöver upprättas samt en redogörelse för hur verksamheten arbetar för att förebygga och hantera eventuella risker.
- Aktuella hälsoplaner avseende rehabilitering saknas i de granskade journalerna.
- Riskbedömningar görs ej inom 14 dagar efter inflyttning.
- Få fallpreventionsplaner upprättas efter identifierad fallrisk.
- Hjälpmedelsföreskrivningar dokumenteras inte i enlighet med föreskrivningsprocessen.
- Epikriser saknas i majoriteten av de granskade journalerna.

Verksamheten har påbörjat arbetet med att definiera sina processer. I detta arbete kommer verksamheten få stöd från verksamhetscontroller under juni månad. Vid återbesök i september i år ska verksamhetens samtliga processer vara identifierade. Verksamheten ska då påbörja arbetet med att identifiera sina risker samt kartlägga verksamhetens egenkontroller utifrån sina processer. Verksamheten ska sedan dokumentera arbetet samt upprätta rutiner för hur verksamheten fortsättningsvis ska arbeta med sina risker och egenkontroller. Nytt återbesök kommer ske i november i år för att säkerställa att verksamheten arbetar enligt plan. Vid uppföljning 2016 ska verksamhetens arbete med ledningssystemet vara klart och verksamheten ska kunna uppvisa dokumentation på genomförda egenkontroller samt dokumentation på hur verksamheten arbetar med identifierade risker.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Samtycken saknas vid hjälpmedelsföreskrivningar som görs i syfte att begränsa den enskilde.

Förvaltningen har därför begärt att utföraren utarbetar en åtgärdsplan som visar hur man arbetar för att komma tillrätta med bristerna. En åtgärdsplan har lämnats in i tid. Planen beskriver vad som åtgärdats inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under året.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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



Stockholms
stad

Servicehus: Skolörtens servicehus

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Entreprenör/Nämnd:

Egen regi

Verksamhetschef/enhetschef:

Göran Hflort

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-50804680

Verksamhetens regiform:

Kommunal regi

Entreprenad

Antal boende totalt:

112

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	16
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	87
Kungsholmen	2
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	2
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	2
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	1

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlott Ohlsson, kvalitetsuppföljare
Eva Ingstrand MAS,
Marianne Ankersjö MAR

Datum för uppföljningen:

Den 16 februari 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Göran Hjort, biträdande verksamhetschef Jenny Granskog, sjuksköterska Pernilla Lundberg samt samordnare Mia Wenderlöf

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till viss del har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande lagar och föreskrifter.

Verksamheten behöver definiera sina processer samt utveckla arbetet med egenkontroll och riskanalys kopplat till verksamhetens definierade processer.

Verksamheten har behov av att utveckla den sociala dokumentationen såväl som hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Brister som behöver åtgärdas inom 4 månader:

- Verksamheten behöver identifiera sina processer
- Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden.
- En övergripande riskanalys behöver upprättas samt en redogörelse för hur verksamheten arbetar för att förebygga och hantera eventuella risker.
- Dokumentationen enligt SoL behöver utvecklas och förbättras
- Aktuella hälsoplaner avseende omvårdnad och rehabilitering saknas i de granskade journalerna.
- Riskbedömningar görs ej inom 14 dagar efter inflyttning.
- Få fallpreventionsplaner upprättas efter identifierad fallrisk.
- Hjälpmedelsförskrivningar dokumenteras inte i enlighet med förskrivningsprocessen.
- Samtycken saknas vid hjälpmedelsförskrivningar som görs i syfte att begränsa den enskilde.
- Epikriser saknas i majoriteten av de granskade journalerna.

Inför uppföljning 2016 ska följande brister vara åtgärdade:

- Rutin för att sammanställa inkomna avvikelser.
- Akter behöver förvaras i enlighet med gällande lagstiftning
- En övergripande gemensam utvecklingsplan för samtlig personal.
- Rutin för Informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass behöver upprättas
- Lokal rutin för egenkontroll av HSL-journaler behöver upprättas.
- Lokal rutin för hantering av Medicintekniska produkter behöver upprättas.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Brister gällande ledningssystemet och genomförandeplaner kvarstår från föregående år.

Hälso och sjukvård:

Vid uppföljningsmötet noterades att brister enligt föregående års protokoll kvarstår.

Hälsoplaner, dvs. vård och rehabplaner, saknas/brister i uppdatering. Teambaserad vårdplanering saknas i vissa journaler.

Riskbedömningar görs ej i enlighet med rutin.

Epikriser saknas i majoriteten av de granskade journalerna.

Ekonomi och administration:

- Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- Avvikelse rapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Verksamhetschef:

- Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- Dennes (personalens) namn
- Utförarens namn

Hälso- och sjukvårdspersonal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

- Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)
- De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- Boendet har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation
- Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet

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

3,6

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

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

1

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

1,6

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom sjuksköterska på boendet:

- Dag
- Kväll/Natt
- Helg
- Ej aktuellt

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom mobilt team:

- Dag
- Kväll/Natt
- Helg
- Ej aktuellt

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

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

34,75

Antal vårdbiträden/undersköterskor natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges

med två decimaler):

4,01

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

0

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

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

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från verksamhetschef

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledningssystemet är känt hos personalen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Verksamheten har påbörjat arbetet med att definiera sina processer.

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Externa samverkanspartners är identifierade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Samverkan har redovisat:

Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risakanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för risakanalys är utarbetade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I risakanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att risakanalys ska genomföras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Risakanalys har redovisat:

Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende risakanalys

Uppföljarna har ej tagit del av någon dokumentation gällande risakanalys.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	⊙		⊙	⊙
Rutiner för anmälan av Lex Maria finns	⊙		⊙	⊙
Rutiner för synpunkts- och klagomålshandling finns	⊙		⊙	⊙
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	⊙		⊙	⊙
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	⊙		⊙	⊙

Avvikelsehantering har redovisat:

Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelsehantering

Kvalitetsgrupp med ansvar för avvikelser finns, men det saknas rutiner för sammanställning av inkomna avvikelser samt rutin för justering av processer och rutiner.

Egenkontroll:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	⊙		⊙	⊙
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	⊙		⊙	⊙
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	⊙		⊙	⊙

Egenkontroll har redovisat:

Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Rutiner behöver även upprättas över hur egenkontrollen utförs, att egenkontroll görs samt med vilken frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten behöver även dokumentera hur de arbetar med de åtgärder som krävs utifrån egenkontrollens resultat.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Personalens kompetensutveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduktion för nyanställd personal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hantering av privata medel eller motsvarande	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uppföljning av underleverantörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalggrupper/arbetspass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedömning av sjuksköterska om omvårdnadsstatus för nyinflyttade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Funktionsbedömning av sjukgymnast/fysioterapeut för nyinflyttade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ADL-bedömning av arbetsterapeut för nyinflyttade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Läkemedelshantering i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

-En övergripande rutin för Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS-2008:1 finns, men det saknas en lokalt anpassad skriftlig rutin för inventering och service Medicintekniska produkter.
 -En lokalt anpassad skriftlig rutin för basala hygienrutiner saknas.
 -Verksamheten har identifierat och beslutat vilka utbildningar som ska genomföras under året. Det framgår dock ej vilken omfattning utbildningarna har, antal personer/yrkeskategori som omfattas eller när utbildningarna ska genomföras.

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns, men (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	⊙	⊙	⊙	⊙
Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav	⊙	⊙	⊙	⊙

Dokumentation har redovisat:

- Godkänd dokumentation och förvaring, SoL och HSL

Andel boende som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

37

Boende från Stockholms stad:

- Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Verksamheten behöver upprätta egenkontroller för att säkerställa att dokumentation förs enligt gällande lagstiftning.

Vid en traditionell granskning av genomförandeplaner samt löpande dokumentation enligt SoL visade att det inte alltid framkommer av genomförandeplanerna vem som deltagit vid upprättande av planen eller ett uppföljningsdatum. I 35% av de akter där stickprov genomfördes saknades det en genomförandeplan. Den löpande dokumentationen förs regelbundet men inte alltid gällande rätt saker. SoL-dokumentationen förvaras i hyllor i låst rum och är inte tillräckligt säkert ur arkiveringssynpunkt.

Vid en traditionell granskning av Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen har brister uppmärksammats. Upprättande av aktuella hälsoplaner behöver förbättras. Epikriser saknas. Löpande dokumentation kan förbättras. Riskbedömningar görs inte alltid i enlighet med stadens gällande rutiner. Dokumentationen vid hjälpmedelsförskrivningar behöver förbättras.

De boende får vid inflyttningen:

- Muntlig information
- Skriftlig information

Stimulans:

- Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen
- Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuell kommentar avseende boende och service:

Ovanstående information har inhämtats muntligen från verksamhetschef.

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

- Enheten registrerar i Senior alert
- Enheten registrerar i Palliativa registret
- Enheten registrerar i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Förbättringsområden (åtgärder)	Vem är ansvarig ?	Utarbeta en rutin, eventuellt revidera aktuell rutin	När ska åtgärden vara klar?	Åtgärdat datum	Egenkontroll (datum för uppföljning)
Identifiera verksamhetens processer	Göran Hiort Enhetschef	Under revidering	2015-12-31	Fortlöpande	Vid förändringar i verksamheten eller enligt planerat årshjul.
Egenkontroll som omfattar verksamhetens alla områden	Göran Hiort Enhetschef	Under revidering	2015-07-31		Två ggr per år.
Egenkontroll dokumentation enligt HSL	Pernilla Lundberg Biträdande Enhetschef	Rutin finns	2015-07-31		En gång i månaden
Egenkontroll dokumentation enligt SoL	Jenny Granskog Biträdande enhetschef	Rutin finns, kommer att revideras.	2015-07-31		En gång i månaden
Övergripande Riskanalys	Göran Hiort Enhetschef	Under revidering	2015-07-31		En gång per år eller vid förändringar
Att alla boende har En aktuell och underskriven genomförandeplan	Jenny Granskog Enhetschef	Rutin finns, ingår i kontaktmannaskapet.	2015-07-31		En gång i månaden.
Aktuella hälsoplaner Gällande rehab	Pernilla Lundberg Biträdande Enhetschef	Rutin finns. Vi kommer att arbeta med kartlagt hälsotillstånd enligt nya dokumentationssystemet ICF	2015-07-31		Två ggr per år

		och göra aktuella hälsoplaner där behov föreligger.			
Att riskbedömningar görs inom 14 dagar	Göran Hiort Enhetschef	Checklistor och rutiner finns.	2015-07-31		Två ggr per år
Dokumentera samtycke vid begränsningsåtgärder	Göran Hiort Enhetschef	Rutin och blanketter finns.	2015-07-31		Två ggr per år
Att Fallpreventioner upprättas efter identifierad risk	Pernilla Lundberg Biträdande Enhetschef	Fallrutin finns. Fallprevention upprättas vid teammöten.	2015-07-31		Två ggr per år
Dokumentera hjälpmedelsföreskrivning och inhämta samtycke	Pernilla Lundberg Biträdande Enhetschef	Lokal rutin för medicin tekniska produkter håller på att tas fram tillsammans med Rehab personalen.	2015-07-31		Två ggr per år
Upprätta epikriser	Pernilla Lundberg Biträdande Enhetschef	Rutin finns.	2015-07-31		En gång per månad
Utveckla rutin för kvalitetsråd	Göran Hiort Enhetschef	Rutin klar.	Rutin klar	Rutin klar	Rutin klar