

# Uppföljning av vård- och omsorgsboende, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet 2015

**Resultat från verksamhetsuppföljning 2015**

**Utgivningsdatum:** Mars 2016

**Utgivare:** Äldreförvaltningen

**Kontaktperson:** Elisabeth Landström

# Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>6</b>
<b>Redovisning av resultat</b>	<b>8</b>
<b>Vård och omsorgsboende</b>	<b>9</b>
Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9	10
Social dokumentation	15
Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	16
Ledning och personal	17
Social stimulans	18
Mat och måltider	18
<b>Hemtjänst</b>	<b>19</b>
Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9	20
Social dokumentation	22
Ledning och personal	23
<b>Servicehus</b>	<b>25</b>
Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9	25
Dokumentation	28
Ledning och personal	29
<b>Dagverksamhet</b>	<b>29</b>
Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9	30
Dokumentation	31
Ledning och personal	32
Social stimulans	32
Mat och måltider	33

## Inledning

All äldreomsorg inom Stockholms stad som gäller vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet följs upp årligen. Sedan 2006 sker uppföljningen enligt en stadsgemensam struktur.

Uppföljningarna omfattar stadens egna verksamheter och den som bedrivs på entreprenad eller i privat regi genom avtal med staden. Syftet med uppföljningarna är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter och viktiga förbättringsområden.

När det gäller verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med är det även en form av avtalsuppföljning. Äldreförvaltningen genomför därutöver även andra typer av kontinuerliga kontroller hos de privata utförarna.

Resultaten från verksamhetsuppföljningarna inom egen regi och på entreprenad redovisas till respektive nämnd som ansvarar för att följa upp verksamheterna i egenskap av huvudman och avtalsförvaltare.

Äldreförvaltningen sammanställer helhetsresultatet från uppföljningarna i en årlig rapport som överlämnas till Äldrenämnden som i sin tur överlämnar ärendet till kommunstyrelsen, i enlighet med den uppföljningsmodell för äldreomsorgen som antogs av Kommunfullmäktige 2005<sup>1</sup>.

De förbättringsområden som framkommer av uppföljningsrapporten utgör, tillsammans med andra uppföljningsresultat, grund för övergripande prioriterade satsningar inom äldreomsorgen.

Verksamhetsuppföljningarna utförs enligt en stadsgemensam mall (en per verksamhetstyp) med olika frågeområden. Mallarna styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över tid och över hela staden.

Frågorna i mallen utgår från de kvalitetskrav som ställts i förfrågningsunderlag i upphandling (LOV) av hemtjänst, vård och omsorgsboende samt dagverksamhet.

Följande frågeområden finns i mallen:

- Verksamhetsledning och personal (andel årsarbetare per yrkeskategori, anställningsform och utbildningsnivå).
- Ekonomi och administration (rutiner för rapportering, avstämning och fakturaunderlag).
- Författningen *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* SOSFS 2011:9.

---

<sup>1</sup> Dnr 327-2498/2004

- Hälsa- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation.
- För vård och omsorgsboende även rutiner för mat och måltider, aktiviteter/social stimulans, utevistelse och om verksamheten registrerar i nationella kvalitetsregister.

Sedan 2009 används ett datainsamlingsverktyg, *Quick Search*, för att underlätta sammanställning och analys av den omfattande volym av uppföljningsresultat som behandlas.

För vissa vård- och omsorgsboenden sker en separat uppföljning för respektive inriktning, demens och somatisk, vilket innebär att dessa boenden får resultat per inriktning/enhet.

Hemtjänsten följs upp per enhet, dvs. en uppföljning per utförarkontor som finns etablerad vid årets ingång.

Verksamhetsuppföljningarna genomförs av kvalitets-/avtalsuppföljare och hälso-och sjukvårdsuppföljare inom respektive stadsdelsförvaltning. Metoden för uppföljningen är platsbesök i verksamheten, samtal med ledning och personal samt granskning av styrdokument, rutiner, dokumentation etc. För vissa frågor som exempelvis andel personal som behärskar svenska språket i tal och skrift samt har utbildning inhämtas uppgifterna från utföraren. Redovisning av om erbjudande om daglig utevistelse och aktiviteter på vård och omsorgsboende baseras på en sammantagen bedömning av utförarens rutiner, scheman samt intervjuer med personal.

Återkoppling av resultatet med sammanfattande bedömning och eventuella förslag till åtgärder sker skriftligt till respektive verksamhet.

Vid eventuella avvikelser/brister som inte bedöms som allvarliga ges utföraren möjlighet att vidta åtgärder. Uppföljning av om dessa brister är åtgärdade görs vid ett fastställt datum eller vid nästkommande års uppföljning.

Vid eventuellt allvarliga brister i privata utförares verksamhet lämnas uppföljningen över till äldreförvaltningen för ställningstagande om fortsatt hanteringen av ärendet.

## Sammanfattning

Stadens äldreomsorg utförs av många verksamheter och utvecklingsbehoven ser olika ut i de olika verksamheterna. Genomförda uppföljningar 2015 visar generellt att verksamheterna har en god följsamhet gentemot lagar, föreskrifter och avtal/uppdragsbeskrivning.

Inom flertalet områden ses förbättrade resultat i jämförelse med föregående års resultat. Bland annat inom de generella utvecklingsområdena från föregående år som var riskanalys, egenkontroll och registrering i kvalitetsregister. Det är också fler verksamheter som har ett dokumenterat värdegrundsarbete samt fler som registrerar i de nationella kvalitetsregistren. Uppföljningen visar även att fler verksamheter har en upprättad kvalitetsberättelse trots att det endast är ett bör krav i Socialstyrelsens författning, vilket visar på en god ambition.

För att undersöka följsamheten av upprättade rutiner och arbetsprocesser och kvaliteten på insatserna behöver man komplettera resultaten med exempelvis brukarundersökningar, individuppföljningar och kvalitetsobservationer.

Under våren 2015 genomförde äldreförvaltningen en utbildningsinsats för verksamhetsuppföljarna i systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med författningen 2011:9. Syftet med utbildningen var att utveckla uppföljarnas kompetens och att ge dem fördjupade kunskaper i systematiskt kvalitetsarbete för att bättre kunna stötta/guida verksamheterna i detta arbete.

Årets resultat visar på några generella förbättringsområden som flertalet av verksamheterna behöver utveckla. De identifierade områdena är samverkan internt och externt, avvikelshantering, social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation.

### **Samverkan och teamarbete kring den enskilde**

Samverkan och teamarbete är grunden till god vård och omsorg. För att skapa en personcentrerad vård och omsorg krävs ett tvärprofessionellt samarbete i team kring den enskilde. De olika professionernas kompetenser vägs samman för att skapa en gemensam förståelse för den äldres vård och omsorgsbehov. Målet är att teamet tillsammans ska utarbeta en handlingsplan baserad på den äldres hela livssituation. Professionernas arbetsområden läggs ihop för att skapa en kedja av gemensamma åtgärder mot ett fastställt individuellt mål. Planen med åtgärder följs upp och utvärderas i teamet i enlighet med det intervall som bedömts nödvändigt för att den enskilde ska erhålla en säker och god vård och omsorg.

På uppdrag av äldreförvaltningen har Äldrecentrum tagit fram en broschyr gällande teamarbete som riktar sig till all personal inom äldreområdet som berörs av teamarbete. I broschyren blandas

grundläggande kunskaper med konkreta råd för ett fungerande teamarbete.

### **Ständiga förbättringar genom avvikelshantering**

En stor del i verksamheternas kvalitetssäkringsarbete är väl fungerande rutiner för händelser som medfört eller kunde ha medfört skada eller risk för skada, i syfte att identifiera risk- och utvecklingsområden. Det är därför av största vikt att de avvikelser som sker i verksamheten och de synpunkter och klagomål som kommer in dokumenteras, sammanställs, analyseras och utvärderas. Fungerande rutiner för avvikelshantering skapar därmed en god kontroll av den egna verksamheten genom att man fortlöpande följer upp den egna verksamheten. Kunskaperna i det förebyggande arbetet ökar vilket ger ökad säkerhet och kvalitet i vården och omsorgen.

För att personalen ska kunna medverka i det systematiska kvalitetsarbetet behöver de ha kunskap om arbetet med ständiga förbättringar. Den som bedriver verksamheten måste därför såväl informera som försäkra sig om att personalen har dessa kunskaper.

Det är också viktigt att den som bedriver verksamhet uppmuntrar personalen att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat. Det behövs en generell attitydförändring gällande synen av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter som något negativt för att istället som dessa som en grund för utveckling.

### **Dokumentation inom hälso- och sjukvård och socialtjänst**

Ett annat generellt förbättringsområde är den sociala dokumentationen och hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Det ska finnas aktuella genomförandeplaner och hälsoplaner/vårdplaner samt en fungerande informationsöverföring enligt gällande regelverk och riktlinjer.

## Redovisning av resultat

Verksamhetsuppföljningen för 2015 redovisas per insatstyp med jämförelser mot föregående år. För varje insatstyp redovisas även bakgrundsfakta om antal verksamheter/enheter samt antal och andel brukare, utifrån en tidsserie om fem år.

Uppföljningsmallen för 2015 skiljer sig från föregående års uppföljningsmall vilket försvårar jämförelser av resultaten över tid. Vissa frågor är borttagna och vissa har tillkommit.

Utöver granskning av verksamhetens ledningssystem, rutiner och dokument har också följsamheten till dessa granskats och bedömts, vilket gör att kraven höjts i årets uppföljning.

Svarsalternativen för vissa frågor har också ändrats i uppföljningsmallen, från tvågradig skala (finns/finns inte) till en tregradig skala (finns, finns delvis eller saknas), där det är de två första svarsalternativen som utgör underlag för godkänt resultat.

Vid 2015 års uppföljning har uppföljarna i första hand granskat dokumentationen genom utförarens egenkontroll av denna. Om egenkontrollen bedömts vara otillräcklig har uppföljningen av dokumentationen istället skett genom att uppföljaren granskat stickprov av dokumentationen för minst 10 % av verksamhetens omsorgstagare.

### Totalt 386 uppföljda verksamheter/enheter 2015

2015	Kommunal regi	Privat regi	Entreprenad
Vård- och omsorgsboende	31 (37)	78 (94)	50 (54)
Hemtjänst	20 (22)	166 (174)	-
Servicehus	13 (12)	-	3 (3)
Dagverksamhet	15 (16)	2 (2)	8 (11)

*Föregående års antal verksamheter/enheter inom parantes*

Uppföljningen 2015 har omfattat totalt 386 verksamheter/enheter vilket är en minskning med 40 verksamheter/enheter mot föregående år beroende bl.a. att på att profilboenden som staden har ramavtal inte följdes upp under 2015, vissa boenden har följts upp som en enhet istället för per inriktning samt att antalet privata hemtjänstutförare minskat. Det har även förekommit att verksamheter/enheter har slagits ihop, upphört och tillkommit över tiden, vilket gör att resultaten inte är helt jämförbara över tiden. Däremot visar uppföljningen på utvecklingen inom stadens äldreomsorg i stort.



## Antal och andel personer med insatser från äldreomsorgen inom Stockholms stad

Beslut om insats	okt-14		okt-15	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Hemtjänst	14056	52,39	14093	52,86
Servicehus	1510	5,63	1380	5,18
Vård och omsorgsboende	6102	22,63	5850	21,94
Korttidsvård	342	1,27	344	1,25
Dagverksamhet	1009	3,76	975	3,66
Omsorgstagare totalt i staden	26 831	20,2*	26 661	17,7*

Statistik om äldreomsorg Sweco

\* av samlig befolkning 65 år och äldre inom Stockholms stad

Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre i Stockholms stad har ökat med 2 219 personer sedan föregående år. Det är åldersspannet 70-79 år som står för ökningen medan det i de andra åldersspannen ses en minskning av antalet personer. Andelen äldre med beslut om hemtjänst har ökat marginellt sedan föregående år medan det i resterande insatstyper ses en minskning i mer eller mindre omfattning.

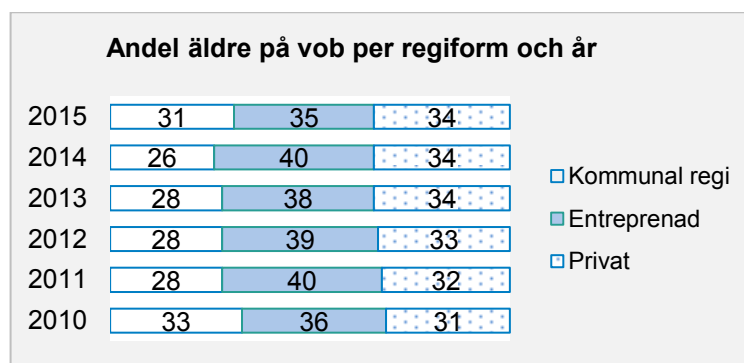
## Vård och omsorgsboende

159 vård- och omsorgsboenden/enheter följdes upp under 2015. 31 av verksamheterna drivs i kommunal regi, 78 i privat regi och 50 på entreprenad.

Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2015 utgjorde andelen beslut om vård och omsorgsboende närmare 22 % av samtliga insatstyper inom stadens äldreomsorg.

Antal beslut om vård- och omsorgsboende i Stockholms stad uppgick under oktober 2015 till totalt 5 850 vilket är en minskning med 252 beslut i jämförelse med föregående år och en sammantagen minskning med 398 beslut sedan år 2010.

Ett av de privata vård- och boendena som följdes upp hade inga boende från Stockholm stad vid uppföljningstillfället.



Källa: Statistik om äldreomsorg (oktober) Sweco

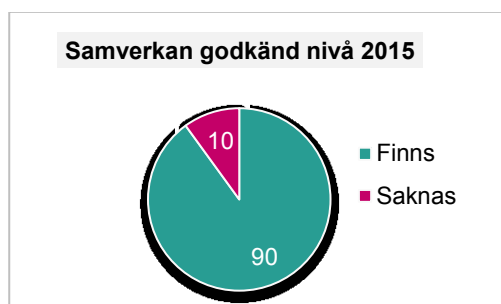
I jämförelse med föregående år ses en ökad andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende i kommunal regi och en minskad andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende som drivs på entreprenad. Förklaringen till detta är att några vård- och omsorgsboenden på entreprenad återtagits i kommunal regi under året. Andelen äldre som bor på vård och omsorgsboende i privat regi är samma förhållande som vid förra årets mätning.

## Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten. Ledningssystemet ska innehålla de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Med hjälp av ledningssystemet får verksamheten stöd i det dagliga arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

## Samverkan

Utföraren ska säkerställa hur samverkan kring den enskilde ska bedrivas inom verksamheten samt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. I rutinen ska samtliga samverkansparter vara identifierade och av rutinen ska det framgå hur samverkan ska ske såväl internt som externt.

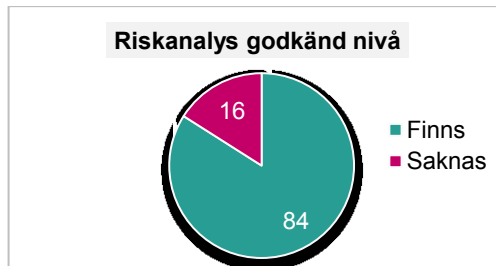


Årets resultat visar att en lägre andel enheter har rutiner för intern och extern samverkan i jämförelse med föregående år (95 %). Det är dock fler kriterier som ska ingå i rutinerna för godkänd samverkan i årets resultat än det var föregående år, vilket innebär att kraven är högre ställda i årets uppföljning. Det är framför allt rutiner för intern samverkan som behöver utvecklas, då 2 av 5 enheter endast bedömts ha rutiner för det till viss del. 15 enheter (10 %) behöver överlag förbättra sina rutiner för samverkan för att uppnå godkänd nivå.

## Riskanalys

Utföraren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska det göras en uppskattning om sannolikheten för att händelsen skulle kunna ske samt bedömning vilka negativa konsekvenser som skulle kunna

bli följden av att händelsen sker. Utifrån riskanalysen upprättas sedan aktiviteter, rutiner och egenkontroller för att minimera händelser som kan innebära risker och brister i verksamheten.



Årets resultat av enheternas riskanalys visar att det är samma andel enheter som har rutiner för riskanalys i jämförelse med föregående år. Det är dock en lägre andel av enheter som har bedömt sannolikhet och konsekvens för riskerna, vilket gör att sammantaget 84 % av enheterna uppnår godkänd nivå gällande riskanalys. Denna sammantagna bedömning gjordes inte vid föregående års uppföljning.

### Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de arbetsprocesser och rutiner som fastställts i verksamhetens ledningssystem.

Utföraren ska bedriva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

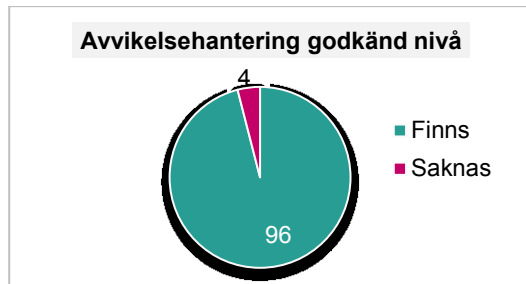


Årets resultat av enheternas egenkontroll visar att en högre andel av enheterna har godkända rutiner gällande egenkontroll än föregående år (86 %). En sammantagen bedömning av olika kriterier som ska ingå i egenkontrollen gjordes inte vid föregående års uppföljning. Nära hälften av verksamheterna, samtliga regiformer, behöver dock utveckla sina rutiner för egenkontroll till viss del med bland annat framtagande av fler områden för egenkontroll samt beskrivning av frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen.

### Avvikelsehantering

Utföraren ska ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras så att utföraren kan se mönster eller trender som indikerar brister i

verksamhetens kvalitet. Verksamhetens rutiner, arbetssätt etc. ska utvecklas utifrån vad som framkommit av sammanställning och analys av inkomna avvikelser.



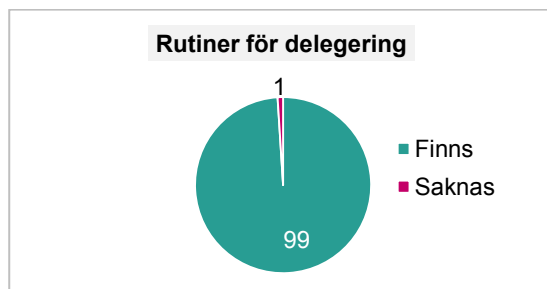
Årets resultat av enheternas avvikelshantering visar att en något lägre andel av enheterna har rutiner för avvikelshantering än föregående år (99 %). Ungefär en tredjedel enheterna behöver dock utveckla sina rutiner till viss del med bl.a. återföring av resultatet från avvikelserna för justering av processer och rutiner. 6 av enheterna (4 %) behöver överlag förbättra sina rutiner för avvikelshantering för att uppnå godkänd nivå.

### Rutiner och dokument

Vid uppföljning efterfrågas skriftliga, aktuella och lokalt anpassade rutiner för enheten.

#### *Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter*

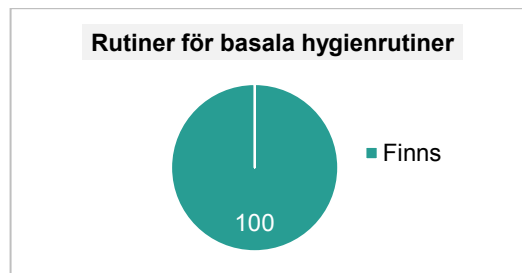
Utföraren ska ha lokala rutiner för delegering utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.



Samtliga enheter utom en har lokala rutiner för delegering, vilket är en ökning i jämförelse med föregående år då 4 enheter saknade rutiner för delegering.

#### *Basala hygienrutiner*

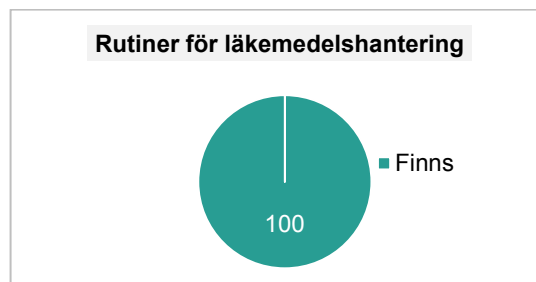
Utföraren ska ha lokala rutiner utifrån de bestämmelser som följer av socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10.



Samtliga enheter har skriftliga rutiner för basala hygienrutiner, 29 enheter (18 %) behöver dock utveckla sina lokala rutiner till viss del. Förra året var det tre enheter som saknade skriftliga rutiner för basala hygienrutiner.

### *Läkemedelshantering*

Utföraren ska ha lokala rutiner ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel i enlighet med socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1).

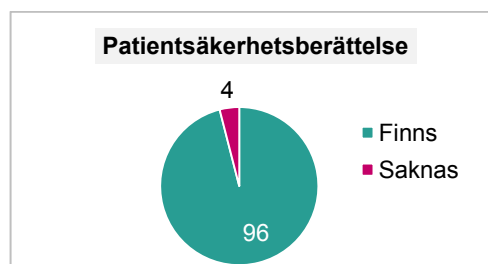


Samtliga enheter har rutiner för läkemedelshantering. 23 enheter (14 %) behöver dock utveckla sina rutiner till viss del. Förra året var det 4 enheter som saknade rutiner för läkemedelshantering.

## **Beskrivning av kvalitetsarbetet**

### *Patientsäkerhetsberättelse*

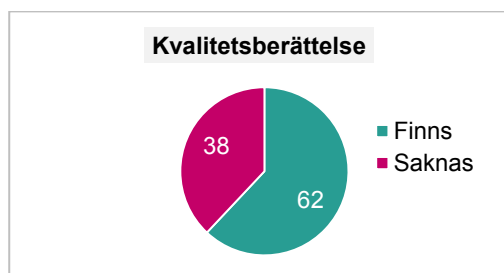
Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse i syfte att öppet redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten i verksamheten.



Årets resultat visar att något fler enheter har en aktuell patientsäkerhetsberättelse i jämförelse med föregående år (95 %).

### Kvalitetsberättelse

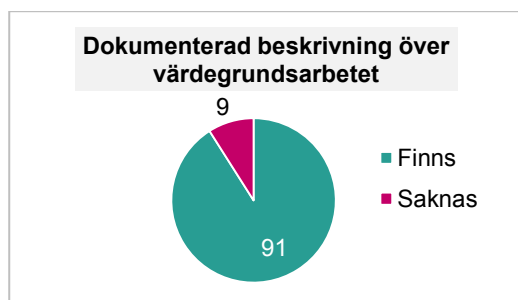
Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Socialstyrelsen rekommenderar vård- och omsorgsgivare att skriva en årlig berättelse över hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår (s.k. allmänt råd).



Årets resultat visar att fler enheter har en upprättad kvalitetsberättelse i jämförelse med föregående år (51 %).

### Värdegrundsarbete

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen har sin utgångspunkt i bestämmelser som skrevs in i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, den 1 januari 2011. Bestämmelserna innebär i korthet att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Utföraren ska beskriva hur de bedriver värdegrundsarbete med bland annat att värna och respektera de äldres rätt till självbestämmande, delaktighet och en individanpassad vård och omsorg.



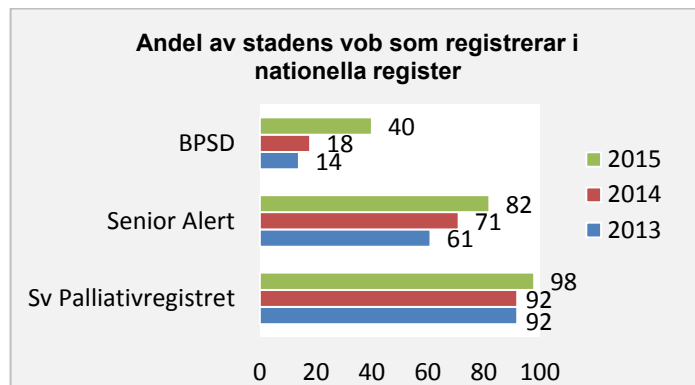
Årets resultat visar att fler enheter har en dokumenterad beskrivning över enhetens värdegrundsarbete i jämförelse med föregående år (84 %).

### Kvalitetsregister

Enligt kommunfullmäktigebeslut år 2011<sup>2</sup> ska stadens vård- och omsorgsboenden, servicehus och dagverksamheter för äldre, oavsett regiform, delta i de nationella kvalitetsregistren *SeniorAlert* och *Svenska Palliativregistret*. Det är sjuksköterskorna på vård och omsorgsboenden och servicehus som registrerar i kvalitetsregistren. Privata verksamheter med

<sup>2</sup> Dnr 327-1512/2011

demensinriktning ska även registrera i *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)*, i enlighet med avtal<sup>3</sup>. Samtliga register skapar grund för system och rutiner för god vård och omsorg genom att registreringarna fokuserar på mål, åtgärder och uppföljning av inrapporterade förbättringsområden för den enskilde.



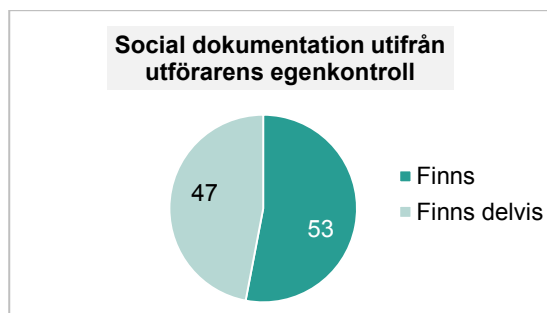
Vid jämförelse av resultaten över år ses en ökning av andel enheter som registrerar i de nationella kvalitetsregistren. Det enheter som inte bedömts registrera i Senior Alert och Svenska Palliativa registret arbetar inte systematiskt med registren dvs. registrerar inte fortlöpande eller för alla boende. Av kommentarerna från uppföljarna framkommer det att många enheter har bedrivit aktivt förberedelsearbete under året för att börja registrera i BPSD under 2016. Äldreförvaltningen har under 2015 gett stadsdelarnas processledare för ICF strukturerna utökat uppdrag att förmedla kunskap och medverka till att enheterna börjar använda BPSD registret.

## Social dokumentation

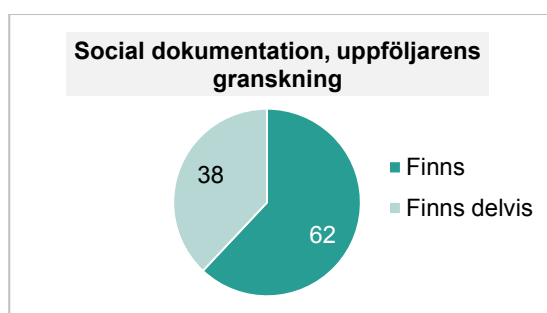
Den sociala dokumentationen ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5). Dokumentationen ska göra insatserna tydliga för den enskilde och dennes företrädare, vara ett arbetsredskap för personalen samt möjliggöra uppföljning av att den enskildes insatser utförs enligt behov och önskemål.

Resultaten gällande dokumentationen redovisas utifrån bedömningarna finns och finns delvis för att påvisa graden av följsamhet.

<sup>3</sup> Upphandling av enstaka platser i särskilda boendeformer inom Stockholms stad Dnr125-2511/2009



Resultaten från utförarens egenkontroll över dokumentationen visar att lite mer än hälften av enheterna har helt godkänd dokumentation och resterande enheter behöver förbättra vissa delar av dokumentationen.

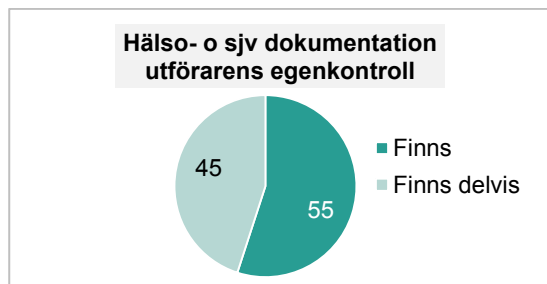


Uppföljarens granskning av dokumentationen visar att fler enheter har helt godkänd dokumentation än i de enheter där granskningen skett genom utförarens egenkontroll.

Det sammantagna resultatet gällande den sociala dokumentationen visar att fler enheter har löpande dokumentation och genomförandeplaner för alla äldre än föregående år. Vikten av att alla enheter har godkänd dokumentation gör dock att detta är ett fortsatt utvecklingsområde.

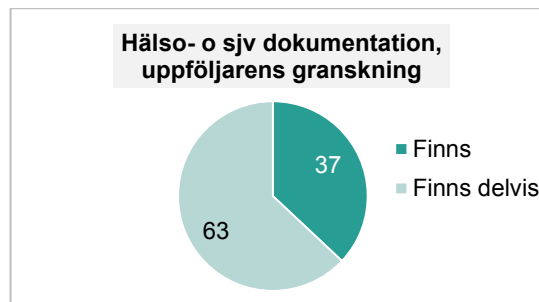
## Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Patientjournalen ska, i enlighet med patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård (SOSFS 2008:14), innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård av den enskilde.



Resultatet av utförarnas egenkontroll av dokumentationen visar att lite mer än hälften av enheterna har helt godkänd dokumentation och att resterande enheter behöver utveckla dokumentationen till viss del.



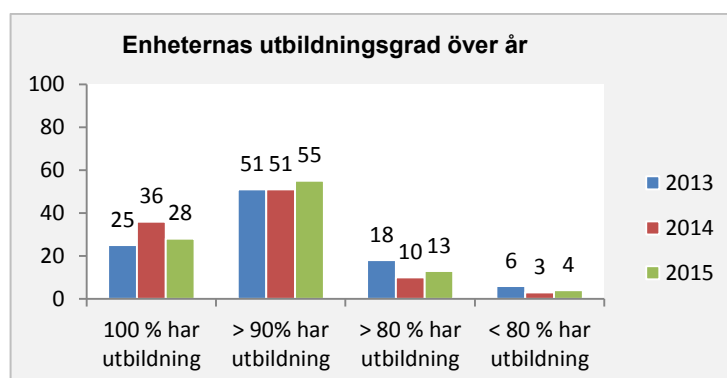


Resultaten av uppföljarnas dokumentationsgranskning genom stickprovskontroll visar att en lägre andel uppnår godkänd dokumentation i jämförelse med de verksamheter som själva följer upp dokumentationen genom egenkontrollen.

Årets resultat visar sammantaget att hälso- och sjukvårdsdokumentationen är ett utvecklingsområde inom många enheter. Under januari 2015 infördes en ny struktur i hälso- och sjukvårdsdokumentationen, för verksamheter i egen regi och på entreprenad, med ett nationellt fackspråk som medfört ett förändrat arbetssätt vid dokumentationen. Det nya arbetssättet innebär en mer strukturerad dokumentation av individens behov, mål och resultat. Övergången fungerade smidigt men fortsatt implementeringsarbete och stöd från ledningen krävs för att utveckla dokumentationen utifrån den nya strukturen.

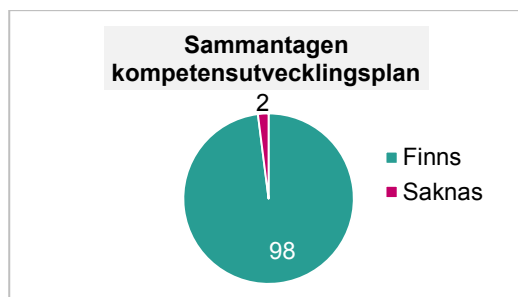
## Ledning och personal

Utföraren ska använda sig av anställningsformer och en organisation som garanterar rätt kompetens och kontinuitet för den enskilde. Vid nyanställning av omvårdnadspersonal ska utföraren anställa personer som har yrkesförberedande utbildning (gymnasieexamen) från vårdlinjen, social servicelinje eller omvårdnadsprogrammet, alternativt 600 gymnasiepoäng i karaktärsämnen inom vård och omsorg. Uppgifterna om andel utbildad personal och personalens kunskaper i svenska språket har inhämtas från utföraren.



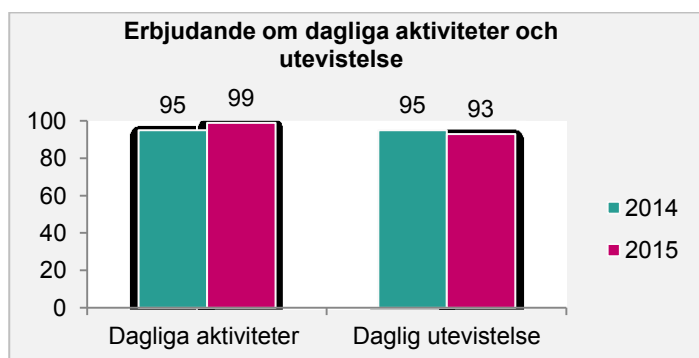
Årets resultat visar att en övervägande del av enheterna har uppgett att de har minst 80 % utbildad personal. 6 enheter (4 %) inom samtliga regiformer har uppgett att den samantagna utbildningsgraden understiger 80 % utbildad personal

Av utförarens kompetensutvecklingsplan ska det framgå pågående/planerade åtgärder för kompetensutveckling inom enheten.



Årets resultat visar att en ökad andel enheter har en sammantagen kompetensutvecklingsplan i jämförelse med föregående år (93 %). Drygt en fjärdedel av enheterna behöver dock utveckla sina kompetensutvecklingsplaner till viss del med bland uppgifter om utbildningens omfattning, när den ska genomföras och antal personal som ska utbildas. 3 enheter (2 %) saknar en sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal.

## Social stimulans

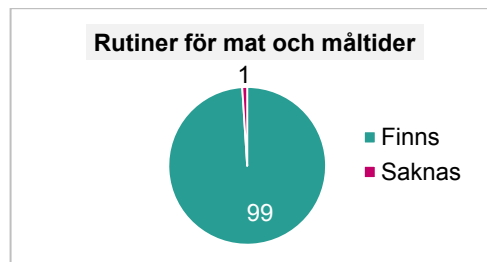


I jämförelse med föregående år är det något fler enheter som erbjuder de boende dagliga aktiviteter.

Gällande resultatet för erbjudande om daglig utevistelse har inte resultaten försämrats över tid, snarare har uppföljarna granskat följsamheten till rättigheten på ett grundligare sätt.

## Mat och måltider

Utföraren ska ha ett system för egenkontroll av mat och måltider över bland annat fastlagda rutiner, regelbunden uppföljning och utvärdering samt en tydlig ansvarsfördelning i verksamheten. Tillgång ska finnas till adekvat kompetens i kost- och nutritionsfrågor.



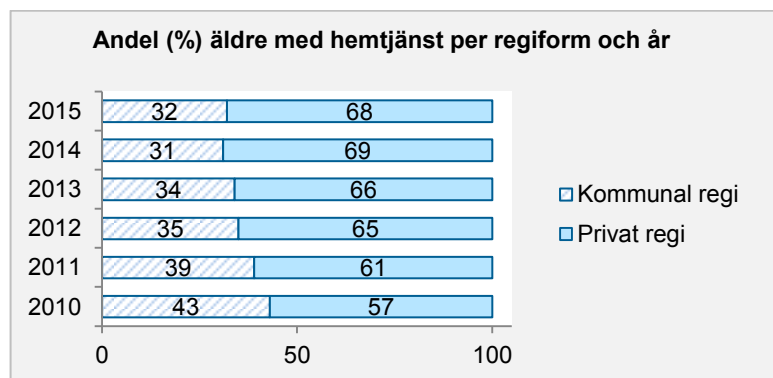
Frågan om rutiner för mat och måltider är ny för 2015 och resultatet går därför inte att jämföra över tid. Samtliga enheter, utom en, hade godkända rutiner för mat och måltider. 27 enheter (17 %) behöver dock vidareutveckla sina rutiner med bland annat uppföljning av underleverantör för matleverans.

## Hemtjänst

Under 2015 genomfördes uppföljningar i 187 hemtjänstenheter varav 20 i egen regi och 167 i privat regi.

Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2015 utgjorde andelen beslut om hemtjänst i ordinärt boende närmare 53 % av samtliga beslut om insatser inom äldreomsorgen i staden.

Det var 14 093 äldre som hade beslut om hemtjänstinsatser oktober 2015, vilket är en ökning med 37 hemtjänstbeslut i jämförelse med föregående år och en minskning med totalt 454 hemtjänstbeslut i jämförelse med år 2010.

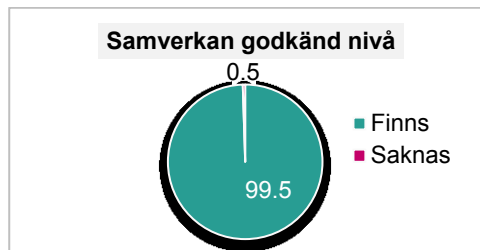


Källa: *Statistik om äldreomsorg. Sweco*

Statistiken över antal äldre med hemtjänst per regiform visar att det i princip är samma förhållanden mellan andel kunder i kommunal respektive privat hemtjänst som föregående år. Andelen kunder med kommunal hemtjänst har minskat med 11 procentenheter mellan åren 2010 och 2015.

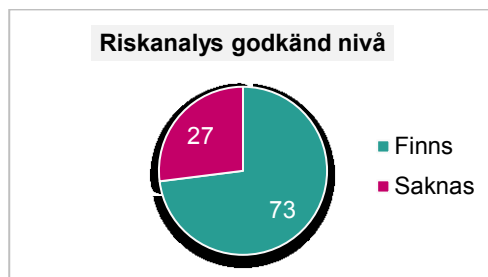
## Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

### Samverkan



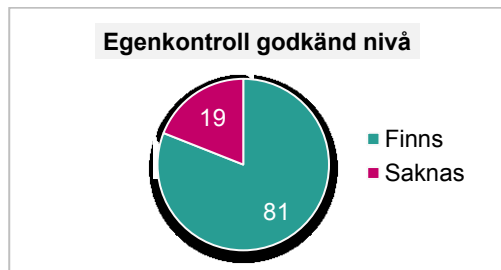
Fler enheter har rutiner för intern och extern samverkan i jämförelse med föregående år (89 %). Drygt en femtedel av enheterna behöver dock göra vissa förtydliganden i sina rutiner. En enhet (0,5 %) saknade rutiner för samverkan vid uppföljningstillfället.

### Risikanalys



Årets resultat visar att det är i princip samma andel enheter som har rutiner för risikanalys i jämförelse med föregående år. Det är dock en lägre andel av enheterna som har bedömt sannolikhet och konsekvens för riskerna vilket gör att sammantaget 73 % av enheterna uppnår godkänd nivå gällande risikanalys. Denna fördjupade granskning gjordes inte vid föregående års uppföljning.

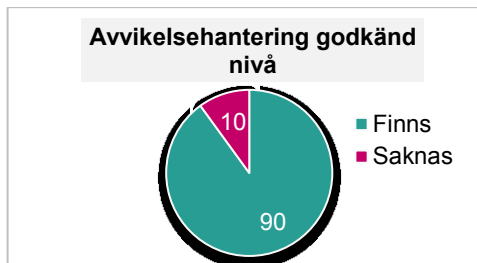
### Egenkontroll



Årets resultat visar att det är en något högre andel av enheterna som har rutiner för egenkontroll än föregående år. Det är dock en lägre andel av enheterna som har tydliggjort frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen vilket gör att sammantaget 81 % av enheterna uppnår godkänd nivå gällande egenkontrollen.

Denna fördjupade granskning gjordes inte vid föregående års uppföljning.

### Avvikelsehantering



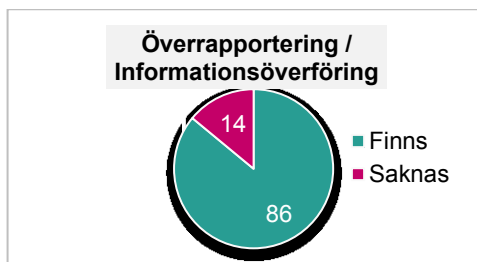
Årets resultat visar att en lägre andel enheter har godkända rutiner för avvikelsehantering i jämförelse med föregående år (94 %). En fjärdedel av enheterna behöver dock utveckla arbetet med sammanställning och analys samt återföring av resultat för justering av processer och rutiner. 19 enheter (10 %) behöver utveckla sina rutiner över lag för att uppnå godkänt nivå.

### Rutiner och dokument

#### Överrapportering/informationsöverföring

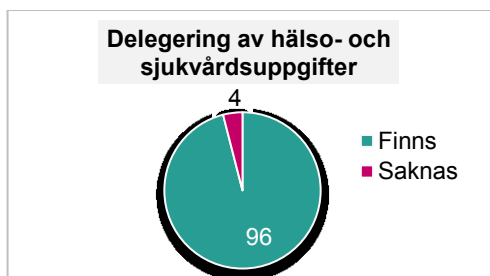
Frågan är ny för 2015 och är därför inte jämförbar över tid.

Frågan tillkom för att se att utföraren har rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass och personalgrupper för den enskilde boendes trygghet/säkerhet samt att verksamheten bedrivs med god kvalitet.



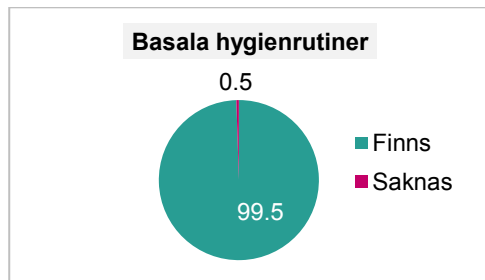
Resultatet visar att de flesta enheter har fungerande rutiner för överföring av information mellan olika personalgrupper och arbetspass. Cirka en femtedel av enheterna behöver dock förtydliga sina rutiner gällande hur väsentlig information överförs. I 27 av enheterna (14 %) krävs ett mer omfattande förbättringsarbete av rutinerna för att uppnå godkänd nivå.

#### Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter



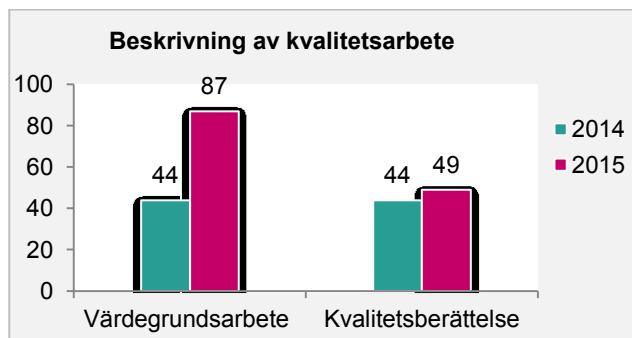
Årets resultat visar att det är i princip samma förhållanden gällande andel enheter med godkända rutiner för delegering som föregående år (94 %). 8 enheter (4 %) saknar godkända rutiner för delegering.

### Basala hygienrutiner



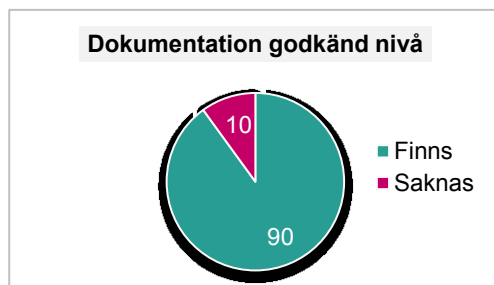
Årets resultat visar samma resultat som föregående år. En utförare når inte upp till godkänd nivå gällande hygienrutiner.

### Beskrivning av kvalitetsarbetet



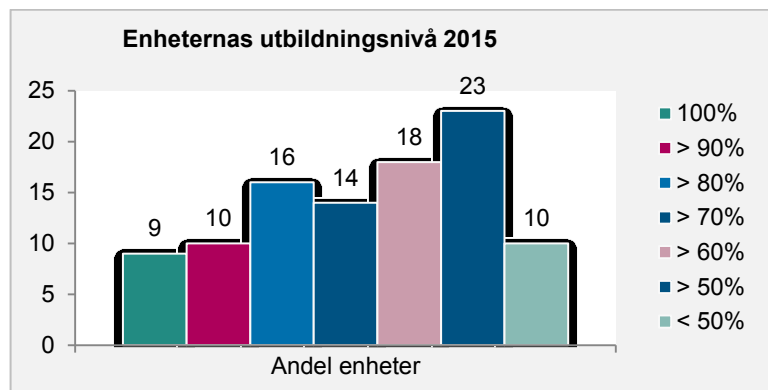
Årets resultat visar på en nära fördubbling av antal enheter som har ett dokumenterat värdegrundsarbete och en liten ökning av andel enheter som har upprättat en kvalitetsberättelse i jämförelse med föregående år.

### Social dokumentation



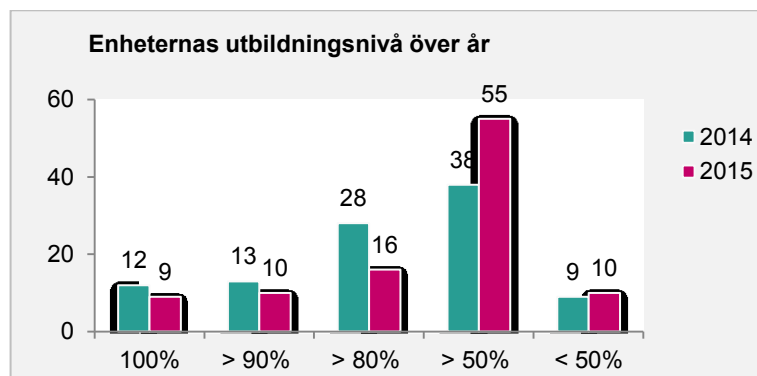
Årets resultat visar att det är i princip samma förhållanden gällande andel enheter med godkänd dokumentation som föregående år (92 %). 18 enheter (10 %) uppnår inte godkänd nivå gällande dokumentationen. Störst utvecklingspotential har de kommunala enheterna där 1/4 av enheterna inte uppnår godkänd nivå.

## Ledning och personal



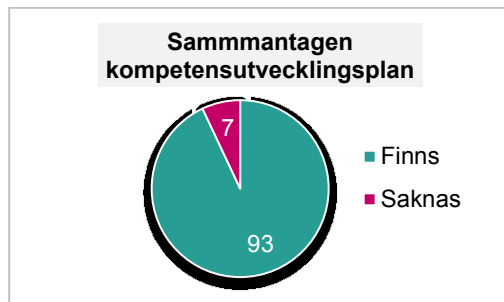
18 utförare inom privat regi har uppgett att deras personalstab har en sammantagen utbildningsnivå understigande 50 % utbildad personal, vilket är samma resultat som vid föregående års uppföljning. Äldreförvaltningen genomför särskild granskning i dessa enheter.

Utifrån äldreförvaltningens erfarenheter från tidigare särskilda granskningar kan man anta att det är fler enheter som ligger under nivån 50 % utbildad personal. Under 2016 kommer uppföljarna att göra en verifierad uppföljning av utbildningsnivån. Detta kommer ske genom att uppföljarna granskar samtlig personals utbildningsbetyg, för att få ett faktiskt resultat av hur utbildningsnivån ligger inom staden.



Vid jämförelse av utbildningsnivån mellan år kan man se att andelen enheter med hög andel utbildad personal har minskat och att det istället är en högre andel enheter som har uppgett att minst 50 % av personalen har utbildning. Det kan bero på att personal med utbildning har slutat, att det är svårt att rekrytera personal med adekvat utbildning eller att utförarna helt enkelt varit mer noggranna i kontrollen av utbildningsnivån i årets resultat.

## Kompetensutvecklingsplan



Årets resultat visar att en ökad andel enheter har en samlad kompetensutvecklingsplan i jämförelse med föregående år (86 %). 13 enheter (7 %) inom bägge regiformer saknar en aktuell kompetensutvecklingsplan för all personal.

## Personalkontinuitet

Uppgifter om personalkontinuiteten har uppföljarna inhämtat från Paraplysystemet och föregående månads tidrapport. Uppföljaren har valt ut en hemtjänsttagare per tidsintervall och räknat antal namn på samtlig omsorgspersonal som arbetat hos denne under en månad. Denna kontinuitetsmätning är mer differentierad (omfattande) än den definition som används i *Kommun- och landstingsdatabasen* (KOLADA) och resultaten är därför inte jämförbara med den indikatorn.

Beslutade timmar	Medel	Median	Spännvidd antal personal
1-9 h	2,4	2	1 - 18
10-25 h	5,64	5	1 - 28
26-49 h	8,34	7	1 - 30
50-80 h	11,07	10	1 - 40
81-119 h	12,49	12	1 - 34
120-199 h	16,52	15	2 - 49

Stickprovsmätningen visar att personalkontinuiteten varierar i de olika tidsintervallen för beslutade timmar men också inom varje tidsintervall för beslutade timmar.

I de tidsintervallen med lägre antal beslutade timmar handlar det nästan uteslutande om äldre som har hjälp med serviceinsatser. I de fall där personalkontinuiteten är hög kan man anta att den äldre förmodligen har beslut om matdistribution, hjälp med stödstrumpa eller andra kortare insatser.

I de tidsintervallen med många beviljade timmar där personalkontinuiteten är mycket låg (få olika personer) handlar det främst om anhäng- eller objektsanställningar. Där personalkontinuiteten är mycket hög (många olika personer) återfinns såväl kommunala som privata utförare.

I de högre beslutade tidsintervallen ska man ta i beaktning att det kan vara hemtjänsttagare som har insatser både dag, kväll och natt och att det även kan krävas dubbelbemanning. Vid ett sådant fall



skulle det innebära att den äldre får hjälp av som lägst 14 olika hemtjänstpersonal under en vecka, under förutsättning att personalen arbetar i närområdet hela arbetspasset och att ingen personal är frånvarande denna vecka.

Inom äldreförvaltningen pågår ett utvecklingsarbete med att ta fram fasta rapporter i verksamhetssystemet Paraplyet för att på ett enkelt sätt kunna följa upp personalkontinuiteten inom hemtjänsten.

## Servicehus

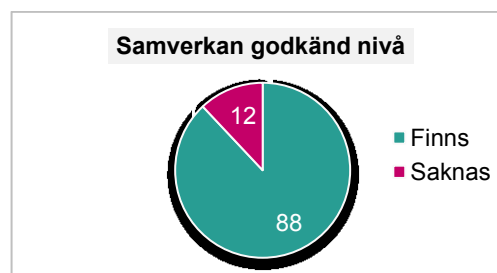
16 servicehus, varav 13 i kommunal regi och 3 på entreprenad, följdes upp under 2015.

Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2015 utgjorde andelen beslut om servicehus närmare 5 % av samtliga beslut om insatser inom äldreomsorgen i staden. År 2010 var motsvarande siffra ca 8 %.

Antal äldre med beslut om servicehus uppgick i oktober 2015 till 1 380 vilket är en minskning med 130 servicehusbeslut i jämförelse med föregående år och en minskning med totalt 746 servicehusbeslut i jämförelse med år 2010.

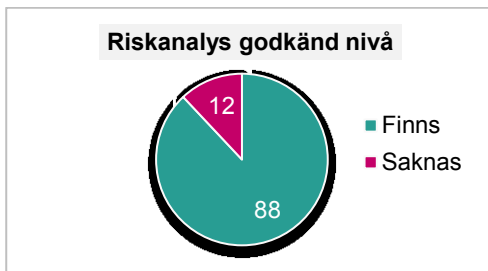
## Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

### Samverkan



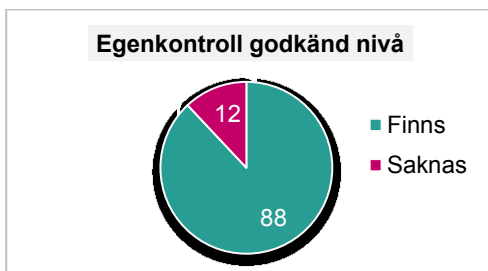
Årets resultat visar att det är samma förhållanden gällande andel enheter med godkända samverkansrutiner som föregående år (88 %). Ungefär en femtedel av enheterna behöver dock förtydliga sina beskrivningar över hur samverkan ska bedrivas på enheten. 2 enheter (12 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande samverkan vid uppföljningstillfället.

## Risicanalys



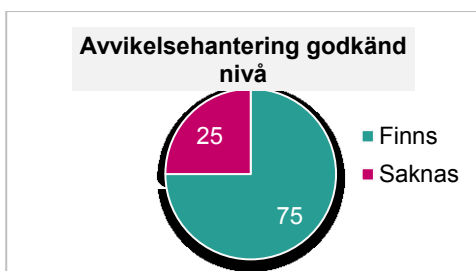
Årets resultat visar att det är en högre andel enheter som har godkända rutiner för riskanalys i jämförelse med föregående år (67 %). Hälften av enheterna behöver dock utveckla sina rutiner till viss del. 2 enheter (12 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande riskanalys.

## Egenkontroll



Årets resultat av visar att en betydligt högre andel av enheterna har godkända rutiner för egenkontroll än föregående år (60 %). Lite mer än hälften av enheterna behöver dock utveckla sina rutiner till viss del. 2 enheter (12 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande egenkontroll.

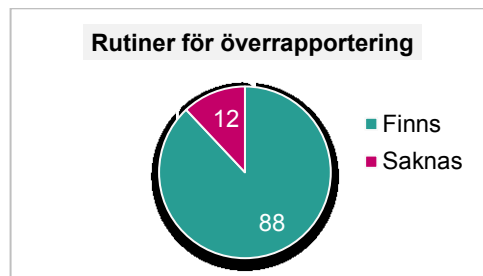
## Avvikelsehantering



Årets resultat av enheternas avvikelsehantering visar att en lägre andel av enheterna har rutiner för avvikelsehantering i jämförelse med föregående år (93 %). 4 enheter (25 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande avvikelsehantering.

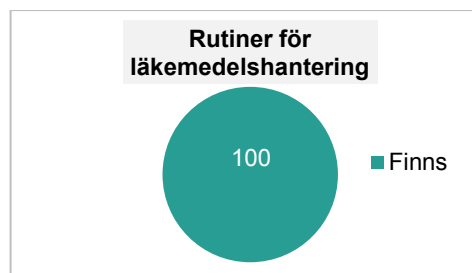
## Rutiner och dokument

### *Överrapportering/informationsöverföring mellan personal*



Resultatet visar att en övervägande andel enheter har fungerande rutiner för överföring av information mellan olika personalgrupper och arbetspass. Ungefär en fjärdedel av enheterna behöver dock utveckla sina rutiner till viss del. 2 av enheterna (12 %) behöver göra ett mer omfattande förbättringsarbete av rutinerna för att uppnå godkänd nivå.

### *Läkemedelshantering*



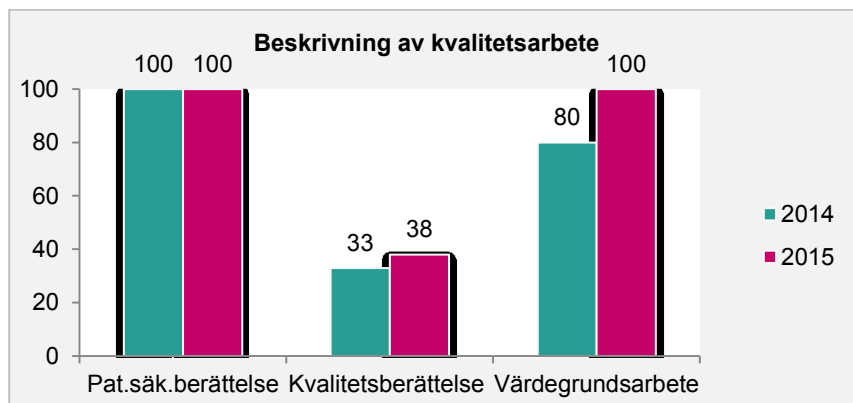
Samtliga enheter hade godkända rutiner för läkemedelshantering vid uppföljningen. Vid föregående års uppföljning var det en enhet som saknade godkända rutiner för läkemedelshantering.

### *Basala hygienrutiner*



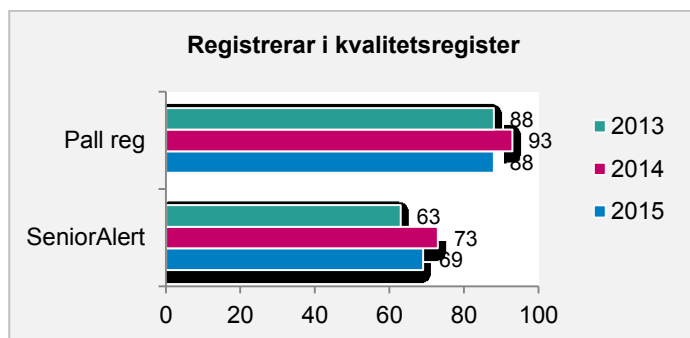
Samtliga enheter har godkända hygienrutiner. Vid föregående års uppföljning var det en enhet som saknade godkända hygienrutiner.

## Beskrivning av kvalitetsarbetet



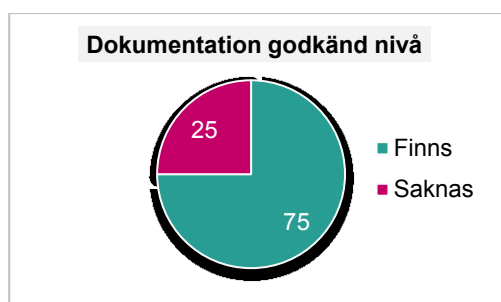
Årets resultat visar att något fler enheter har en upprättad kvalitetsberättelse och ett dokumenterat värdegrundsarbete i jämförelse med föregående års resultat.

## Kvalitetsregister



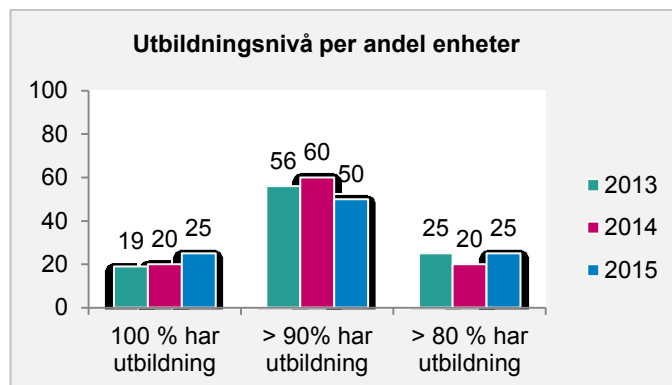
Årets resultat visar att det är en enhet mindre som registrerar i kvalitetsregistren i jämförelse med föregående år.

## Dokumentation

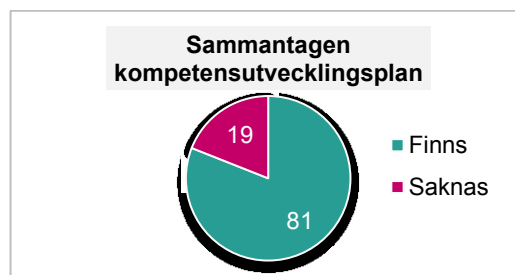


Årets resultat visar att en mindre andel enheter uppnår godkänd nivå på dokumentationen än föregående år (93 %). 4 enheter (25 %) behöver utveckla sin dokumentation för att uppnå godkänd nivå.

## Ledning och personal



Inga direkta skillnader kan utläsas av resultaten för utbildningsnivån över tid. Ingen utförare har uppgett att de har lägre än 80 % utbildad personal på enheten.



Årets resultat visar att 3 enheter (19 %) saknar en samlad kompetensutvecklingsplan för all personal. Förra året var det 2 enheter som saknade kompetensutvecklingsplan.

## Dagverksamhet

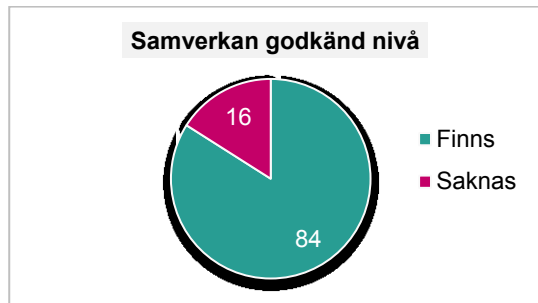
Under 2015 har 25 dagverksamheter, varav 15 i kommunal regi, 2 i privat regi och 8 på entreprenad. Fyra av dagverksamheterna har social inriktning resterande är demensinriktning.

Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2015 utgjorde andelen beslut om dagverksamhet närmare 4 % av samtliga insatstyper inom staden. År 2010 var motsvarande siffra ca 8 %.

Antal äldre med beslut om dagverksamhet uppgick i oktober 2015 till 975 vilket är en minskning med 34 beslut i jämförelse med föregående år och en minskning med totalt 116 beslut i jämförelse med år 2010.

## Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

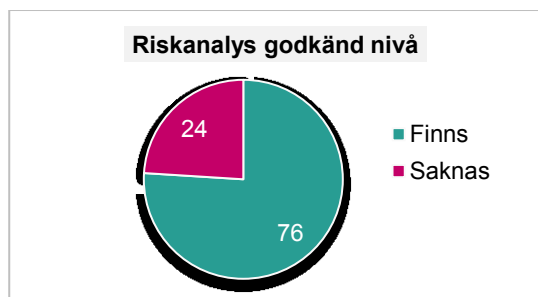
### Samverkan



Årets resultat visar att det är en något lägre andel dagverksamheter som har godkända rutiner gällande samverkan i jämförelse med föregående år (93 %).

4 enheter (16 %) uppnådde inte godkänd nivå för samverkan vid uppföljningen.

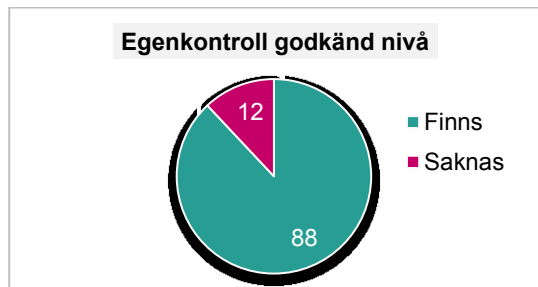
### Riskanalys



Årets resultat visar att det är en högre andel dagverksamheter som har godkända rutiner gällande riskanalys i jämförelse med föregående år (66 %).

6 enheter (24 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande riskanalys vid uppföljningen.

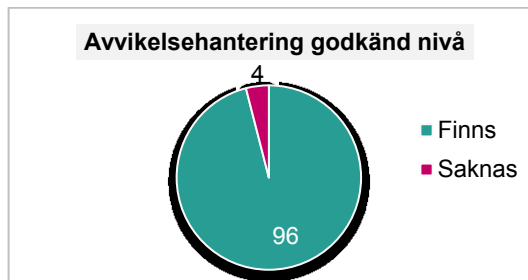
### Egenkontroll



Årets resultat av visar att en högre andel av dagverksamheterna har godkända rutiner för egenkontroll i jämförelse med föregående år (79 %).

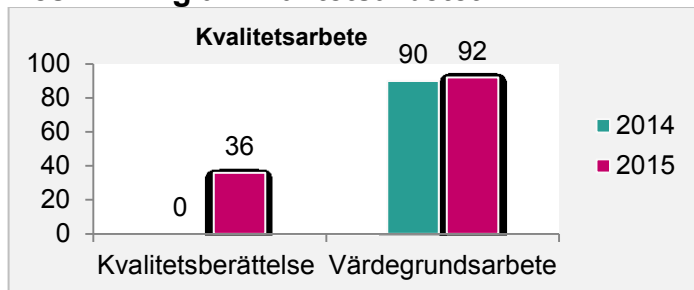
3 enheter (12 %) uppnådde inte godkänd nivå gällande egenkontroll vid uppföljningen.

## Avvikelsehantering



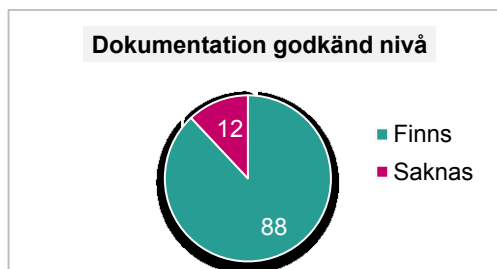
Årets resultat gällande avvikelsehantering visar att en dagverksamhet (4 %) inte uppnår godkänd nivå vilket är en minskning i jämförelse med föregående år (100 %).

## Beskrivning av kvalitetsarbetet



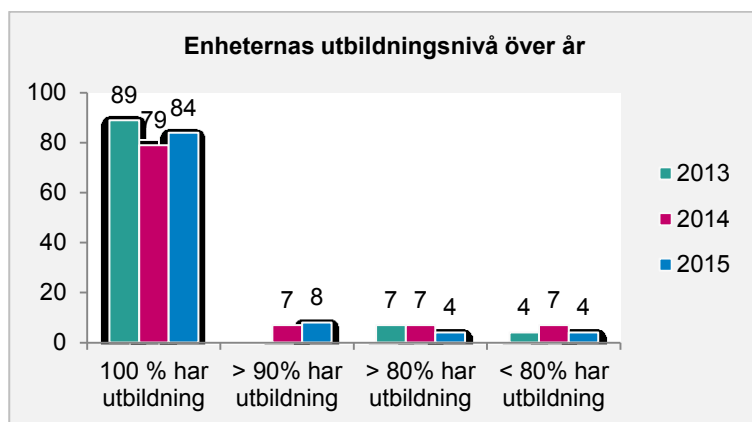
Frågan om kvalitetsberättelse är ny för dagverksamheten och är därför inte jämförbar över tid. 9 enheter (36 %) har upprättat en kvalitetsberättelse. Två av dagverksamheterna saknar ett dokumenterat värdegrundsarbete.

## Dokumentation

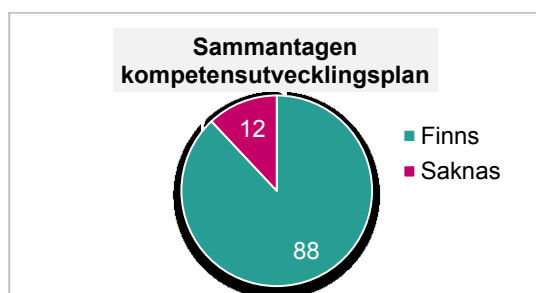


Årets resultat visar på en högre andel dagverksamheter med godkänd nivå gällande dokumentationen i jämförelse med föregående år (83 %). Två av dagverksamheterna behöver dock utveckla den löpande sociala dokumentationen och en dagverksamhet behöver utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen (12 %).

## Ledning och personal

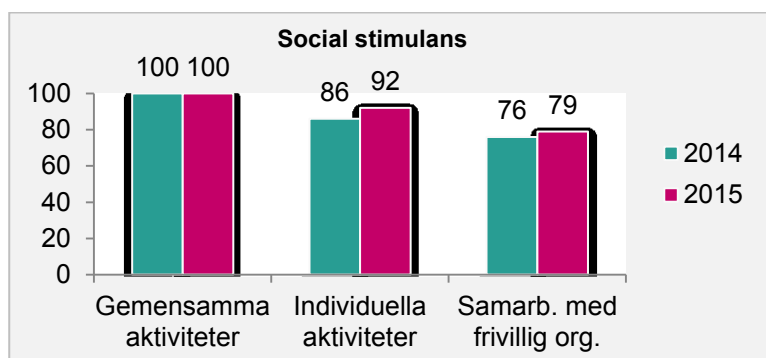


Årets resultat visar inte på några egentliga skillnader gällande utbildningsnivån i enheterna över tid. En utförare (4 %) har uppgett att personalstyrkan består av minst 70 % utbildad personal.



Årets resultat visar att en ökad andel dagverksamheter har en sammantagen kompetensutvecklingsplan över all personal i jämförelse med föregående år (79 %).  
3 enheter (12 %) saknar en samlad kompetensutvecklingsplan.

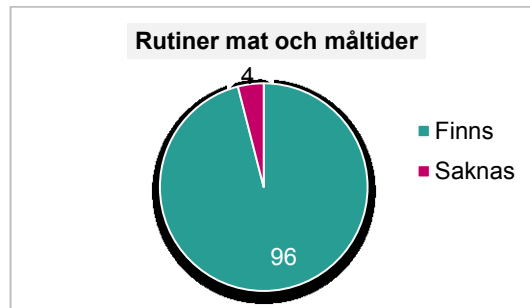
## Social stimulans



Liksom föregående år erbjuder samtliga dagverksamheter dagliga aktiviteter. Två av dagverksamheterna bedömdes inte erbjuda individuella aktiviteter vid uppföljningen och 6 av dagverksamheterna hade inget pågående samarbete med frivilligorganisationer.



## Mat och måltider



Frågan om rutiner för mat och måltider är ny för dagverksamheten och är därför inte jämförbar över tid. Alla dagverksamheter utom en (4 %) hade godkända rutiner för mat och måltider vid uppföljningen.