

**Handläggare**  
Lajla Wikström  
Telefon: 08-508 08 101

**Till**  
Kungsholmens stadsdelsnämnd

## **Uppföljning av vård- och omsorgsboende samt hemtjänst 1 januari till den 31 december 2015**

### **Bakgrund**

Kommunfullmäktige har beslutat om en stadsgemensam uppföljningsmodell för äldreomsorgens verksamheter. Äldreförvaltningen har utarbetat rutiner för ansvarsfördelning och anvisningar vid verksamhetsuppföljning. Uppföljningarna omfattar alla driftsformer d.v.s. utförare i egen regi, entreprenörer samt privata utförare enligt ramavtal och kundvals-system och ska genomföras årligen utifrån en stadsgemensam mall för respektive verksamhet. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns.

Äldreomsorgen arbetar utifrån en sammanhållen process för uppföljning och styrning. Uppföljning på avtalsnivå och på individnivå har kompletterats med ett antal kvalitetsfaktorer för att kunna mäta nämndens mål. Avtalsuppföljningen omfattar också oanmälda besök med observation och bedömning av verksamhetens följsamhet av rutiner samt återkommande verksamhetsbesök under året. Verksamhetsbesöken är ett forum för dialog och utveckling med utförarna.

Nedan presenteras sammanfattning av genomförda uppföljningar av vård- och omsorgsboende samt hemtjänst 1 januari till den 31 december 2015.

### **Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende**

Drivs av Temabo på uppdrag av Kungsholmens stadsdelsnämnd Sedan föregående års uppföljning har det personcentrerade arbetssättet på ett tydligare sätt implementerats i det dagliga arbetet. Omvårdnadspersonalen arbetar varannan helg vilket ger bättre kontinuitet för de boende. Enheten har skapat olika ”temarum” som inbjuder till aktiviteter individuellt eller i grupp. De olika yrkeskategoriernas medverkan i inflyttningsprocessen beskrivs, teamcoach besöker alla nyinflyttade för samtal och information om vilka aktiviteter den boende är intresserad av. En kvalitetsledare sjuksköterska har tillsatts och ska arbeta 50 % i administrationen och 50 % i vården. Enhetschefen för demensenheterna visar en

tydlig målinriktning och styrning av verksamheten, arbetet med införandet av BPSD pågår och teamet beskriver det som ett fungerande arbetssätt som ger resultat. Motsvarande tydliga målstyrning av arbetssätt kan inte avläsas inom de somatiska enheterna. Teamledare har tillsatts men ansvarsområdet gentemot biträdande enhetschefer verkar inte vara klargjort. Ett av Temabos utlovade mervärden är närvarande och handledande chefer, detta kan bli tydligare i organisationen. Övriga mervärden bedöms vara uppfyllda.

HSL- resultat har förbättrats med en procent jämfört med 2014 års uppföljning. Slutgiltig bedömning 92 %. Skriftliga rutiner för hälso- och sjukvårdens processer finns, rutinerna har reviderats 2015. Områden inom HSL där det krävs en fortsatt förbättring och utveckling rör inkontinens, användandet av skattningsskalor vid smärtbedömning och hygien. För området riskbedömningar finns en pågående handlingsplan för utveckling av förebyggande arbetet. Dokumentation enligt egenkontroll bedöms godkänt, men dokumentationen behöver fortsätta att utvecklas och då främst med att kartlägga och analysera hälsotillstånd och att få patienten delaktig. Uppföljarna har besökt samtliga boendeenheter och kan notera väsentliga brister i den övergripande egenkontrollen av verksamheten. Övergripande ledning har i dagsläget inte kännedom om hur det ser ut på boendeenheterna. Det finns stora brister i städning och hygien i tvättstugor och förråd. Det finns även stora brister i egenkontroll livsmedel och kök, systematisk kontroll genomförs inte.

#### *Åtgärder*

Senast 1 juli ska samtliga boendeenheter ha en tydlig och väl fungerande egenkontroll av livsmedel samt god hygien och ordning i kök tvättstugor och förråd. Förvaltningen uppföljning den 9 juli visar att detta är åtgärdat. En generell genomgång av boendemiljön måste genomföras så att den är trevlig och välkommande. I övrigt måste enheten arbeta med att via kontaktpersonen förbättra möjligheten till individuell social stimulans, aktiviteter och utevistelser. Tider för generella aktiviteter behöver ses över så att alla som vill delta ges möjlighet till detta.

#### **Solbackens vård-och omsorgsboende**

Drivs av Attendo, på uppdrag av Kungsholmens stadsdelsnämnd Boende på Solbacken får en god vård- och omsorg, personalen har ett gott bemötande och miljön är trivsamt. Boende har goda möjligheter till utevistelse på stor gård, gemensamma aktiviteter och även aktiviteter i mindre grupper genomförs.

Kontaktpersonerna bör dock i större utsträckning erbjuda

individuell social stimulans. Enheten har påbörjat arbetet med olika egenkontroller av verksamheten, den ska dock dokumenteras och sammanställas så att förvaltningen kan ta del av den. Uppföljningen av hälso- och sjukvården enligt QUSTA visar på ett lägre resultat jämfört med föregående år. Verksamheten har upprättade rutiner för hälso- och sjukvård. Det område som visar på mest brister är hygien, åtgärder pågår för att säkra följsamheten till basala hygienrutiner.

#### *Åtgärder*

Enheten måste förtydliga de rutiner och processer som framgår i uppföljningsprotokollet. Rutin för uppföljning av underleverantör kost måste upprättas.

### **Serafens vård- och omsorgsboende**

Drivs i egen regi

Verksamheten har en övergripande grundstruktur som finns beskriven i en årsprocess. Det personcentrerade arbetssättet är tydligare implementerat i det dagliga arbetet än föregående år. Verksamheten bör i större utsträckning använda kunskapen i tvärprofessionella teamet för att säkra arbetssättet och den enskildes medverkan i omvårdnadsprocessen. Ledningen för de för somatiska enheterna har en målinriktning och styrning av verksamheten. Motsvarande målstyrning av arbetssätt är inte lika tydlig för demensenheterna. Verksamheten står nu inför en omorganisation där gruppleddare ska anställas, det är viktigt att ha tydliga ansvarsområden för gruppleddare och biträdande enhetschefer. Utifrån detta måste verksamheten uppdatera befintliga rutiner. Uppföljarna bedömer också att det är viktigt att någon har ett särskilt ansvar för boendemiljön på respektive boendeenhet. Det erbjuds generella aktiviteter i huset men verksamheten behöver förbättra möjligheten till social stimulans på boendeenheterna. Det är viktigt att den boendes "egen tid" planeras och utförs. Hälso- och sjukvården måste säkras och samverkan mellan HSL personal måste förbättras. Det finns det brister i kontinuitet av hälso- och sjuvårdspersonal och ledning som medfört att det brister i följsamhet av lokala rutiner.

#### *Åtgärder*

Rutin för uppföljning av underleverantör måste upprättas i övrigt behövs en fortsatt utveckling av arbetet kring riskanalyser, egenkontroll av verksamheten.

### **S:t Eriks vård- och omsorgsboende**

Drivs av Kosmo, på uppdrag av Kungsholmens stadsdelsnämnd

Kvalitetsuppföljningen visar att de boende får en god vård- och omsorg och att personalen har ett gott bemötande. Generella aktiviteter och utvistelser genomförs. Enheten behöver dock fortsätta utveckla arbetet kring måltidsmiljön och i större utsträckning erbjuda individuell social stimulans främst till de boende som av olika skäl inte kan eller vill delta i de generella aktiviteterna. Verksamheten planerar att under våren fokusera på förbättring av måltidsmiljön. Under 2014 har det varit bristande kontinuitet på sjuksköterskor, flera har slutat och det har varit svårt att rekrytera lämpliga sjuksköterskor. Nu är samtliga tjänster besatta och enheten behöver arbeta med att utveckla övergripande riktlinjer och regler för hälso- och sjukvården. Enheten genomför viss egenkontroll men behöver utföra systematiskt egenkontroll av verksamheten och redovisa den på ett sådant sätt att förvaltningen kan ta del av den. Verksamhetens resultat för hälso- och sjukvården vid uppföljning med QUSTA har förbättrats från 86 % till 92 % jämfört med föregående års uppföljning. HSL rutinerna är dock inte implementerade ännu. De områden som visar på mest brister är vård i livets slut och inkontinens. Egenkontroll av hälso- sjukvårdsdokumentation genomförd av entreprenadens MAS visar ett förbättrat arbete med att upprätta status, men att upprättade planer saknar måluppfyllelse.

#### *Åtgärder*

Enheten måste förtydliga de rutiner och processer som anges i uppföljningsprotokollet.

### **Pilträdet Servicehus**

Drivs i egen regi

Personalen på Pilträdet är organiserade i team med husansvar vilket ger god kontinuitet för de boende. Sedan föregående års uppföljning har en tjänst som bitr. enhetschef och samordningssjuksköterska tillkommit. Ansvarsfördelningen mellan enhetschef, biträdande enhetschef och samordningssjuksköterska måste tydliggöras. Enheten har inte brutit ner ledningssystemet på lokal nivå, rutiner för egenkontroll, samverkan och riskanalys är fortfarande inte upprättade. Process för avvikelshantering måste upprättas. Sammantaget måste flera av verksamhetens lokala rutiner för SoL och HSL revideras och implementeras. Uppföljning av genomförandeplaner sker inte på ett systematiskt sätt. Qusta uppföljningen av hälso- och sjukvården har verksamheten försämrat sitt resultat från 91 % föregående år till 88 % år uppföljning. En orsak till det sämre resultatet bedöms vara brist på kontinuitet bland sjuksköterskorna. De områden som framförallt behöver förbättras är vård i livets slutskede, delegering,

läkemedelshantering och inkontinens. Andra områden som också behöver utvecklas är teamarbetet kring fallprevention och nutrition.

#### *Åtgärder*

Enheten måste bryta ner ledningssystemet i lokala rutiner samt förtydliga rutiner och processer. Enheten skulle ha inkommit med en handlingsplan för detta i maj 2015, men på grund av byte biträdande enhetschef blev arbetet med att utforma lokala rutiner fördröjt. Under hösten har ledningen utarbetat gemensamma rutiner för både Pilträdet och Fridhemmet och i de fall där det behövs upprättat lokal rutin för respektive servicehus.

### **Fridhemmets servicehus**

#### **Drivs i egen regi**

Fridhemmet övertogs i egen regi den 1 juni 2014. Personalen är organiserad i tre grupper, en sjuksköterska och ett omvårdnadsteam per plan. Regelbundna teamträffar genomförs och enheten har ett kvalitetsråd. Arbetet med att upprätta lokala rutiner pågår, rutiner och överenskommet arbetsätt måste implementeras i hela personalgruppen. Riskanalys och egenkontroll av verksamheten måste genomföras och dokumenteras. Planering och uppbyggnad av aktiviteter och social stimulans pågår. Enheten har förbättrat sitt HSL- resultat från 81 % 2014 till 88 % 2015. Övergripande lokala HSL- rutiner finns men behöver uppdateras. De HSL- områden som visar på mest brister är mun- och tandhälsovård och nutrition.

#### *Åtgärder*

Riskanalys och egenkontroll av verksamheten måste genomföras och dokumenteras med analys och åtgärd. Enheten måste ha en tydlig rutin som beskriver hela processen med avvikelshantering. Enheten måste börja registrera i palliativa registret. I övrigt ska rutiner uppdateras enligt noteringar i uppföljningsprotokollet.

### **Attendo Hemtjänst**

Verksamhetschefen har sedan föregående års uppföljning systematiserat arbetet genom att upprätta ett års hjul för uppföljning och egenkontroll av verksamheten. Enheten har nu rutiner för riskanalys och egenkontroll. Egenkontroller och riskanalyser har dock bara delvis genomförts under 2014. Alltför få brukare har en aktuell uppdaterad genomförandeplan. Enheten har inte följt sina egna rutiner för att säkra att dokumentation och genomförandeplaner är aktuella. Stickprovskontroll av personalkontinuitet hos brukarna visar att denna måste förbättras.

#### *Åtgärder*

Enheten har inkommit med en åtgärdsplan för hur man avser att åtgärda bristerna kring dokumentationen. Vid nästa års uppföljning kommer enhetens egenkontroller och riskanalyser att följas upp.

### **HSB Hemtjänst**

HSB hemtjänst har en ny övergripande ledning och gör nu en omstart kring sitt övergripande kvalitetsarbete. Rutiner för egenkontroll och riskanalys saknas på central och lokal nivå. Enheten uppfyller därmed inte helt avtalet med Stockholms stad. Rutiner för samverkan och rutin för delegeringar måste dessutom förtydligas, ledningssystemet ska vara känt hos personalen och personalen måste involveras i enhetens kvalitetsarbete. Samtliga kunder ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan, uppföljningsdatum ska framgå i alla planer.

#### *Åtgärder*

Enheten ska senast den 27 april inkomma med en åtgärdsplan över hur bristerna som framgår i uppföljningsprotokollet ska åtgärdas. I planen ska det framgå vad som ska åtgärdas, när det ska påbörjas, ansvarig, när det ska vara klart och hur enheten tänker följa upp åtgärdsplanen. Åtgärdsplan har inkommit och kommer att följas upp 2016.

### **AVA Hemtjänst**

Ava hemtjänst uppfyller avtalet med Stockholms stad. Utföraren uppvisar god kontinuitet och har mycket goda resultat i stadens brukarundersökning 2014.

#### *Åtgärder*

Rutinen för egenkontroll måste tydliggöras vad gäller vilka egenkontroller som genomförs, frekvens och omfattning.

### **Hantverkargatan, hemtjänst i egen regi**

Enheten bedriver ett aktivt värdegrundsarbete och har utbildade värdegrundsledare. Det gynnar ett gemensamt arbetssätt och kundens inflytande över insatsens utförande. Enheten uppfyller överenskommelsen med stadsdelsnämnden.

#### *Åtgärder*

Rutiner för egenkontroll, avvikelser/synpunkter och klagomål samt riskanalys måste förtydligas och implementeras i hela personalgruppen.

### **Humana Hemtjänst**

Verksamheten har en ny chef och i samband med detta har enhetens organisation förändrats. Arbetet med att implementera rutiner och arbetssätt samt genomföra egenkontroll och riskanalyser pågår. Allt för få brukare har en aktuell uppdaterad genomförandeplan.

Stickprovskontroll av personalkontinuitet hos brukarna visar att kontinuiteten kvälls- och natttid är dålig och utföraren måste arbeta med att förbättra denna. Rutin för överrapportering mellan dag, kväll och natt ska vara skriftlig. I rutin för kontaktmannaskap ska det tydligt framgå vilket ansvarsområde kontaktmannen har.

#### *Åtgärder*

Rutin för uppföljning av underleverantör ska upprättas. Enheten saknar skriftliga rutiner för sammanställning, analys och återkoppling av avvikelser. Rutin för riskanalys måste utvecklas och kompletteras. Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan.

### **S:t Görans Hemtjänst**

Utföraren bedriver en bra verksamhet med hög personalkontinuitet och en närvarande arbetsledning. Utföraren har en medveten och noggrann personalrekrytering. Utföraren måste genomföra egenkontroller och riskanalyser av verksamheten.

#### *Åtgärder*

Rutin för egenkontroll och riskanalys behöver kompletteras och implementeras i verksamheten. Rutin för uppföljning av underleverantör saknas. Övriga rutiner finns men behöver förtydligas och kompletteras enligt noteringar i uppföljningsprotokollet.

### **Olivia Hemtjänst**

Brister från föregående års uppföljning avseende avvikelshantering och egenkontroll av verksamheten är inte åtgärdade. Årets uppföljning visar att verksamhetens processer är tydliggjorda i företagets övergripande ledningssystem. De lokalt anpassade rutinerna behöver dock bli tydligare och förankras i personalgruppen och därmed säkras personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Riskanalys och egenkontroll av verksamheten ska genomföras och dokumenteras.

#### *Åtgärder*

Rutin för och implementering av avvikelshantering behöver säkras. Rutin för egenkontroll finns men enheten måste upprätta en tydligare struktur för vilka kontroller som ska genomföras, hur och när.

### **SVPH Fredhällshusen Hemtjänst**

Utföraren har nu ett övergripande ledningssystem godkänt av Äldreförvaltningen. Ledningen består av hemtjänstchef, biträdande hemtjänstchef samt gruppleddare med ansvar för daglig planering och arbetsledning. Utföraren har påbörjat arbetet med att identifiera



verksamhetens riskområden. I övrigt uppfyller utföraren avtalet med staden väl.

#### *Åtgärder*

Rutin för riskanalys måste färdigställas och ansvarsfördelning tydliggöras. Riskanalysen ska innehålla skattning av sannolikhet och konsekvens.

### **Svanens Hemtjänst**

Enhetens mål är att kunderna ska möta så få personal som möjligt och uppföljningens kontroll av kontinuiteten visar att den är mycket god. Vid kvalitetsuppföljningen kunde konstateras att det finns brister i rutiner vad gäller riskanalys, egenkontroll, samverkan och avvikelshantering. Enheten måste fortsätta sitt arbete med att utveckla och genomföra egenkontroll och riskanalys för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

#### *Åtgärder*

Rutiner för underleverantör ska utarbetas. Rutiner och genomförande av samverkan, riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering ska utvecklas i enlighet med noteringar i uppföljningsprotokollet.

### **DeLuxe Living Hemtjänst**

Föregående års uppföljning visade att enheten hade brister i sin övergripande grundstruktur för verksamheten. Företaget har nu anställt en ny verksamhetschef sedan tre veckor tillbaka. Kvalitetschef finns sedan en vecka. Översyn av ledningssystem och samtliga rutiner pågår. Den nu genomförda uppföljningen visar att det finns brister i rutiner för riskanalys, egenkontroll och implementeringen av dessa rutiner. Det finns ingen dokumenterad egenkontroll av den sociala dokumentationen att tillgå vid uppföljningstillfället. Ledningen uppger att de är medveten om att det finns brister i verksamheten och i den sociala dokumentationen. Sedan uppföljningstillfället har det framkommit att verksamheten har bytt verksamhetschef igen. Den tidigare kvalitetschefen är nu tillsatt som ny verksamhetschef.

#### *Åtgärder*

Riskanalys och egenkontroll av verksamheten måste genomföras. Rutinerna måste utvecklas i enlighet med noteringar i protokollet och vara implementerade i hela personalgruppen senast 160131. Uppföljning sker den 9 februari 2016.

### **Aleris Hemtjänst**

Enheten startade upp sin verksamhet på Kungsholmen 2015, verksamhetschefen har ansvar för två enheter varav 50 % chef Kungsholmen. Utföraren har tydligt kundfokus och redovisar tydlig



struktur och arbetssätt. Riskanalys, avvikelshantering och egenkontroll är en naturlig del i verksamheten. Utföraren uppfyller avtalet med staden väl.

#### *Åtgärder*

Utföraren behöver förtydliga vissa rutiner och processer i enlighet med protokollet.

### **Adeocare Hemtjänst**

Utförarens ambition är att ha en hög personalkontinuitet, genomförd uppföljning visar att kontinuiteten är mycket god. Arbetet med egenkontroll och riskanalys av verksamheten måste utvecklas och genomföras. Enheten behöver upprätta tydliga rutiner för sammanställning, analys och återkoppling av avvikelser. Personalen måste involveras i kvalitetsarbetet.

#### *Åtgärder*

Enheten dokumenterar delvis i stadens dokumentationssystem, senast den 1 april 2016 ska all dokumentation ske i stadens system. Skriftliga rutiner ska upprättas och kompletteras i enlighet med protokollet.

### **Uppföljning av vård- och omsorgsboenden som har ramavtal med Stockholms stad**

#### **Edsby Slott**

Drivs av Gästhemmet Edsby slott AB

Boende på Edsby slott får en god omvårdnad och hälso- och sjukvården fungerar bra. Verksamheten genomför viss egenkontroll och riskanalyser men saknar tydliga skriftliga rutiner för detta. I rutinerna ska det framgå vilka kontroller och analyser som ska genomföras, hur ofta, vem som är ansvarig och hur resultatet ska dokumenteras

#### *Åtgärder*

Skriftliga rutiner för egenkontroll, riskanalys, extern samverkan samt uppföljning av underleverantör måste upprättas.

Skriftlig rutin för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut bedömningar för nyinflyttade måste upprättas.

#### **Herdens Äldreboende**

Drivs av Bruka äldrevård AB

Enheten bedriver en bra hälso- och sjukvård rekommenderas dock se över möjligheten att införa datoriserad journalföring för att utveckla dokumentationen och möta framtidens krav på It baserade system för kommunikation mellan vårdgivare. Enheten måste på ett tydligare sätt erbjuda och dokumentera utevistelser, aktiviteter och social stimulans. Måltidsituationen har observerats i samband med

kvalitetsuppföljning på individnivå, enhetens arbetssätt vid måltider får goda omdömen.

#### *Åtgärder*

Tydliga rutiner och genomförande för egenkontroll och riskanalys behöver tas fram för att säkerställa att verksamhetens riskområden är identifierade. Verksamheten behöver utveckla arbetssätt för att få all personal delaktig i kvalitetsarbetet.

### **Mariebergs Äldreboende**

Drivs av Opalen Vård AB

Verksamheten är tillbaka på Marieberg efter att ha varit evakuerad på grund av stambyte. Ny enhetschef har tillsatts och uppbyggnad av verksamheten pågår. Enheten måste på ett tydligare sätt erbjuda daglig utevistelse och individuell social stimulans. Verksamhetens riskområden ska identifieras och rutiner för detta måste upprättas. Rutiner finns för en säker hälso- och sjukvård dock behöver verksamheten se över kvalitetsfrågorna kring inkontinens.

#### *Åtgärder*

Enheten ska upprätta riskanalys för verksamheten, kompetensutvecklingsplan för 2016, tydliga rutiner för intern och extern samverkan samt rutin för rapportering till beställare. Enheten ska även säkerhetsställa att riktlinjen för inkontinensvård följs, att det förskrivs och provas ut individuellt samt kvalitetssäkras

### **Stockholms sjukhem**

Drivs av stiftelsen Stockholms sjukhem

Stockholms sjukhem bedriver en god vård- och omsorg och de boende får ett gott bemötande. Arbetet med att erbjuda dagliga utevistelser, individuella aktiviteter och social stimulans måste dock utvecklas och dokumenteras. Ledningen måste säkerhetsställa att egenkontroll av livsmedelshygien och basala hygienrutiner genomförs.

#### *Åtgärder*

Enheten måste ta fram en tydlig gemensam rutin för rapportering, sammanställning, analys och återkoppling av avvikelshanering enligt Sol och HSL. Egenkontroller av verksamheten ska genomföras och sammanställas med analys och eventuella åtgärder. I övrigt ska skriftliga rutiner upprättas och kompletteras i enlighet med uppföljningsprotokollet.

### **Kungshamn**

Drivs av Attendo i Sverige AB

Kungshamns inriktning är utevistelser och trädgård. Stor gård och fina balkonger ger goda möjligheter till utevistelser och aktiviteter utomhus. Det finns en övergripande aktivitetsansvarig som planerar och genomför generella aktiviteter. Individuell social stimulans på

respektive boendeenhet måste dock förbättras. Verksamheten har utbildat administratörer i BPSD registret, all personal ska genomgå den webbaserade utbildningen. Verksamheten arbetar med bemötandepaner och har en demensutvecklare på plats som handleder och utbildar personalen. Verksamheten uppfyller avtalet med Stockholms stad.

#### *Åtgärder*

Rutin för uppföljning av underleverantör ska upprättas. Ledningen måste säkra att personalen följer verksamhetens rutiner för livsmedelshantering och städrutiner kök.

### **Saltsjöbadens sjukhus**

#### Drivs av Vardaga

Verksamheten fungerar mycket bra och uppfyller avtalet med Stockholm stad. Verksamheten har totalt 60 platser, varav avtal med Stockholms Stad för 12 platser. Vardaga som driver Saltsjöbaden äldreboende ska ansöka om att ändra inriktning på en avdelning till psykiatri, då en demensavdelning kommer flytta till plan 5 som tidigare hyrdes av Capho sjukvård. Verksamheten har identifierade riskområden, huvudsakliga riskområden är service och säkerhet, omsorg samt hälso- och sjukvård

#### *Åtgärder*

Verksamheten ska upprätta skriftliga rutiner för riskanalys av verksamheten och egenkontroll av basala hygienrutiner samt skapa rutiner för att erbjuda/ möjliggöra daglig utevistelse.

### **Under sommaren genomförde förvaltningen oanmälda besök dag och natt på samtliga särskilda boenden.**

Under sommaren besökte kvalitetsuppföljare för SoL och HSL samtliga vård- och omsorgsboenden och servicehus, både dag och natt. Verksamheterna fungerade väl under semesterperioden, utevistelser och aktiviteter utomhus har genomförts. Serafen har haft en del inhyrda sjuksköterskor på plats och därmed viss brist i kontinuitet på sjuksköterskor. Under nattbesöket kunde förvaltningen konstatera att samtliga verksamheter hade överenskommen nattbemanning och verksamheterna fungerade väl.

### **Rapportering av avvikelser enligt Socialtjänstlagen 1 januari till 31 december 2015.**

När den enskildes insatser eller vård- och omsorg helt eller delvis inte utförs är detta att betrakta som en avvikelse. Alla verksamheter ska ha rutiner för hur avvikelser identifieras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas samt för hur vidtagna åtgärder följs upp. Det ska också tydligt framgå vem som ansvarar för att detta görs och att rutinerna följs. Brister i verksamheten kan leda till att brukarnas

behov inte tillgodoses. Erfarenheter av avvikelshanteringen ska tas tillvara i förbättringsarbetet och utgångspunkten ska vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner med syfte att utveckla och säkerställa en god kvalitet och säkerhet för brukarna.

Under perioden 1 januari till den 31 december 2015 har det inkommit totalt 329 SoL- avvikelser från utförarna. Det är en ökning med 60 avvikelser jämfört med föregående år. Ökningen bedöms bero på att verksamheterna i större utsträckning rapporterar avvikelser och därmed arbetar förebyggande för att undvika att missförhållanden uppstår.

Huvudområden	Antal avvikelser
Allmän omvårdnad	91
Mat och måltider	19
Serviceinsatser	11
Sociala aktiviteter/rehab insatser/utevistelse	9
Brist i tillsyn (här ingår även rymningar)	55
Brist i informationsöverföring internt	19
Bemötande	31
Trygghetslarm	32
Övrigt	62
<b>Totalt</b>	<b>329</b>

Inom Beställarenheten har det under året inkommit totalt fyra SoL- avvikelser, två avser brist i informationsöverföring och två avser handläggning.

### **Lex Sarah anmälningar 1 januari till och med den 31 december 2015**

Under året har det inkommit totalt nio lex Sarah anmälningar. Serafens vård- och omsorgsboende har fyra anmälningar, Pilträdet servicehus en anmälan, Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende två anmälningar, Birger Jarls vård- och omsorgsboende en anmälan och Olivia Hemtjänst en anmälan.