

Fotokopians överensstämmelse  
med originalet intygas:

*Barbara Ahlmark*

Sida 1 (3)

STOCKHOLMS STAD  
Kommunstyrelsen  
Registraturet

Ink. 2017-04-11

Dnr: 152-694/2017

Till: RUM

**11. Uppföljning av vård- och omsorgsboende,  
hemtjänst, servicehus och dagverksamhet för år 2016**

Dnr 410-105/2017

***Utdrag ur protokoll nr 2 fört vid äldrenämndens  
sammanträde tisdagen den 21 mars 2017***

**Tidpunkt:**

Kl. 16.00-16.55

**Plats:**

Stadshuset, Bråvallasalen

Paragrafer 1- 26, omedelbart justerade: -

Justerat, den 28 mars 2017

Torun Boucher (V)  
Ordförande

Erik Slottner (KD)  
Vice ordförande

**Närvarande**

Ledamöter

Torun Boucher (V), ordförande  
Erik Slottner (KD), vice ordförande  
Mirja Räihä (S)  
Bo Hansson (S)  
Gisela Norrman (S)  
Sven Britton (S)  
Christopher Ödmann (MP)  
Eivor Karlsson (MP)  
Dennis Wedin (M)  
Alexandra Östback (M)  
Elisabeth Bäckström (M)  
Anita Lundin (M)  
Ann-Katrin Åslund (L)

**Ersättare:**

Magnus Grönlund (S)  
Kerstin Mannerqvist (S)  
Halit Azizoglu (MP)  
Gunilla Almén (MP)  
Maria Elena Gonzales (V)  
Erik Vallström (Fi)  
Yvonne Riddervik (M)  
Johan Frantz (M)  
Thomas Linn (M)  
Niklas Källberg (L)  
Alfred Askeljung (C)  
Britt Westerlind (KD)

**Förhinder:**

Ersättaren Catarina Carbell (S).

**Tjänstgörande ersättare:**

Samtliga ledamöter är närvarande.

.....

**11. Uppföljning av vård- och omsorgsboende ,  
hemtjänst, servicehus och dagverksamhet för år 2016**

Dnr 410-105/2017

**Äldrenämndens beslut**

Äldrenämnden godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande tillsammans med rapporten och överlämnar det till kommunstyrelsen med rekommendation att överlämna ärendet till kommunfullmäktige.

**Ärendet**

Förvaltningen har redovisat ärendet i ett tjänsteutlåtande daterat 2017-02-27.

Kommunfullmäktige beslutade 2005 om en uppföljningsmodell för äldreomsorgen som innebär att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndernas områden och verksamheter som



Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen och på ett enhetligt sätt. Syftet med uppföljningarna är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter och viktiga förbättringsområden.

Äldreförvaltningen anger i rapporten att genomförda uppföljningar för år 2016 visar i stort på väl fungerande verksamheter med en övervägande god följsamhet gentemot lagar, avtal och föreskrifter. Inom flertalet områden ses förbättrade resultat i jämförelse med föregående års resultat.

Det finns dock några generella utvecklingsområden som flertalet av verksamheterna behöver förbättra som t.ex. riskanalys, att använda verksamhetens resultat i arbetet med systematisk kvalitetsutveckling, hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation.

Resultatet från den fördjupade granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett prioriterat område som utförarna behöver inrikta sig på.

#### **Yrkanden**

Ordföranden Torun Boucher (V) med instämmande av övriga ledamöter samt med stöd av ersättaryttranden från Erik Vallström (Fi) och Alfred Askeljung (C) yrkar bifall till förvaltningens förslag till beslut.

#### **Beslutsgång**

Ordföranden Torun Boucher (V) finner att nämnden beslöt utan omröstning enligt förvaltningens förslag till beslut.

Vid protokollet

  
Barbara Ahlmark, nämndsekreterare

**Handläggare**  
Elisabeth Landström  
Telefon: 08-508 362 45

**Till**  
Äldrenämnden  
den 21 mars

AN/II

## Uppföljning av vård och omsorgsboende, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet 2016

### Förslag till beslut

1. Äldrenämnden godkänner rapporten
2. Äldrenämnden överlämnar ärendet till kommunstyrelsen med rekommendation att överlämna ärendet till kommunfullmäktige



Ann-Christine Hansson  
Förvaltningschef



Lisbeth Hagman  
Avdelningschef

### Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade 2005 om en uppföljningsmodell för äldreomsorgen som innebär att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndernas områden och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen och på ett enhetligt sätt. Syftet med uppföljningarna är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter och viktiga förbättringsområden. Genomförda uppföljningar 2016 visar i stort på väl fungerande verksamheter med en övervägande god följsamhet gentemot lagar, avtal och föreskrifter. Inom flertalet områden ses förbättrade resultat i jämförelse med föregående års resultat. Det finns dock några generella utvecklingsområden som flertalet av verksamheterna behöver förbättra. Detta gäller framför allt riskanalys samt att använda verksamhetens resultat i arbetet med systematisk kvalitetsutveckling. Ett annat utvecklingsområde är hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Resultatet från den fördjupade granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett prioriterat område som utförarna behöver inrikta sig på.

## Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade 2005 om en uppföljningsmodell för äldreomsorgen som innebär att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndernas områden och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen och på ett enhetligt sätt. 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 granskningar 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 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 (Dnr 327-2498/2004).

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

## Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom äldreförvaltningen. Kommunstyrelsens pensionärsråd har den 14 mars 2017 beretts möjligheter att yttra sig i ärendet. Förvaltningsgruppen har behandlat ärendet den 15 mars 2017. Det gemensamma för socialnämnden, äldrenämnden och överförmyndarnämndens råd för funktionshinderfrågor kommer att informeras om ärendet den 23 mars 2017.

## Ärendet

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.

Uppföljningen omfattar såväl stadens egna verksamheter som den som bedrivs på entreprenad eller i privat regi genom avtal med staden.

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

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 vård- och omsorgsboenden sker i vissa fall en separat uppföljning för respektive inriktning, demens och somatik. Hemtjänst, servicehus och dagverksamhet följs upp per enhet, dvs. en uppföljning per utföraradress.

Återkoppling av resultatet med sammanfattande bedömning och eventuella förslag till åtgärder sker skriftligt till respektive verksamhet, som underlag till förändringsprocessen för bättre kvalitet.

Vid eventuella brister, som inte bedöms vara 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.

Äldreförvaltningen har sammanställt helhetsresultatet från uppföljningarna 2016 som generellt visar att verksamheterna har god följsamhet mot lagar, föreskrifter samt avtal/

uppdragsbeskrivning och därmed har förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg. Såväl när det gäller hälso- och sjukvård som social omsorg.

Inom flertalet områden i verksamhetsuppföljningen ses förbättrade resultat i jämförelse med 2015 års resultat. Bland annat inom de generella utvecklingsområdena från 2015 som var rutiner för riskanalys, egenkontroll, samverkan och avvikelshantering. Det är också fler verksamheter som har godtagbar dokumentation, undantaget servicehus. Detta visar att verksamhetsuppföljningarna ger avsedd effekt då uppföljningarna fokuserar på lärande och erfarenhetsutbyte för utveckling.

2016 års resultat visar dock på några generella förbättringsområden som flertalet av verksamheterna behöver fortsätta utveckla. Detta gäller framför allt riskanalys samt att använda verksamhetens resultat i arbetet med systematisk kvalitetsutveckling. Ett annat utvecklingsområde är hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Resultatet från granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett prioriterat område som utförarna behöver inrikta sig på.

Äldreförvaltningen anser att verksamhetsuppföljningarna tillsammans med andra uppföljningsresultat bl.a. kvalitetsobservationer, brukarundersökningar och individuppföljningar ger såväl stadsdelsnämnderna som respektive verksamheter ett bra underlag i det fortsatta utvecklingsarbetet inom äldreomsorgen.

### **Förvaltningens synpunkter och förslag**

Äldrenämnden föreslår kommunstyrelsen att överlämna uppföljningsrapporten för 2016 till kommunfullmäktige.

#### **Bilaga**

Uppföljning av vård och omsorgsboende, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet 2016



**Uppföljning av  
vård- och  
omsorgsboende,  
hemtjänst,  
servicehus och  
dagverksamhet  
2016**



**Resultat från verksamhetsuppföljning 2016**

**Utgivningsdatum:** februari 2016

**Utgivare:** Äldreförvaltningen

**Kontaktperson:** Elisabeth Landström

## Innehåll

<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Genomförande</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>6</b>
<b>Redovisning av resultat</b>	<b>9</b>
<b>Vård och omsorgsboende</b>	<b>10</b>
Ledning och personal	10
Systematiskt kvalitetsarbete	13
Dokumentation	18
Mat och måltider	20
Social stimulans	20
<b>Hemtjänst</b>	<b>21</b>
Ledning och personal	21
Systematiskt kvalitetsarbete	23
Dokumentation	25
<b>Servicehus</b>	<b>25</b>
Ledning och personal	25
Systematiskt kvalitetsarbete	27
Dokumentation	28
<b>Dagverksamhet</b>	<b>29</b>
Ledning och personal	29
Systematiskt kvalitetsarbete	30
Dokumentation	30
Mat och måltider	31
Social stimulans	31

## Bakgrund

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, i enlighet med den uppföljningsmodell för äldreomsorgen som beslutades av Kommunfullmäktige 2005<sup>1</sup>.

Verksamhetsuppföljningen 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 del av avtalsuppföljning. Äldreförvaltningen genomför även andra typer av kontinuerliga uppföljningar och kontroller hos de privata utförarna.

Resultaten från verksamhetsuppföljningarna återkopplas skriftligt till respektive utförare, som underlag till förändringsprocessen för bättre kvalitet.

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

Äldreförvaltningen sammanställer stadens samlade resultat från verksamhetsuppföljningarna i en årlig rapport som överlämnas till äldrenämnden som i sin tur överlämnar ärendet till kommunstyrelsen.

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

## Genomförande

Verksamhetsuppföljningarna genomförs av särskilt utsedda personer inom respektive stadsdelsförvaltning, vanligtvis verksamhetskontroller, MAS och MAR, utifrån en stadsgemensam uppföljningsmall (en per insatstyp) med olika frågeområden.

Metoden för uppföljningen är platsbesök i verksamheten, samtal med ledning och personal samt granskning av styrdokument, rutiner, dokumenterat systematiskt kvalitetsarbete etc. För vissa

---

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

frågor som exempelvis rör bemanning baseras resultatet på utförarens framtagna uppgifter. Frågor om de äldres möjligheter till aktiviteter och utevistelse på vård- och omsorgsboende baseras på en sammantagen bedömning av utförarens rutiner, egenkontroll, aktivitetsscheman samt samtal med ledning och personal.

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

Följande frågeområden finns i mallen:

- Verksamhetsledning och personal (ansvarig för dagliga driften, andel årsarbetare per yrkeskategori, anställningsform och utbildningsnivå).
- Ekonomi och administration (rutiner för rapportering, avstämning och fakturaunderlag).
- Författningen *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* SOSFS 2011:9.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation.
- För vård- och omsorgsboende och dagverksamhet även rutiner för mat och måltider samt aktiviteter/social stimulans.

För vissa vård- och omsorgsboenden sker en separat uppföljning inom respektive inriktning, demens och somatisk.

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

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

Vid eventuella avvikelser/brister som inte bedöms som allvarliga ges utföraren möjlighet att vidta rättelse genom framtagna åtgärdsplan. Uppföljning av om dessa brister är åtgärdade görs vid ett fastställt datum eller vid nästkommande uppföljningstillfälle, beroende på avvikelsens dignitet.

Vid eventuellt allvarliga brister i privata utförarens verksamhet lämnas uppföljningen över till äldreförvaltningen för ställningstagande om fortsatt hantering. Fyra privata hemtjänstutförare har fått sina avtal hävda under 2016 på grund av allvarliga brister. Ett avtal med ett vård- och omsorgsboende har också hävts, då det vid uppföljningen konstaterades att boendet inte hade den rätta profileringen i enlighet med avtal.

Uppföljningsmallen för 2016 skiljer sig inte nämnvärt åt från föregående års mall, vilket möjliggör jämförelser av resultaten över tid. Några frågor gällande utförarens rutiner och dokument har dock förändrats i årets mall.

Under 2016 har en fördjupad uppföljning av omvårdnadspersonalens kompetens inom hemtjänsten genomförts. Detta för att få ett verifierat resultat över andel personal med adekvat utbildning per hemtjänstenhet.

Liksom föregående år har uppföljarna i första hand granskat hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation utifrån utförarens resultat från egenkontrollen av dokumentationen. Om egenkontrollen bedömts vara otillräcklig har uppföljningen av dokumentationen istället skett genom att uppföljaren granskat stickprov av dokumentationen för minst 10 % av verksamhetens individer.

För att undersöka verksamheternas levererade kvalitet behöver resultaten från verksamhetsuppföljningen kompletteras med annan undersökning som exempelvis brukarundersökningar, individuppföljningar och kvalitetsobservationer.

## Sammanfattning

Stadens äldreomsorg utgörs av en mångfald verksamheter och utvecklingsbehoven varierar i de olika verksamheterna. Resultaten från 2016 års verksamhetsuppföljningar visar generellt att verksamheterna har god följsamhet mot lagar, föreskrifter samt avtal/ uppdragsbeskrivning och har förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg. Såväl när det gäller hälso- och sjukvård som social omsorg.

Inom flertalet områden i verksamhetsuppföljningen ses förbättrade resultat i jämförelse med 2015 års resultat. Bland annat inom de generella utvecklingsområdena från 2015 som var rutiner för riskanalys, egenkontroll, samverkan och avvikelshantering. Det är också fler verksamheter som har godtagbar dokumentation, undantaget servicehus.

Detta visar att verksamhetsuppföljningarna ger avsedd effekt då uppföljningarna fokuserar på lärande och erfarenhetsutbyte för utveckling.

Resultaten från 2016 års verksamhetsuppföljning visar på några generella förbättringsområden som flera av verksamheterna behöver arbeta vidare med. Detta gäller framför allt systematiskt kvalitetsarbete samt riskanalys. Ett annat utvecklingsområde är hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Inför 2017 års verksamhetsuppföljningar har äldreförvaltningen tagit fram skriftlig information med förtydliganden till utförarna om hur de kan vidareutveckla detta arbete.

Resultatet från granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett prioriterat område som utförarna behöver inrikta sig på.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på verksamhetsutförare att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och förbättra kvaliteten i sin verksamhet. Resultaten från 2016 års verksamhetsuppföljningar visar att utförarna generellt har god följsamhet till kraven om att styra och kontinuerligt följa upp att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Det som ett flertal verksamheter behöver arbeta vidare med är fortsättningen, det vill säga att använda resultaten i förbättringsarbetet. Insamlat uppföljningsresultat behöver hanteras och analyseras för att se vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras i verksamheten. Tyngdpunkten i analysen bör ligga på att analysera varför resultaten ser ut som de gör. Det är därför viktigt att olika yrkesprofessioner deltar i analysarbetet för att gemensamt kunna tolka resultaten. Ledningen spelar också en viktig roll genom att kontinuerligt efterfråga resultat, för att arbetet ska uppfattas som prioriterat. Det finns annars en risk att det istället urholkas.

### **Riskanalys**

Även arbetet med riskanalys behöver utvecklas inom flera av verksamheterna. Såväl när det gäller personalens medverkan i riskanalysarbetet som åtgärder utifrån bedömda risker. Ledningen känner inte alltid till inom vilka områden de har skyldighet att genomföra riskanalyser (arbetsmiljö, drift/verksamhet, individ etc.) vilket har förtydligats i informationen till utförarna inför 2017 års verksamhetsuppföljning.

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

Även om dokumentationen blivit bättre med tiden är det ett generellt utvecklingsområde. Verksamheterna ska ha aktuella genomförandeplaner och hälsoplaner/vårdplaner samt en fungerande informationsöverföring enligt gällande regelverk och riktlinjer.

Ledningen har en skyldighet att följa upp att dokumentationen sker enligt rutiner via egenkontrollen.

I början av 2015 införde Stockholms stad hälso- och sjukvårdsdokumentation enligt ICF, en internationell klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVÅ, klassificering av vårdåtgärder. Dokumentation enligt ICF och KVÅ görs i verksamheter i egen regi och på entreprenad.

Införandet av ICF och KVÅ innebär ett omfattande förändringsarbete som beräknas pågå under flera år. 2016 års uppföljningsresultat visar att verksamheterna är på god väg i detta arbete.

## Redovisning av resultat

Resultaten från 2016 års verksamhetsuppföljning redovisas per insatstyp med jämförelser mot föregående år, där det är möjligt. För varje insatstyp redovisas även bakgrundsfakta om antal verksamheter samt antal och andel brukare, i jämförelse med året innan.

### Totalt 393 uppföljda verksamheter 2016

2016	Kommunal regi	Privat regi	Entreprenad	Totalt
Vård- och omsorgsboende	30 (31)	94 (78)	34 (50)	158
Hemtjänst	21 (20)	174 (166)	-	195
Servicehus	11 (13)	-	2 (3)	13
Dagverksamhet	16 (16)	4 (2)	7 (8)	27

*Antal verksamheter 2015 inom parantes*

2016 års verksamhetsuppföljning har omfattat totalt 393 verksamheter. Antalet uppföljda verksamheter speglar inte beståndet över tid, då exempelvis vissa boenden som tidigare har följts upp per inriktning nu har slagits ihop för ett helhetsresultat. Det har även förekommit att verksamheter har avvecklats, slagits ihop och tillkommit över tiden, vilket gör att resultaten inte är direkt jämförbara över tid. 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-15		okt-16	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Hemtjänst	14 093	52,86	14 100	52,18
Servicehus	1 380	5,18	1 298	4,80
Vård & omsorgsboende	5 850	21,94	5 832	21,58
Korttidsvård	344	1,25	335	1,24
Dagverksamhet	975	3,66	1 006	3,72

*Statistik om äldreomsorg Sweco*

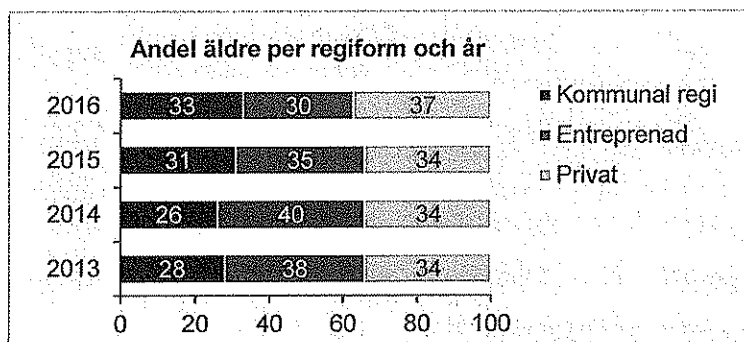
Andelen äldre med beslut om äldreomsorgsinsatser enligt ovan är totalt sett oförändrat i jämförelse med föregående år. En liten minskning av antal beslut om servicehus samt en liten ökning av antal beslut om dagverksamhet kan utläsas.



## Vård och omsorgsboende

158 vård- och omsorgsboenden, inklusive profilboenden, följdes upp under 2016. Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2016 utgjorde andelen beslut om vård och omsorgsboende närmare 22 % av samtliga insatstyper inom stadens äldreomsorg.

Antal äldre med beslut om vård- och omsorgsboende uppgick i oktober 2016 till 5 832, vilket är en minskning med 18 beslut i jämförelse med föregående år.



Källa: *Statistik om äldreomsorg (mättnad oktober)* Sweco

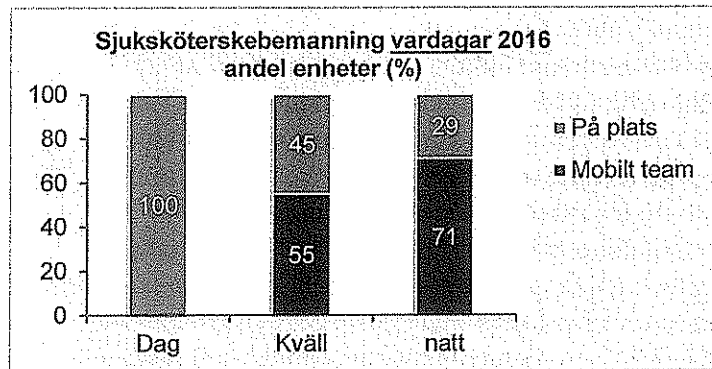
I jämförelse med tidigare år ses en ökad andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende i kommunal regi och en minskad andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende som drivs på entreprenad. Förklaringen till detta är att några vård- och omsorgsboenden på entreprenad återtagits i kommunal regi under de senaste åren. Andelen äldre som bor på vård- och omsorgsboende i privat regi har ökat i jämförelse med förra årets mätning.

## Ledning och personal

### Sjuksköterskebemanning

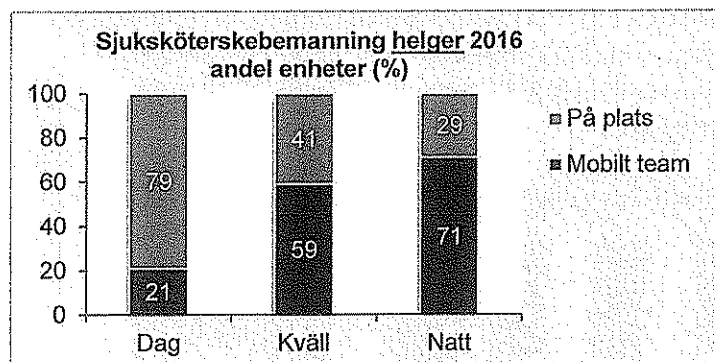
Det ska finnas tillgång till sjuksköterska dygnet runt alla dagar i veckan på vård- och omsorgsboenden. Om sjuksköterska inte finns på plats i boendet får inställetiden inte överstiga 30 minuter. I de fall utföraren under exempelvis kvällar och nätter tillgodoser behovet av tillgång till sjuksköterska genom så kallade mobila team, ska utföraren särskilt säkerställa att detta inte på något sätt inskränker i hälso- och sjukvårdslagens krav på god och säker vård.

Frågan gällande sjuksköterskebemanning uppdelad på vardag och helg är ny för 2016 och är därför inte jämförbar med tidigare år.



#### Resultat från uppföljningen

Samtliga vård- och omsorgsboenden har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. Nära hälften av verksamheterna har också sjuksköterska på plats kvällstid och nära 30 % natttid. Samtliga regiformer finns representerade i resultatet över verksamheter som bemannar verksamheten med sjuksköterska från mobilt team på vardagkvällar och nätter.



#### Resultat från uppföljningen

Nära 80 % av vård- och omsorgsboenden har sjuksköterska på plats i verksamheten dagtid på helger. Cirka 40 % har också sjuksköterska på plats kvällstid och nära 30 % natttid. Samtliga regiformer finns representerade i resultatet över verksamheter som bemannar verksamheten med sjuksköterska från mobilt team dag, kväll och natt under helger.

### Arbets terapeuter och sjukgymnast/fysioterapeuter

Utföraren ska tillhandahålla erforderlig tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut för rehabilitering individuellt eller i grupp. Utifrån de enskildas behov ska arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut handleda och stötta personalen i det hälsofrämjande arbetet. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut ansvarar också för att göra funktionsbedömningar och upprätta rehabiliteringsplaner vid behov. De utgör även en viktig kompetens i teamarbetet kring den enskilde.

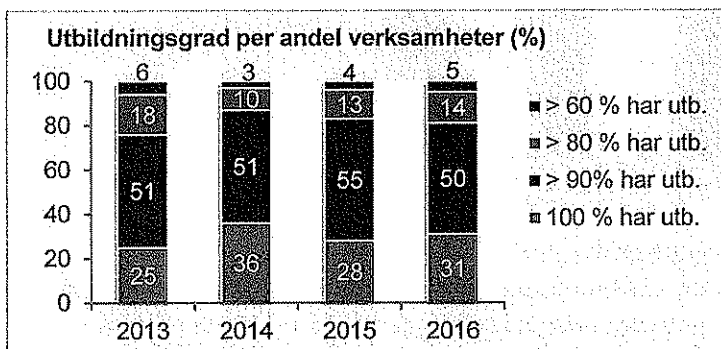
Resultatet baseras på antal boende i förhållande till antal årsarbetande sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

### Resultat från uppföljningen

Tillgången till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut varierar mellan olika vård- och omsorgsboenden inom staden. Medelvärdet visar att en arbetsterapeut ansvarar för i snitt 77 boende och att en sjukgymnast ansvarar för i snitt 82 boende. Vid jämförelser av medelvärdet per regiform kan man se att antal boende per arbetsterapeut inte skiljer sig nämnvärt mellan regiformer men att sjukgymnast/fysioterapeut ansvarar för färre antal boende inom kommunal regi. Resultatet visar också att några privata vård- och omsorgsboenden inte har kontinuerlig tillgång till arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut utan konsulterar denna kompetens vid behov.

### Omvårdnadspersonalens kompetens

Utföraren ska använda sig av en organisation som garanterar rätt kompetens 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. Resultatet över andel utbildad personal baseras på utförarens framtagna uppgifter.



### Resultat från uppföljningen

2016 års resultat visar att en något högre andel av verksamheterna har uppgett att samtlig (100 %) personal har utbildning i jämförelse med året innan. Åtta verksamheter (5 %) inom samtliga regiformer har uppgett att den sammantagna utbildningsgraden uppgår till minst 60 % utbildad personal.

### Kompetensutveckling

Utföraren ansvarar för att all personal kontinuerligt får utbildning, fortbildning och handledning för att vid varje tillfälle vara lämpade att utföra sina arbetsuppgifter. Av utförarens kompetensutvecklingsplan ska pågående/planerade åtgärder för kompetensutveckling inom verksamheten framgå.

### Resultat från uppföljningen

96 % av verksamheter har en sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal. Föregående år hade 98

% av verksamheterna en sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal.

### **Introduktion av nyanställd personal**

Utföraren ska ha ett introduktionsprogram så att nyanställd personal har förutsättningar och kompetens att utföra de arbetsinsatsuppgifter som ingår i arbetet.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda. Föregående år var det två verksamheter som saknade detta.

### **Kontaktmannaskap**

Utföraren ska utse en kontaktman för varje enskild boende samt utse ersättare till denne så att kontinuiteten kan upprätthållas även under ordinarie kontaktmans frånvaro. Utföraren ska ha en beskrivning av och rutiner för uppdraget som kontaktman.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga enheter har rutiner gällande kontaktmannaskap, vilket är samma resultat som föregående år.

## **Systematiskt kvalitetsarbete<sup>2</sup>**

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.

Vid uppföljning efterfrågas skriftliga, aktuella och lokalt anpassade rutiner för verksamheten. För att påvisa utförarens följsamhet till rutinerna granskas även dokumenterat resultat utifrån genomförda riskanalyser och egenkontroller.

### **Samverkan**

Utföraren ska ha fungerande rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom verksamheten samt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. I rutinen ska samtliga samverkansparter vara identifierade och det ska framgå på vilket sätt samverkan sker för att bedriva en trygg och ändamålsenlig vård och omsorg för de boende.

### **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

---

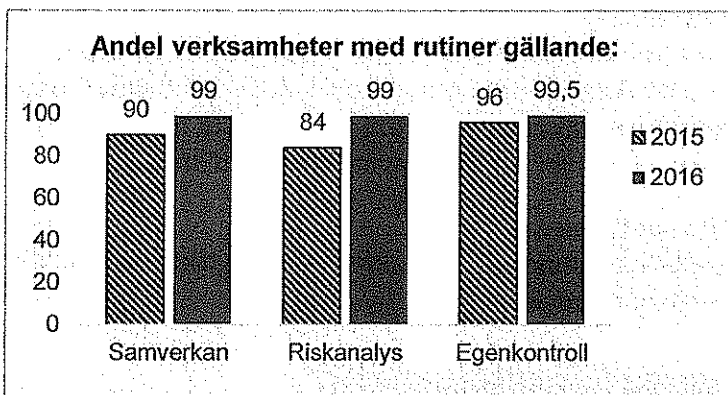
<sup>2</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten (SOSFS 2011:9)

samt bedömning vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden om händelsen sker. Utifrån riskanalysen upprättas sedan, rutiner och egenkontroller för att minimera händelser som kan innebära risker och brister i verksamheten.

### 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.



#### *Resultat gällande rutiner*

En högre andel av verksamheterna har rutiner för samverkan, riskanalys och egenkontroll i jämförelse med föregående år.

#### *Resultat gällande följsamhet till rutiner*

97 % av verksamheterna kunde också uppvisa dokumenterat resultat från genomförda riskanalyser enligt rutin.

96 % av verksamheterna kunde uppvisa dokumenterat resultat från genomförda egenkontroller enligt rutin.

### 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. Allvarliga missförhållanden och vårdskador ska anmälas enligt bestämmelser om Lex Sarah och Lex Maria.

#### *Resultat från uppföljningen*

Resultatet visar att i princip alla verksamheter har godkända rutiner för avvikelsehantering, synpunkts- och klagomålshantering, samt anmälan enligt Lex Sarah och Lex

Maria. En verksamhet saknar dock rutiner för klagomålshantering samt anmälan av vårdskador enligt Lex Maria.

### **Överrapportering/informationsöverföring**

Utföraren ska ha rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass och personalgrupper för den enskilde boendes trygghet/säkerhet samt att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har godkända rutiner gällande överrapportering. Förra året var det sju verksamheter som saknade godkända rutiner för överrapportering.

### **Mat och måltider**

Måltidens sociala betydelse ska uppmärksammas och måltidsmiljön ska bidra till en trivsamt upplevelse. Personal ska delta i måltiderna för att kunna ge individuellt anpassat stöd. 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.

#### *Resultat från uppföljningen*

Alla verksamheter utom tre har godkända rutiner gällande mat och måltider. Ett av dessa boenden har avvecklat sin verksamhet och de andra två är nyupphandlade profilboenden i annan kommun. Förra året var det en verksamhet som inte hade godkända rutiner gällande mat och måltider.

### **Läkemedelshantering**

Utföraren ska ha lokala rutiner för ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel i enlighet med socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>3</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter utom en nyetablerad utförare har godkända rutiner för läkemedelshantering. Förra året hade samtliga verksamheter godkända rutiner för läkemedelshantering.

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

Utföraren ska ha lokala rutiner för delegering utifrån Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>4</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för delegering. Föregående år var det en verksamhet som saknade lokal rutin för delegering.

### **Basala hygienrutiner**

<sup>3</sup> Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)

<sup>4</sup> Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)

Utföraren ska ha lokala rutiner utifrån de bestämmelser som följer av socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>5</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har lokala rutiner gällande basal hygien, vilket är samma resultat som föregående år.

#### **Munhälsobedömning samt nödvändig tandvård**

De enskilda boende ska erbjudas en munhälsobedömning årligen, från det av landstinget anvisade tandvårdsföretaget. Utöver munhälsobedömning ingår individuell rådgivning, utbildning och handledning till omvårdnadspersonal om daglig munvård för den enskilde. Utföraren ska säkerställa att personalen följer de instruktioner som framgår av det upprättade munvårdskortet.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har följsamhet till kravet om munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Några verksamheter behöver dock utveckla/förtydliga de lokala rutinerna som rör uppsökande verksamhet vid munhälsobedömning. Förra året var det åtta verksamheter som inte levde upp till kravet gällande munhälsobedömning.

#### **Medicintekniska produkter (MTP)**

De lokala skriftliga rutinerna för hantering av MTP, exempelvis rullstolar och liftar, ska bl.a. säkerställa att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används. Berörd personal ska vara kompetent att använda och hantera produkterna på ett säkert sätt.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har upprättat lokala rutiner gällande MPT. Några verksamheter behöver dock förtydliga rutinen avseende bl.a. ansvarsfördelning, spårbarhet och frekvens för tillsyn av produkter. Förra året var det sex verksamheter som inte levde upp till kravet gällande rutiner för MPT.

#### **Vård i livets slut**

Vid vård i livets slutskede ska ske enligt det nationella vårdprogrammet samt riktlinjer och kunskapsstöd för palliativ vård i livets slutskede.

Utföraren ska ha rutiner för individuell symtomkontroll för att lindra smärta, minska andningssvårigheter och andra symtom som ångest och oro samt att de äldre får ett värdigt omhändertagande. Förutom att vårda den svårt sjuke ska utföraren även informera och stödja närstående, såväl under det palliativa förloppet som efter dödsfallet.

---

<sup>5</sup> Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har rutiner för vård i livets slut. Förra året var det tre verksamheter som inte hade upprättade rutiner för vård i livets slut.

## **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.

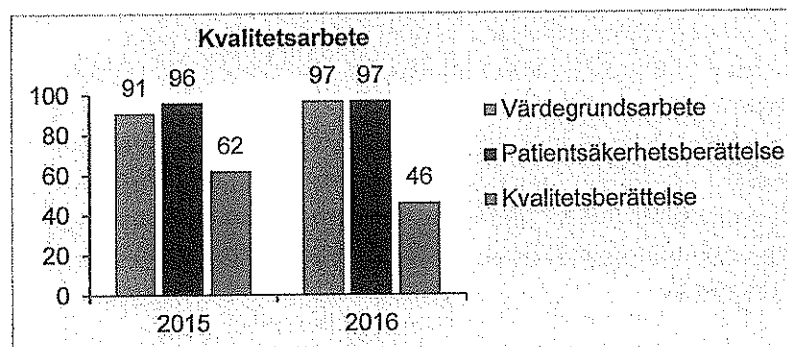
### **Kvalitetsberättelse**

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.

### **Värdegrundsarbete**

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen har sin utgångspunkt i bestämmelser som skrevs in i socialtjänstlagen 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.



### *Resultat från uppföljningen*

En något högre andel verksamheter har en aktuell patientsäkerhetsberättelse samt beskrivning över värdegrundsarbetet i jämförelse med föregående år. Andelen verksamheter med aktuell kvalitetsberättelse har dock minskat i jämförelse med föregående år.

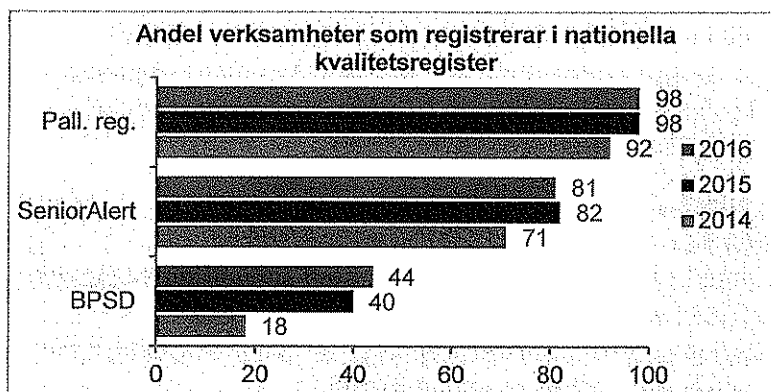


## Kvalitetsregister

Enligt kommunfullmäktigebeslut år 2011<sup>6</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.

Verksamheter med demensinriktning bör även registrera i *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)*.

Registren 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.



### Resultat från uppföljningen

En oförändrad andel verksamheter registrerar i Svenska Palliativregistret och SeniorAlert i jämförelse med föregående år. Samtliga verksamheter inom egen regi och på entreprenad registrerar i Svenska Palliativregistret.

68 % av de entreprenaddrivna verksamheterna registrerar i SeniorAlert vilket är en lägre andel verksamheter än de övriga regiformerna.

En ökad andel verksamheter har börjat registrera i BPSD under 2016 vilket var väntat då stadsdelarnas processledare för ICF strukturerna under 2015 fick utökad uppdrag med att förmedla kunskap och medverka till att verksamheterna börjar använda BPSD registret.

## Dokumentation

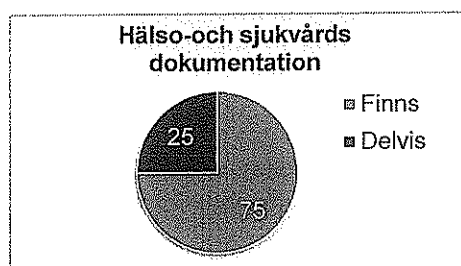
Resultaten gällande dokumentation redovisas utifrån bedömningarna "finns" och "finns delvis" för att påvisa graden av följsamhet till kraven.

<sup>6</sup> Dnr 327-1512/2011

### Hälsa- och sjukvårdsdokumentation<sup>7</sup>

Patientjournalen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård av den enskilde.

I början av 2015 införde Stockholms stad hälsa- och sjukvårdsdokumentation enligt ICF, en internationell klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVA, klassificering av vårdåtgärder. Dokumentation enligt ICF och KVA görs i verksamheter i egen regi och på entreprenad. Det nya sättet att dokumentera skapar gemensamma begrepp, en enhetlig struktur och ett systematiskt arbetssätt för dokumentation.



#### Resultat från uppföljningen

En högre andel verksamheter har godtagbar hälsa- och sjukvårdsdokumentation i jämförelse med 2015 års resultat (46 %). I 25 % av verksamheterna kan dokumentationen dock förbättras för att säkerställa en strukturerad dokumentation i hela vårdprocessen. Resultaten visar att det behövs fortsatt arbete med att implementera dokumentation enligt ICF strukturen.

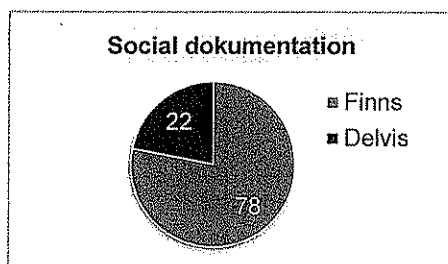
### Social dokumentation<sup>8</sup>

Den löpande dokumentationen ska föras kontinuerligt så att den ger en aktuell bild av den enskildes situation. Det ska gå att följa ett ärende från start till slut. Händelser av vikt och avvikelser från genomförandeplanen ska dokumenteras.

Genomförandeplanen syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljning av insatser så att både den enskilde och personalen vet vad som ska göras när, hur och av vem. Utföraren ska inom 15 dagar efter det att insatsen påbörjats upprätta en genomförandeplan.

<sup>7</sup> Patientdatalagen (2008:355) och Informationshantering och journalföring i hälsa- och sjukvård (SOSFS 2008:14),

<sup>8</sup> Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2014:5



#### Resultat från uppföljningen

En högre andel verksamheter har godtagbar dokumentation i jämförelse med året innan (58 %). De verksamheter med delvis godkänd dokumentation behöver framför allt förbättra den löpande dokumentationen och mer utförligt beskriva i genomförandeplanen hur och när insatser ska genomföras.

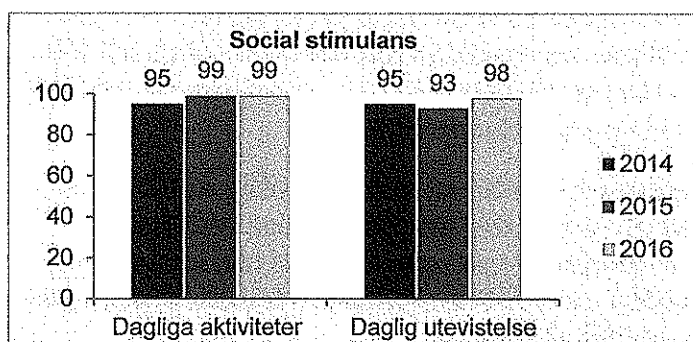
## Mat och måltider

Maten som serveras på vård- och omsorgsboendet ska vara anpassad efter de boendes individuella näringsbehov och önskemål. Specialkost, konsistensanpassad kost och näringspreparat ska serveras när behov föreligger. Nattfastan ska inte överskrida elva timmar. Tillgång ska finnas till adekvat kompetens i kost- och nutritionsfrågor.

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga utförare lever upp till kraven om individuellt anpassade måltider samt att nattfastan inte överstiger 11 timmar, vilket är samma resultat som föregående år.

## Social stimulans



#### Resultat från uppföljningen

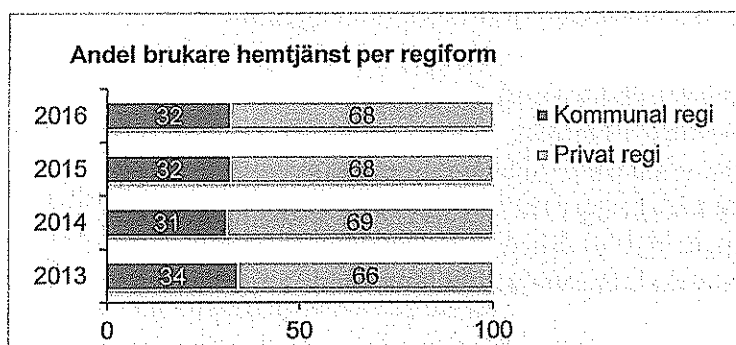
En högre andel verksamheter erbjuder de boende daglig utevistelse i jämförelse med föregående år. Fyra verksamheter (2 %) har uppgett att de inte med säkerhet kan utlova att samtliga boende erbjuds utevistelse dagligen.

Gällande erbjudande av aktiviteter är det samma förhållanden som förra året. En utförare tillhandahåller inte dagliga aktiviteter på samtliga avdelningar.

## Hemtjänst

Under 2016 genomfördes uppföljningar i 195 hemtjänstenheter varav 21 i egen regi och 174 i privat regi. Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2016 utgjorde andelen beslut om hemtjänst i ordinärt boende närmare 53 % av samtliga beslut om insatser inom äldreomsorgen i staden.

Det var 14 100 äldre som hade beslut om hemtjänstinsatser oktober 2016, vilket är en ökning med sju beslut i jämförelse med året innan.



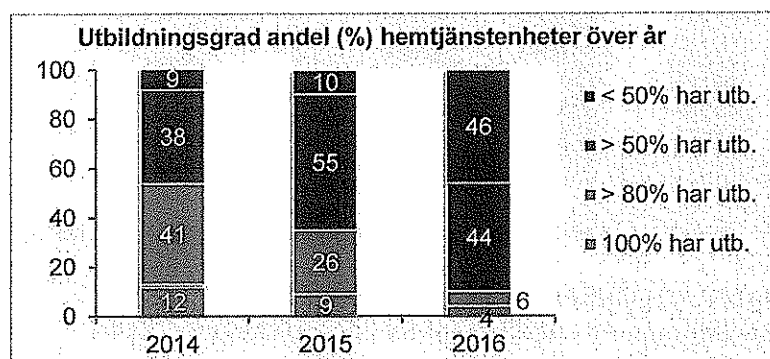
Källa: Statistik om äldreomsorg (mätmånad oktober) Sweco

Statistiken över antal äldre med hemtjänst per regiform visar att det är samma förhållanden gällande andel kunder per regiform som föregående år.

## Ledning och personal

### Omvårdnadspersonalens kompetens

Under 2016 har en verifierad granskning av utbildningsnivån inom hemtjänsten genomförts. Detta för att få ett säkerställt resultat över andel utbildad personal per hemtjänstenhet. Uppföljningen har skett genom att uppföljarna granskat samtlig personals utbildningsbevis i jämförelse med respektive hemtjänstenhets personallista från verksamhetssystemet ParaInn. Tidigare år har resultatet baserats på de uppgifter som utföraren själv tagit fram.



### Resultat från uppföljningen

105 av 194 (54 %) hemtjänstenheter uppnår godkänd utbildningsnivå enligt kraven om att minst hälften av alla anställda ska ha adekvat utbildning.

Vid jämförelse mellan regiformer framkommer att 80 % av hemtjänstenheterna i kommunal regi och 51 % av hemtjänstenheterna i privat regi uppnår godkänd utbildningsnivå.

Äldreförvaltningen har begärt in åtgärdsplaner från de privata utförare som inte lever upp till kompetenskravet och kommer att följa upp dessa under 2017. För enheter i kommunal regi ansvarar respektive stadsdelsnämnd för beslut om åtgärder.

### Samlad kompetensutvecklingsplan

#### Resultat från uppföljningen

97 % av hemtjänstenheterna har en samlad kompetensutvecklingsplan, vilket är en ökning i jämförelse med föregående år (93 %). Sju enheter saknar en aktuell kompetensutvecklingsplan för all personal.

### Introduktionsprogram för nyanställda

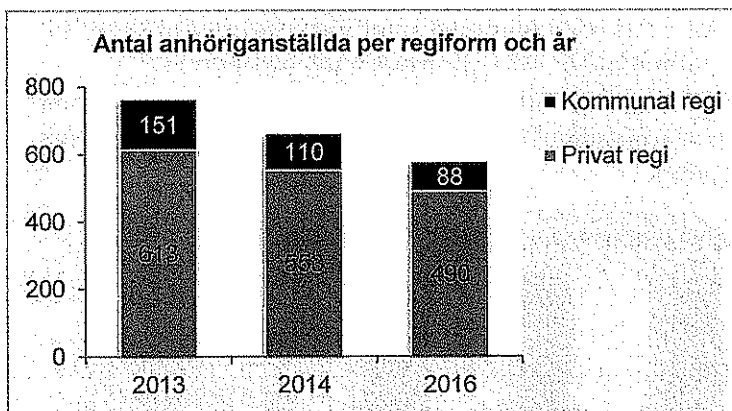
#### Resultat från uppföljningen

Samtliga hemtjänstenheter, utom en, har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda.

### Anställning av anhörigvårdare

Resultatet baseras på utförarens uppgifter över antal personal som enbart har en anställning som anhörigvårdare, dvs. enbart utför insatser hos en eller flera namngivna individer.

Sedan den 1 januari 2016 är det inte tillåtet att nyanställa anhörigvårdare i Stockholms stad och sedan 1 januari 2017 är denna anställningsform inte längre tillåten.



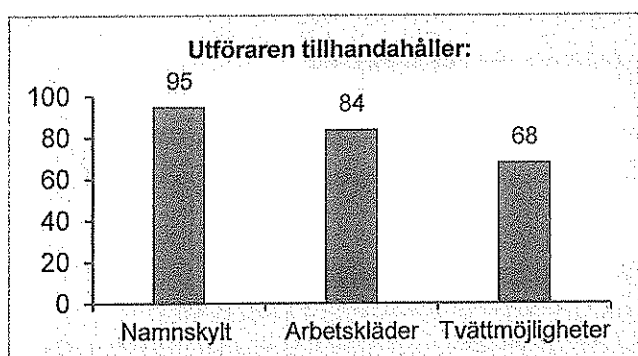
Frågan om anhöriganställda ingick inte i verksamhetsuppföljningen år 2015.

### Resultat från uppföljningen

Antal anställningar av anhörigvårdare har minskat med 186 personer sedan 2013.

### Arbetskläder och namnskylt

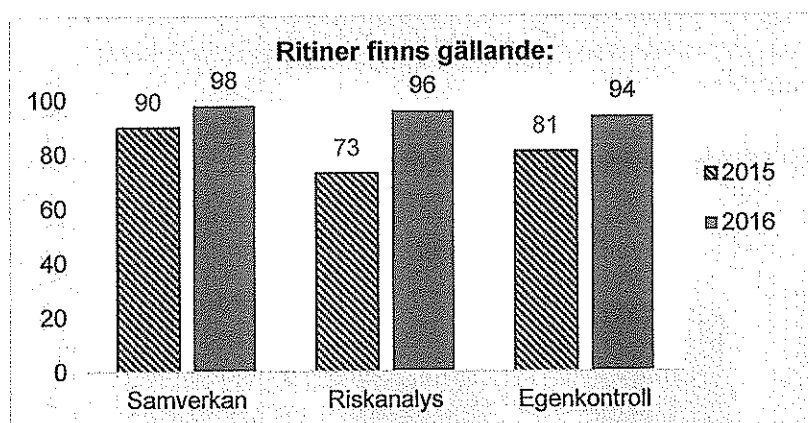
Kravet om att utföraren ska tillhandahålla arbetskläder trädde i kraft 1 januari 2016<sup>9</sup>. Hemtjänstutföraren ska hålla personalen med arbetskläder, minst kortärmad tröja. Inköp och upphandling av arbetskläder har pågått under 2016. Vid uppföljning efterfrågas även om utföraren håller med tvätt av arbetskläder. Detta är dock inte reglerat i vare sig författning eller nuvarande hemtjänstavtal, därför inget krav. Utföraren ansvarar också för att alla anställda bär namnbricka med foto synligt för den enskilde.



#### Resultat från uppföljningen

84 % av hemtjänstenheterna håller personalen med arbetskläder och 68 % av enheterna håller även med tvätt av arbetskläderna. Några utförare (5 %) tillhandahåller inte namnskylt med foto för samtlig personal.

### Systematiskt kvalitetsarbete



#### Resultat gällande rutiner

En högre andel hemtjänstenheter har godkända rutiner för intern och extern samverkan i jämförelse med föregående år.

#### Resultat gällande följsamhet till rutiner

91 % av hemtjänstenheterna kunde uppvisa dokumenterat resultat från genomförda riskanalyser enligt rutin.

<sup>9</sup> SOSFS 2015:10

87 % av hemtjänstenheterna kunde uppvisa dokumenterat resultat från genomförda egenkontroller enligt rutin.

### Avvikelsehantering

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga enheter har rutiner för synpunkts- och klagomålshantering, avvikelsehantering samt anmälan enligt Lex Sarah. 11 av enheterna (6 %) behöver dock förtydliga sina rutiner gällande bl.a. sammanställning och analys över inkomna avvikelser.

### Överrapportering/informationsöverföring

#### Resultat från uppföljningen

97 % av hemtjänstenheterna har rutiner för överrapportering vilket är en ökning i jämförelse med föregående års resultat (86 %).

### Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Landstinget ansvarar för hälso- och sjukvård i hemmet. Utförarens personal får utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter om dessa är delegerade från primärvården. Utföraren ska ha en skriftlig rutin för mottagande av delegering.

#### Resultat från uppföljningen

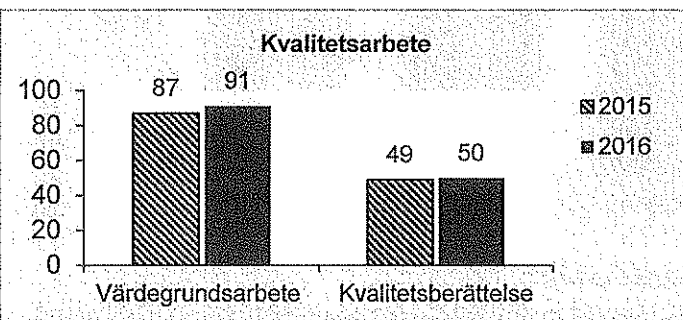
99 % av hemtjänstenheterna har rutiner för delegering vilket är en ökning jämförelse med föregående års resultat (96 %).

### Basala hygienrutiner

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga hemtjänstenheter har godkända rutiner gällande basal hygien. Förra året var det en utförare som saknade godkända hygienrutiner.

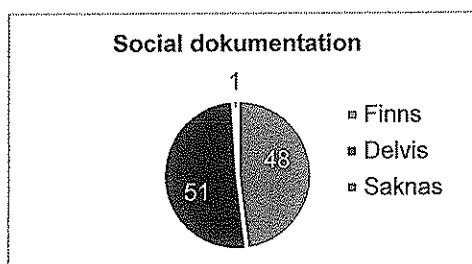
### Beskrivning av kvalitetsarbetet



#### Resultat från uppföljningen

En högre andel hemtjänstenheter har ett dokumenterat värdegrundsarbete och i princip samma andel enheter har upprättat en kvalitetsberättelse i jämförelse med föregående års resultat.

## Dokumentation



### Resultat från uppföljningen

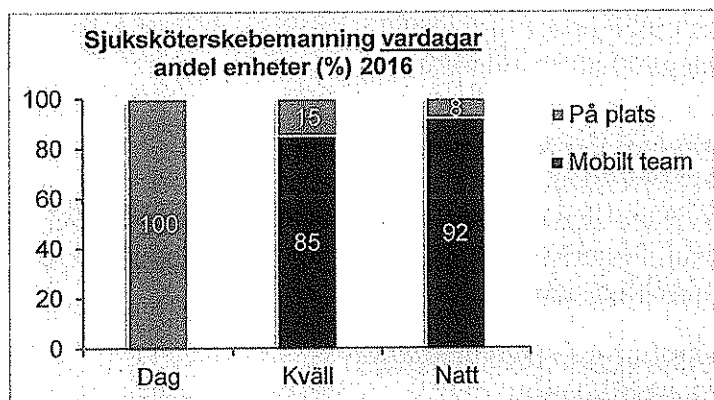
Nära hälften av hemtjänstenheterna kan förbättra den löpande dokumentationen så att den förs mer kontinuerligt alternativt göra sammanfattande anteckning om allt löper på enligt genomförandeplan. Två privata hemtjänstenheter (1 %) uppnår inte godkänd nivå gällande dokumentationen, vilket äldreförvaltningen följer upp genom framtagna åtgärdsplaner. Föregående år var det 18 hemtjänstenheter (10 %) som inte uppnådde godkänd nivå gällande dokumentationen.

## Servicehus

13 servicehus, varav 11 i kommunal regi och 2 på entreprenad, följdes upp under 2016. Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2016 utgjorde andelen beslut om servicehus nära 5 % av samtliga beslut om insatser inom äldreomsorgen i staden. Antal äldre med beslut om servicehus uppgick i oktober 2016 till 1 298 vilket är en minskning med 82 beslut i jämförelse med föregående år.

## Ledning och personal

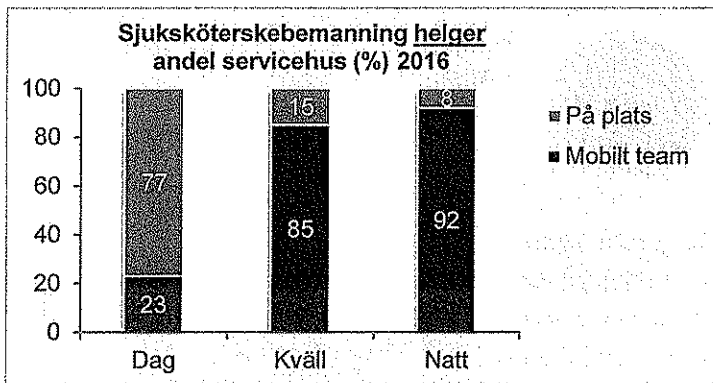
### Sjuksköterskebemanning



### Resultat från uppföljningen



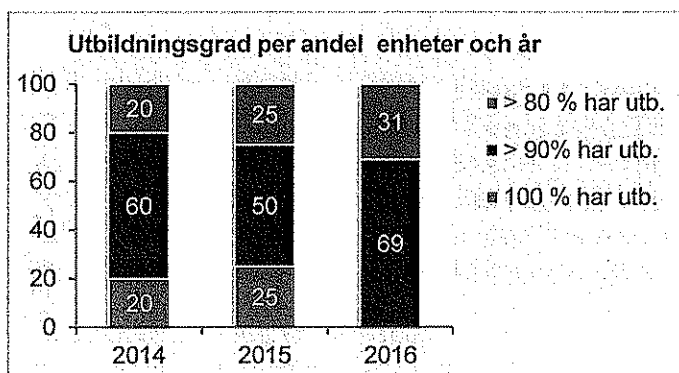
Samtliga servicehus har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. Två servicehus har det också kvällstid och ett nattetid under vardagar, inom bägge regiformer.



#### Resultat från uppföljningen

10 av 13 servicehus (77 %) har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på helger. Två servicehus det också kvällstid och ett nattetid under helger, inom bägge regiformer.

### Omvårdnadspersonalens kompetens



#### Resultat från uppföljningen

Fyra servicehus som förra året uppgav att samtlig personal hade utbildning har i år av olika anledningar uppgett att minst 90 % av personalen har utbildning. Ingen utförare har uppgett att de har lägre kompetens än 80 % utbildad personal.

### Sammantagen kompetensutvecklingsplan

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga servicehus har en framtagen kompetensutvecklingsplan för all personal. Förra året saknade tre av servicehusen en samlad kompetensutvecklingsplan.

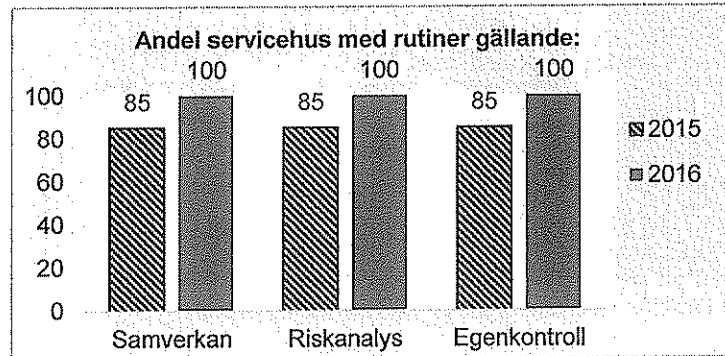
### Introduktionsprogram för nyanställda

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga servicehus har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda, vilket är samma resultat som föregående år.

## Systematiskt kvalitetsarbete

### Samverkan, riskanalys och egenkontroll



#### *Resultat gällande rutiner*

Samtliga servicehus har rutiner gällande samverkan, riskanalys och egenkontroll. Förra året var det två servicehus som saknade dessa rutiner.

#### *Resultat gällande följsamhet till rutiner*

Samtliga servicehus kunde uppvisa dokumentation över resultat från riskanalysen, dock kan ca hälften av servicehuset utveckla riskanalyserna med fler risker samt sammanställning och åtgärder utifrån framtaget resultat.

Samtliga servicehus kunde också uppvisa dokumentation över resultat från egenkontrollerna, dock kan ca hälften av servicehusen utveckla egenkontroller med fler områden, samt sammanställning av resultat med åtgärder som behöver vidtas.

### Avvikelsehantering

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga servicehus har rutiner för klagomåls-/avvikelsehantering och anmälan av allvarliga missförhållanden och vårdskador enligt bestämmelser om Lex Sarah och Lex Maria. Föregående år var det fyra servicehus som saknade rutiner för avvikelsehantering.

### Överrapportering/informationsöverföring mellan personal

#### *Resultat från uppföljningen*

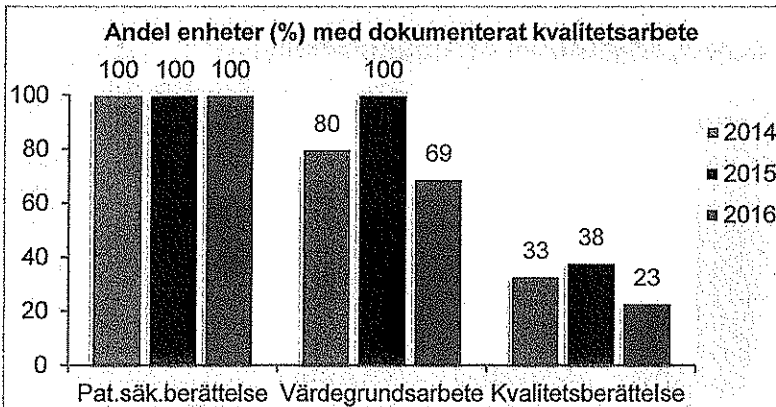
Samtliga servicehus har rutiner för överrapportering mellan personal och olika yrkesgrupper. Förra året var det två servicehus som saknade rutiner för överrapportering.

### Läkemedelshantering, delegering och basala hygienrutiner

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga servicehus har godkända rutiner för läkemedelshantering delegering och basal hygien, vilket är samma resultat som föregående år.

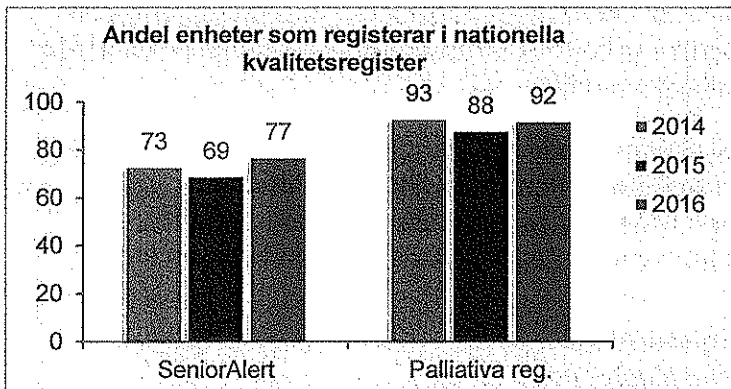
## Beskrivning av kvalitetsarbetet



### Resultat från uppföljningen

Samtliga servicehus har en upprättad patientsäkerhetsberättelse. En lägre andel av servicehusen har ett dokumenterat värdegrundsarbete samt upprättad kvalitetsberättelse i jämförelse med föregående år.

## Kvalitetsregister

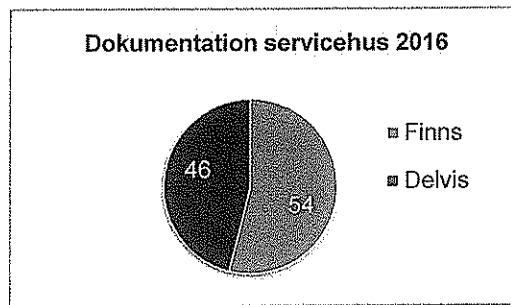


### Resultat från uppföljningen

En högre andel servicehus registrerar i de nationella kvalitetsregistren, i jämförelse med föregående år.

## Dokumentation

Inom hemtjänsten ska samtliga utförare föra dokumentation i det elektroniska verksamhetssystemet ParaSoL.



#### *Resultat från uppföljningen*

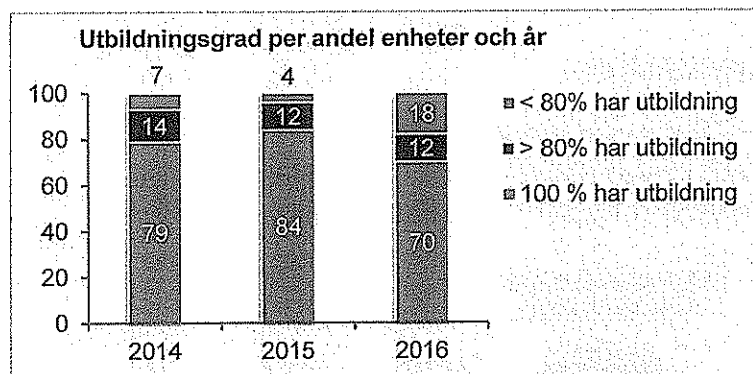
En lägre andel servicehus har godtagbar dokumentation i jämförelse med föregående års resultat (75 %). 6 servicehus (46 %) behöver utveckla dokumentationen både gällande social dokumentation och hälso- och sjukvårdsjournaler.

## Dagverksamhet

Under 2016 har 27 dagverksamheter, varav 16 i kommunal regi, 4 i privat regi och 7 på entreprenad följs upp. Tre av dagverksamheterna har social inriktning resterande har demensinriktning. Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2016 utgjorde andelen beslut om dagverksamhet närmare 4 % av samtliga insatstyper. Antal äldre med beslut om dagverksamhet uppgick i oktober 2016 till 1 006 vilket är en minskning med 31 beslut i jämförelse med året innan.

## Ledning och personal

### Omvårdnadspersonalens kompetens



#### *Resultat från uppföljningen*

En något lägre andel dagverksamheter har uppgett att samtlig personal har utbildning. En privat dagverksamhet har mindre än 50 % utbildad personal vilket har överlämnats till äldreförvaltningen för ställningstagande om åtgärder.

### Sammantagen kompetensutvecklingsplan

### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga dagverksamheter, utom en, har en aktuell kompetensutvecklingsplan för all personal. Förra året saknade tre dagverksamheter en samlad kompetensutvecklingsplan.

### **Introduktionsprogram för nyanställda**

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga dagverksamheter har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda, vilket är samma resultat som föregående år.

## **Systematiskt kvalitetsarbete**

### **Samverkan, Riskanalys, Egenkontroll**

#### *Resultat från uppföljningen*

Alla dagverksamheter, utom en, har godkända rutiner gällande samverkan, riskanalys och egenkontroll. Förra året var det mellan 4 till 6 dagverksamheter som saknade godkända rutiner gällande samverkan, riskanalys och egenkontroll.

### **Avvikelsehantering**

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga dagverksamheter har godkända rutiner för avvikelsehantering, synpunkts- och klagomålshantering, samt anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria, vilket är samma resultat som föregående år.

### **Beskrivning av kvalitetsarbetet**

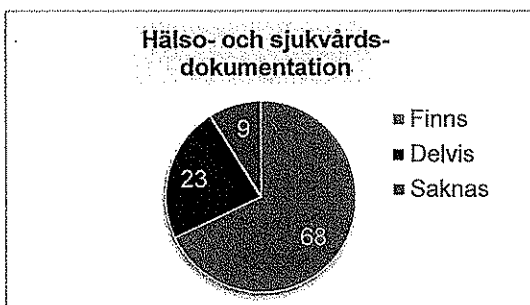
#### *Resultat från uppföljningen*

Alla dagverksamheter, utom en, har ett dokumenterat värdegrundsarbete. Föregående år var det två dagverksamheter som saknade ett dokumenterat kvalitetsarbete.

## **Dokumentation**

### **Hälso- och sjukvårdsdokumentation**

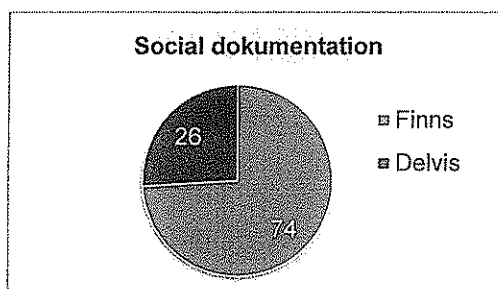
Endast enskilda med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser behöver ha en patientjournal upprättad på dagverksamheten.



*Resultat från uppföljningen*

Fem bortfall finns i 2016 år resultat. Två dagverksamheter som inte har behov av att hålla hälso- och sjukvårdsjournaler och tre där hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte är granskad av olika anledning. I två kommunala dagverksamheter (9 %) saknas hälso- och sjukvårdsjournaler i verksamheten, vilket även var en konstaterad brist 2015.

### Social dokumentation



#### Resultat från uppföljningen

En lägre andel dagverksamheter har godtagbar social dokumentation i jämförelse med föregående år (88 %). Sju av dagverksamheterna (26 %) behöver förbättra den löpande sociala dokumentationen.

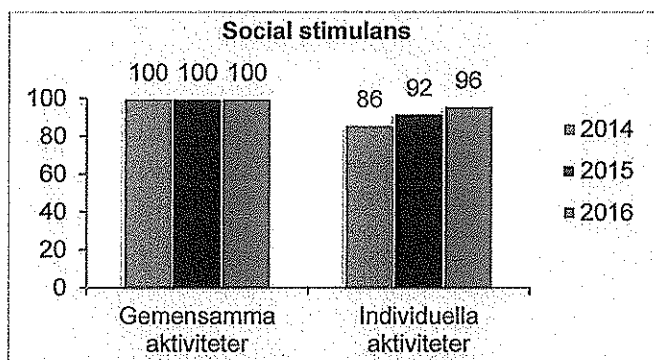
### Mat och måltider

#### Resultat från uppföljningen

Alla dagverksamheter, utom en, har rutiner gällande mat och måltider. Ytterligare en dagverksamhet behöver komplettera sin rutin med beskrivning av tillvägagångssätt för måltider.

### Social stimulans

Utifrån behov, förmåga, intresse och önskemål ska dagverksamheten kunna erbjuda gästerna en aktiv och meningsfull dag. Allt ifrån underhållning, sysselsättning och aktiviteter av olika slag både inom och utanför dagverksamheten.



#### Resultat från uppföljningen

Liksom föregående år erbjuder samtliga dagverksamheter dagliga aktiviteter under hela dagen. En av dagverksamheterna erbjuder inte individuella aktiviteter utan endast gruppaktiviteter.