

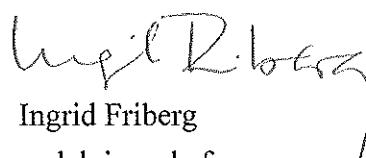

07

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-06-11

Uppföljning av vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi – Skolörtens grupp- boende

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 gruppboende. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Hässelby. Skolörtens korttidsvård har 49 platser varav 43 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

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 gruppboende den 25 mars 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef, sjuksköterska, undersköterska samt administratör. Uppföljningen genomfördes i form av intervju samt dokumentgranskning. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Hässelby. Skolörtens gruppboende har 49 boende varav 43 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdel. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

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.
- Verksamheten behöver säkerställa att det finns en aktuell genomförandeplan för alla boende och att det framgår vem som deltagit vid upprättande av planen och uppföljningsdatum.
- Hälsoplanerna behöver uppdateras så att det framgår ordination/åtgärder samt att området rehabilitering omfattas

Verksamheten har påbörjat arbetet med att definiera sina processer. I detta arbete kommer verksamheten få stöd från verksamhetskontroller 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:
- Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten behöver upprättas
- Rutin för egenkontroll samt hantering av medicintekniska produkter behöver upprättas
- Den löpande dokumentationen enligt HSL behöver förbättras så att resultat av insatser framgår.
- Dokumentation vid hjälpmedelsförskrivningar behöver uppdateras så att det sker i enlighet med förskrivningsprocessen
- Epikriser behöver upprättas
- Vissa journaler behöver uppdateras så att ID-uppgifter och samtycke framgår
- Lokal rutin för handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar behöver upprättas.

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.

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

Hässelby Torg 20-22
Box 3424
165 23 Hässelby
Växel 08-508 04 000
hasselby-vallingby@stockholm.se
stockholm.se



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Skolörtens vård- och omsorgsboende - Demens.

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart/Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Annette Mathiesen

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-508 04 320

Verksamhetens regiform:

- Kommunal regi
- Privat regi
- Entreprenad

Inriktning:

- Somatisk vård och omsorg (sjukhem)
- Gruppboende för personer med demenssjukdom (inkl inriktning mot demens på sjukhem)

Korttidsvård

Profilboende

Tillstånd enligt 7 kap 1§ SoL:

- 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 boende totalt:

49

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	43
Kungsholmen	1
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	2
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

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

Datum för uppföljningen:

Den 25 mars 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Annette Mathiesen, Sjuksköterska Ylva Jungmark, undersköterska Karin Lövblad samt administratör Susanne Nilsson

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.

Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med sina processer, riskanalyser, egenkontroll samt den interna samverkan.

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
- Rutiner för hur samverkan ska bedrivas
- Inom den egna verksamheten behöver utvecklas
- Dokumentationen enligt Sol och HSL behöver utvecklas och förbättras
- Rutin för hantering av medicintekniska produkter behöver upprättas
- Lokal rutin för handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar behöver upprättas.

Inför uppföljning 2016:

- Rutin behöver upprättas för att sammanställa inkomna avvikelser.
- Akter behöver förvaras i enlighet med gällande lagstiftning

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid årets uppföljning kvarstår brister gällande ledningssystemet samt viss brist gällande den sociala dokumentationen. Brist angående

kompetensutvecklingsplan var åtgärdad
Hälsa och sjukvård:
Vid uppföljningsmötet noterades att brister enligt 2014 års protokoll kvarstår.
Hälsoplaner/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
- Avvikelserapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Verksamhetschef:

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

2,95

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

0,3

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

0,6

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

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 inställsetid 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):

23,3

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

9

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

0

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)

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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

Rutinerna för den interna samverkan behöver utvecklas.

Riskanalys:

	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 checked="" type="radio"/>
Rutiner för riskanalys är utarbetade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Riskanalys har redovisat:

- Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Verksamheten kunde inte uppvisa dokumentation på riskanalyserna. Rutiner för hur riskanalyser ska genomföras finns men det saknas beskrivning av när den ska genomföras.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för anmälan av Lex Maria finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avvikelsehantering har redovisat:

- Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelsehantering

Avvikelser hanteras löpande och återkopplas på teammöten men det saknas rutiner för sammanställning av inkomna avvikelser samt rutin för justering av processer och rutiner.

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns (3 p)	behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beskriva hur arbetsuppgifterna med egenkontrollen är fördelade inom enheten samt dokumentera hur verksamheten arbetar med de åtgärder som krävs utifrån egenkontrollens resultat.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns, men				Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
	Finns (3 p)	behöver utvecklas (2 p)	påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	
Kontaktmännaskap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Personalens kompetensutveckling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
Erbjudande om daglig utvistelse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Erbjudande om aktiviteter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Måltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/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"/>
Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsbedömning av sjukgymnast/fysioterapeut för nyinflyttade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL-bedömning av arbetsterapeut för nyinflyttade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	<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

-Verksamheten hanterar ej privata medel.
 Rutin för måltider saknas.
 -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 Medicinsktekniska produkter.
 -En övergripande stadsgemensam rutin för funktionsbedömning av sjukgymnast och ADLbedömning av arbetsterapeut finns men lokalt anpassad rutin saknas.
 -Vårdhygiens handlingsprogram är känt men lokalt skriftlig rutin saknas.
 Lokal rutin kring sjuksköterskans bedömning av omvårdnadsstatus för nyinflyttade saknas.

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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dokumentation har redovisat:

- Godkänd dokumentation och förvaring, SoL och HSL

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

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. En traditionell granskning av genomförandeplaner samt löpande dokumentation enligt SoL visade att det inte alltid finns underskrift av kontaktperson eller den enskilde/företrädare. Den löpande dokumentationen förs kontinuerligt men inte alltid om rätt saker. SoL-dokumentationen förvaras i hyllor i låst rum och är inte tillräckligt säkert ur arkiveringssynpunkt. Vid en traditionell granskning av Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har brister uppmärksammats. Upprättande av aktuella hälsoplaner behöver förbättras. Uppgift om undersökningsresultat från ADL-bedömningar och riskbedömningar behöver journalföras i enlighet med Stadens rutin. Dokumentation vid hjälpmedelsförskrivningar behöver uppdateras så att det sker i enlighet med förskrivningsprocessen. Epikriser saknas. Löpande dokumentation kan förbättras.

De boende får vid inflyttningen:

- Muntlig information
- Skriftlig information

Mat och måltider:

- Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Natfastan överstiger inte 11 timmar
- Maten är anpassad efter individens behov och önskemål, utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer
- De boende erbjuds möjlighet att välja mellan två varmrätter vid både lunch och middag

Stimulans:

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

Lokaler och utrustning:

- I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- 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
- Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- Den boende har namnskylt på dörren till bostaden
- Utföraren svarar för den boendes klädvård
- Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar avseende boende, service och omvårdnad:

Ovanstående uppgifter är inhämtade 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)

Handlingsplan verksamhetsuppföljning 2015.

Åtgärd	Komplikation		Åtgärder/Handlingsplan	Ansv.	Klart	Avstämning
Utveckla egenkontroll. En övergripande riskanalys. Rutiner arbetsterapeut/ sjukgymnast. Säkerställandet av genomförandeplaner. Samtliga punkter från verksamhetsuppföljning åtgärdas.			Prioritera och arbeta med verksamhetens processer	A. Mathiesen	14/8 -15	
Rutiner för hälso-sjukvårds dokumentation. Hälsoplaner, Rutiner, egenkontroll, hantering av medicintekniska produkter, Dokumentation, Epikriser ska upprättas, Uppdatering journaler, handlingsprogram smittsamma sjukdomar. Samtliga punkter från verksamhetsuppföljning åtgärdas.	Här krävs att sjuksköterskor är aktiva och behjälpliga. Detta försäkras av att en Sjuksköterska slutar i juni.		Rekrytering av ny sjuksköterska pågår Denne ska under avsatt tid arbeta med brister och förbättrings arbete HSL	A. Mathiesen	Kommer att klara tidsgräns 4 månader. Rekryteringsprocess av sjuksköterska pågår och sommarren tar tid från detta arbete	