

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

**Till**  
Äldrenämnden  
den 27 mars 2018

## Uppföljning av vård och omsorgsboende, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet 2017

### 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

All äldreomsorg inom Stockholms stad som gäller vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet följs upp enligt en stadsgemensam mall. Syftet är att följa upp verksamheternas följsamhet till avtal, uppdrag och kommunfullmäktiges mål för en god och säker vård och omsorg. Det sammantagna resultatet från 2018 års verksamhetsuppföljningar visar generellt att verksamheterna har god följsamhet mot lagar, föreskrifter samt avtal/ uppdragsbeskrivning och därmed förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg. Det finns dock några generella utvecklingsområden som flertalet av verksamheterna behöver förbättra. Detta gäller framför allt hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation samt kompetensutvecklingsplaner för personalen. Ett annat utvecklingsområde är arbetet med riskanalys och egenkontroller där det ska finnas sammanfattade bedömning och analys av resultaten samt beskrivning av vidtagna åtgärder. Årets resultat av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett prioriterat område som hemtjänstutförarna behöver inrikta sig på.

## Bakgrund

All äldreomsorg inom Stockholms stad som gäller vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet följs upp årligen enligt en stadsgemensam struktur, enligt beslut i kommunfullmäktige år 2005<sup>1</sup>. Under 2017 fattade kommunfullmäktige ett nytt inriktningsbeslut gällande stadens uppföljningsmodell<sup>2</sup> inom äldreomsorgen. Den förnyade modellen innebär att verksamhetsuppföljningar genomförs vartannat år under förutsättning att utföraren inte är nyetablerad, har en åtgärdsplan eller av annan bedömd orsak behöver följas upp året efter.

Uppföljningsmodellen bygger på tre uppföljningsperspektiv som tillsammans ger ett helhetsresultat gällande parametrarna *strukturkvalitet*, *processkvalitet* och *resultatkvalitet*. Detta innebär verksamhetsuppföljningen (strukturkvalitet) från och med nästa år 2019 kommer att kompletteras med resultat från kvalitetsobservationer (processkvalitet), kvalitetsuppföljningar på individnivå (resultatkvalitet) och i förekommande fall inspektioner.

Syftet med verksamhetsuppföljning är att följa upp verksamheternas följsamhet till avtal, uppdrag och kommunfullmäktiges mål för en god och säker vård och omsorg.

När det gäller privata verksamheter är verksamhetsuppföljningen även en del av avtalsuppföljningen. 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 stadsdelsnämnd som ansvarar för verksamheterna i genskap av huvudman eller 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 utvecklingsområden som framkommer av uppföljningsrapporten utgör, tillsammans med andra resultat, grund för prioriterade satsningar inom äldreomsorgen.

## Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom äldreförvaltningen. Kommunstyrelsens pensionärsråd har den 20 mars 2018 beretts möjligheter att yttra sig i ärendet. Förvaltningsgruppen har behandlat ärendet den 21 mars 2018. Det gemensamma för socialnämnden, äldrenämnden och

---

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

<sup>2</sup> Dnr 152-2128/2016

överförmyndarnämndens råd för funktionshinderfrågor informeras om ärendet den 22 mars 2018.

## Ärendet

Äldreförvaltningen ansvarar för tillämpningsanvisningar och frågemallar för verksamhetsuppföljningen samt att fördela uppföljningsansvar mellan stadsdelsförvaltningarna. Verksamhetsuppföljningarna genomförs av särskilt utsedda kontaktpersoner inom stadsdelsförvaltningarna.

Metoden för verksamhetsuppföljning är platsbesök i verksamheten, samtal med ledning och personal samt granskning av styrdokument, rutiner, dokumenterat systematiskt kvalitetsarbete etc. För vissa frågor, som exempelvis 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 utifrån utförarens rutiner, egenkontroll, aktivitetsscheman samt samtal med ledning och personal.

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).
- Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
- 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, somatisk och profil. Hemtjänsten följs upp per utförarkontor som finns etablerad vid årets ingång.

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

Vid eventuella avvikelser/brister som inte bedöms som allvarliga ges utföraren möjlighet att vidta åtgärder inom en viss tidsram. Kompletterande uppföljning av om bristen är åtgärdad görs av stadsdelens verksamhetsuppföljare.

Vid allvarliga brister i privata utförares verksamhet lämnas uppföljningen över till äldreförvaltningen för ställningstagande om fortsatt hantering.

Uppföljningsmallen för 2017 skiljer sig inte nämnvärt åt från föregående års mall, vilket möjliggör jämförelser av resultaten över tid. Två nya fokusområden togs fram, tvärprofessionellt teamarbete inom vård- och omsorgsboende samt nyckelhantering inom hemtjänsten. Detta eftersom tidigare uppföljningsresultat visat på generella brister inom dessa områden.

Liksom föregående år har uppföljarna granskat hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation utifrån utförarens resultat från egenkontrollen av dokumentationen.

Äldreförvaltningen har sammanställt helhetsresultatet från 2017 års verksamhetsuppföljningar. Resultatet visar generellt att verksamheterna har god följsamhet mot lagar, föreskrifter samt avtal/ uppdragsbeskrivning och därmed förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg. Såväl när det gäller hälso- och sjukvård som social omsorg.

Verksamhetsuppföljningarna visar att något fler verksamheter, än föregående år, bedriver ett strukturerat systematiskt kvalitetsarbete. En högre andel av verksamheterna registrerar också i de nationella kvalitetsregistren.

### **Utvecklingsområden**

I jämförelse med föregående års resultat är det något färre verksamheter har följsamhet till kraven gällande:

- Hälso- och sjukvårds dokumentation samt social dokumentation
- Sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal

Trots att fler verksamheter bedriver systematiskt kvalitetsarbete behöver flera verksamheter utveckla arbetet med riskanalys och egenkontroller gällande:

- sammanfattade bedömning och analys av resultatet samt vidtagna åtgärder

Resultatet från granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett fortsatt prioriterat område. 33 av 169 hemtjänstenheter når inte upp till kraven om minst 50 % utbildad personal.

Äldreförvaltningen anser att verksamhetsuppföljningarna tillsammans med andra uppföljningsresultat från 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 2017 till kommunfullmäktige.

### **Bilaga**

Uppföljning av vård och omsorgsboende, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet 2017



**Uppföljning av  
vård- och omsorgs-  
boende, hemtjänst,  
servicehus och  
dagverksamhet  
2017**

[stockholm.se](http://stockholm.se)

**Resultat från verksamhetsuppföljning 2017**  
**Utgivningsdatum:** februari 2018  
**Utgivare:** Äldreförvaltningen  
**Kontaktperson:** Elisabeth Landström

## Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Genomförande</b>	<b>5</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>6</b>
<b>Redovisning av resultat</b>	<b>7</b>
<b>Vård och omsorgsboende</b>	<b>8</b>
Ledning och personal	8
Systematiskt kvalitetsarbete	11
Dokumentation	16
Mat och måltider samt social stimulans	17
<b>Hemtjänst</b>	<b>18</b>
Ledning och personal	18
Systematiskt kvalitetsarbete	20
Dokumentation	21
<b>Servicehus</b>	<b>22</b>
Ledning och personal	22
Systematiskt kvalitetsarbete	23
Dokumentation	25
<b>Dagverksamhet</b>	<b>26</b>
Ledning och personal	26
Systematiskt kvalitetsarbete	26
Dokumentation	27
Mat och måltider	27
Social stimulans	27



## Inledning

All äldreomsorg inom Stockholms stad som gäller vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, servicehus och dagverksamhet följs upp årligen enligt en stadsgemensam struktur, enligt beslut i kommunfullmäktige år 2005<sup>1</sup>. Under 2017 fattade kommunfullmäktige ett nytt inriktningsbeslut gällande stadens uppföljningsmodell<sup>2</sup> inom äldreomsorgen. Den förnyade modellen innebär att verksamhetsuppföljningar genomförs vartannat år under förutsättning att utföraren inte är nyetablerad, har en åtgärdsplan eller av annan bedömd orsak behöver följas upp året efter.

Uppföljningsmodellen bygger på tre uppföljningsperspektiv som tillsammans ger ett helhetsresultat gällande parametrarna *strukturkvalitet*, *processkvalitet* och *resultatkvalitet*. Detta innebär verksamhetsuppföljningen (strukturkvalitet) från och med nästa år 2019 kommer att kompletteras med resultat från kvalitetsobservationer (processkvalitet), kvalitetsuppföljningar på individnivå (resultatkvalitet) och i förekommande fall inspektioner.

Syftet med verksamhetsuppföljning är att följa upp verksamheternas följsamhet till avtal, uppdrag och kommunfullmäktiges mål för en god och säker vård och omsorg.

När det gäller privata verksamheter är verksamhetsuppföljningen även en del av avtalsuppföljningen. 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 stadsdelsnämnd som ansvarar för verksamheterna i egenskap av huvudman eller 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 utvecklingsområden som framkommer av uppföljningsrapporten utgör, tillsammans med andra uppföljningsresultat, grund för prioriterade satsningar inom äldreomsorgen.

---

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

<sup>2</sup> Dnr 152-2128/2016

## Genomförande

Äldreförvaltningen ansvarar för tillämpningsanvisningar och frågemallar för verksamhetsuppföljningen samt att fördela uppföljningsansvar mellan stadsdelsförvaltningarna. Verksamhetsuppföljningarna genomförs av särskilt utsedda kontaktpersoner inom stadsdelsförvaltningarna.

Metoden för verksamhetsuppföljning är platsbesök i verksamheten, samtal med ledning och personal samt granskning av styrdokument, rutiner, dokumenterat systematiskt kvalitetsarbete etc. För vissa frågor, som exempelvis 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 utifrån utförarens rutiner, egenkontroll, aktivitetsscheman samt samtal med ledning och personal.

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).
- Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.
- 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, somatisk och profil.

Hemtjänsten följs upp per utförarkontor som finns etablerad vid årets ingång.

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

Vid eventuella avvikelser/brister som inte bedöms som allvarliga ges utföraren möjlighet att vidta åtgärder inom en viss tidsram. Kompletterande uppföljning av om bristen är åtgärdad görs av stadsdelens verksamhetsuppföljare.

Vid allvarliga brister i privata utförarens verksamhet lämnas uppföljningen över till äldreförvaltningen för ställningstagande om fortsatt hantering.

Uppföljningsmallen för 2017 skiljer sig inte nämnvärt åt från föregående års mall, vilket möjliggör jämförelser av resultaten över tid. Två nya fokusområden togs fram, tvärprofessionellt teamarbete inom vård- och omsorgsboende samt nyckelhantering inom hemtjänsten. Detta eftersom tidigare uppföljningsresultat visat på generella brister inom dessa områden.

Liksom föregående år har uppföljarna granskat hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation utifrån utförarens resultat från egenkontrollen av dokumentationen.

## Sammanfattning

Stadens äldreomsorg utgörs av en mångfald verksamheter och utvecklingsbehoven varierar mellan verksamheterna.

Det sammantagna resultatet från 2017 års verksamhetsuppföljningar visar generellt att verksamheterna har god följsamhet mot lagar, föreskrifter samt avtal/ uppdragsbeskrivning och därmed förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg. Såväl när det gäller hälso- och sjukvård som social omsorg.

Verksamhetsuppföljningarna visar att något fler verksamheter, än föregående år, bedriver ett strukturerat systematiskt kvalitetsarbete. En högre andel av verksamheterna registrerar också i de nationella kvalitetsregistren.

### Utvecklingsområden

I jämförelse med föregående års resultat är det något färre verksamheter har följsamhet till kraven gällande:

- Hälso- och sjukvårds dokumentation samt social dokumentation
- Sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal

Trots att fler verksamheter bedriver systematiskt kvalitetsarbete behöver flera verksamheter utveckla arbetet med riskanalys och egenkontroller gällande:

- sammanfattade bedömning och analys av resultatet samt vidtagna åtgärder

Resultatet från granskningen av utbildningsgraden inom hemtjänsten visar också att kompetensutveckling inom hemtjänsten är ett fortsatt prioriterat område. 33 av 169 hemtjänstenheter når inte upp till kraven om minst 50 % utbildad personal.

## Redovisning av resultat

Resultaten redovisas per insatstyp med jämförelser mot föregående år. För varje insatstyp redovisas även bakgrundsfakta om antal verksamheter samt antal och andel brukare, i jämförelse med året innan.

### Totalt 361 uppföljda verksamheter 2017

2017	Kommunal regi	Privat regi	Entreprenad	Totalt
Vård- och omsorgsboende	29 (30)	95 (94)	29 (34)	<b>153</b>
Hemtjänst	22 (21)	147 (174)	-	<b>169</b>
Servicehus	13 (11)	-	1 (2)	<b>14</b>
Dagverksamhet	14 (16)	4 (4)	7 (7)	<b>25</b>

*Antal verksamheter 2016 inom parantes*

2017 års verksamhetsuppföljning har omfattat totalt 361 verksamheter. Antalet uppföljda verksamheter speglar inte det faktiska beståndet, av olika anledningar, vilket gör att resultaten inte är direkt jämförbara över tid. Däremot visar verksamhetsuppföljningen på utvecklingen inom stadens äldreomsorg i stort.

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

Beslut om insats	okt-16		okt-17	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Hemtjänst	14 100	52,18	14 042	51,83
Servicehus	1 298	4,80	1 079	3,98
Vård & omsorgsboende	5 832	21,58	5 689	21,00
Korttidsvård	335	1,24	352	1,29
Dagverksamhet	1 006	3,72	989	3,65

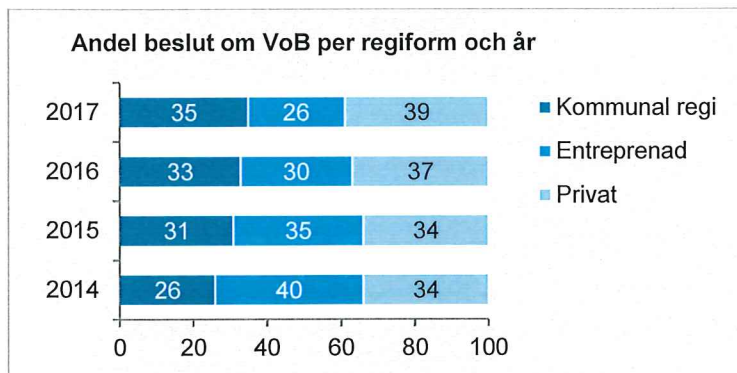
*Statistik om äldreomsorg Sweco*

Andelen äldre med beslut om äldreomsorgsinsatser enligt ovan fortsätter att minska över tid. Antal beslut om korttidsvård varierar dock månad för månad och slutsatser om volym kan därför inte dras utifrån denna redovisning.

## Vård och omsorgsboende

153 vård- och omsorgsboenden, inklusive profilboenden, följdes upp under 2016.

Antal äldre med beslut om vård- och omsorgsboende uppgick i oktober 2017 till 5 689, vilket är en minskning med 143 beslut i jämförelse med föregående år.



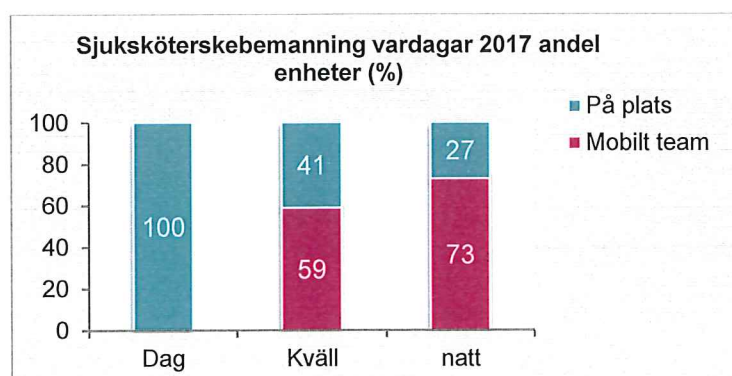
Källa: Statistik om äldreomsorg (mätmånad oktober) Sweco

I jämförelse med tidigare år ses en trend av ökad andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende i kommunal och privat 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.

## Ledning och personal

### Sjuksköterskebemanning

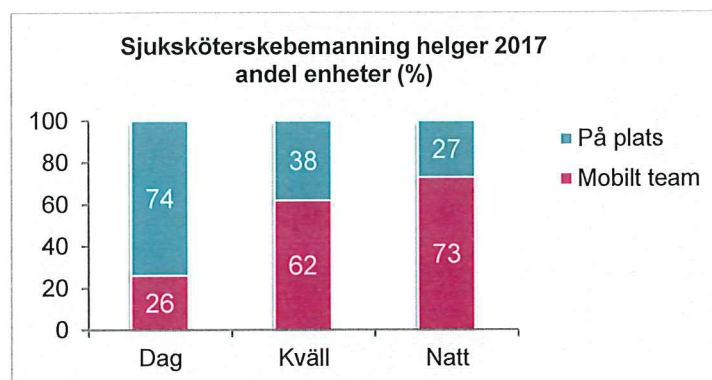
Det ska finnas tillgång till sjuksköterska dygnet runt alla dagar i veckan på vård- och omsorgsboenden. Om sjuksköterska inte finns på plats i boendet får inställetiden inte överstiga 30 minuter. I de fall utföraren under exempelvis kvällar och nätter tillgodoser behovet av tillgång till sjuksköterska 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.



### *Sjuksköterskebemanning vardagar*

Samtliga vård- och omsorgsboenden har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. 41 % av verksamheterna har också sjuksköterska på plats kvällstid och 27 % nattetid. Resultatet är i princip detsamma som föregående år.

Samtliga regiformer finns representerade i resultatet över verksamheter som bemannar verksamheten med sjuksköterska från mobilt team på vardagkvällar och nätter.



### *Sjuksköterskebemanning helger*

74 % av vård- och omsorgsboendena har sjuksköterska på plats i verksamheten dagtid på helger. 38 % har sjuksköterska på plats kvällstid och nära 27 % nattetid. En liten minskning av andel verksamheter med sjuksköterska på plats helger kan ses vid jämförelse med föregående års resultat

Samtliga regiformer finns representerade i resultatet över verksamheter som bemannar verksamheten med sjuksköterska från mobilt team dag, kväll och natt under helger.

### **Arbetsterapeuter 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 årsarbetande sjukgymnaster och arbetsterapeuter i förhållande till antal boende.

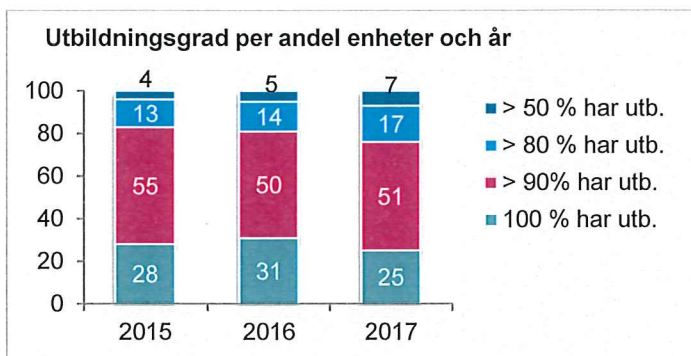
### *Resultat från uppföljningen*

Tillgången till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut varierar mellan olika vård- och omsorgsboenden inom staden. Medelvärdet visar att en arbetsterapeut ansvarar för i snitt 78 boende och att en sjukgymnast ansvarar för i snitt 81 boende, vilket är i princip samma resultat som föregående år. Vid jämförelser av me-

delvärdet per regiform kan man se arbetsterapeuter och sjukgymnast/fysioterapeut i kommunal regi ansvarar för färre antal boende än i de andra regiformerna. Resultatet visar också att 6 profilboenden och 3 demensboenden inte har kontinuerlig tillgång till arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut utan konsulterar denna kompetens vid behov.

### Omvårdnadspersonalen kompetens

Utföraren ska använda sig av en organisation som garanterar rätt kompetens för den enskilde. Vid nyanställning ska utföraren anställa personer som har yrkesförberedande utbildning 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

Resultatet visar att en något lägre andel av verksamheterna har uppgett att samtlig (100 %) personal har utbildning i jämförelse med föregående år. 10 verksamheter (7 %) inom samtliga regiformer har uppgett att den sammantagna utbildningsgraden uppgår till minst 50 % 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

92 % av verksamheterna har en sammantagen kompetensutvecklingsplan för all personal, vilket är en liten minskning i jämförelse med föregående år 96 %.

### 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 vilket är samma resultat som föregående år.

#### **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 verksamheter har rutiner gällande kontaktmannaskap, vilket är samma resultat som föregående år.

### **Systematiskt kvalitetsarbete<sup>3</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 och lokalt anpassade rutiner för verksamheten. För att påvisa utförarens följsamhet till rutinerna granskas även dokumenterat resultat från genomförda riskanalyser och egenkontroller.

#### **Samverkan**

Utföraren ska ha fungerande rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom verksamheten samt med externa parter. 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.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har skriftliga rutiner för hur samverkan ska bedrivas internt i verksamheten. Två verksamheter saknar skriftlig rutin för hur samverkan ska bedrivas med externa parter, vilket i princip är samma förhållanden som föregående år.

#### **Tvärprofessionella teammöten**

För att upprätthålla en personcentrerad vård och omsorg krävs ett tvärprofessionellt samarbete kring den enskilde. Rutinen för teammöten ska tydliggöra syfte, arbetssätt, avsatt tid och ansvarsfördelning.

#### *Resultat från uppföljningen*

95 % av verksamheterna har godkända rutiner gällande tvärprofessionella teammöten. Frågan är ny för 2017.

---

<sup>3</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten (SOSFS 2011:9)



## **Risکاناليس**

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 om händelsen sker. Utifrån risکاناليسen upprättas sedan, rutiner och egenkontroller för att minimera händelser som kan innebära risker och brister i verksamheten.

### *Resultat från uppföljningen*

12 av verksamheterna (7,8 %) kunde inte uppvisa skriftligt resultat från genomförda risکاناليسer, vilket är något fler än föregående år (3,2 %).

Av de verksamheter som kunde uppvisa resultat behöver 14 (9,1 %) utveckla sina risکاناليسer så att de omfattar fler riskområden samt skattning av sannolikhet och konsekvens vid oönskade händelser.

## **Egenkontroll**

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de rutiner som fastställts. Utföraren ska bedriva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

### *Resultat från uppföljningen*

Fem av verksamheterna (3,3 %) kunde inte uppvisa skriftligt resultat från genomförda egenkontroller, vilket i princip är samma resultat som föregående år.

Bland de verksamheter som kunde uppvisa skriftligt resultat behövde nära en tredjedel (34 %) utveckla sina egenkontroller med sammanfattade bedömning och analys av resultatet samt vidtagna åtgärder, vilket är något fler än föregående år (25 %).

## **Avvikelsehantering**

Utföraren ska ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska utöver att de åtgärdas även 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 skriftliga rutiner för avvikelsehantering, synpunkts- och klagomålshantering,

samt anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. En verksamhet saknar dock rutiner för systematisk klagomålshantering.

### **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 rutiner för livsmedelshantering och måltider.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har godkända rutiner gällande livsmedelshantering och måltider. Förra året var det tre verksamheter som inte hade godkända rutiner.

### **Läkemedelshantering**

Utföraren ska ha lokala rutiner för ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel i enlighet med socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>4</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter, utom en, har godkända rutiner för läkemedelshantering, vilket är samma resultat som förra året.

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

Utföraren ska ha lokala rutiner för delegering utifrån Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>5</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för delegering, vilket är samma resultat som förra året.

### **Basala hygienrutiner**

Utföraren ska ha lokala hygienrutiner utifrån de bestämmelser som följer av socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd<sup>6</sup>.

#### *Resultat från uppföljningen*

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

### **Munhälsobedömning samt nödvändig tandvård**

De äldre ska erbjudas en munhälsobedömning årligen, från det av landstinget anvisade tandvårdsföretaget. Utöver munhälsobedömning ingår individuell rådgivning, utbildning och handledning till omvårdnadspersonal om daglig mun-

---

<sup>4</sup> Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)

<sup>5</sup> Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)

<sup>6</sup> Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

vård för den enskilde. Utföraren ska säkerställa att personalen följer de instruktioner som framgår av det upprättade munvårdskortet.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga verksamheter utom två har lokala rutiner för munhälsobedömning och nödvändig tandvård, vilket är i princip samma resultat som föregående år.

#### **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 sina rutiner, vilket även var fallet föregående år.

#### **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 även informera och stödja närstående, såväl under det palliativa förloppet som efter dödsfallet.

#### *Resultat från uppföljningen*

Alla verksamheter utom två har rutiner för vård i livets slut. Förra året hade samtliga verksamheter 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.

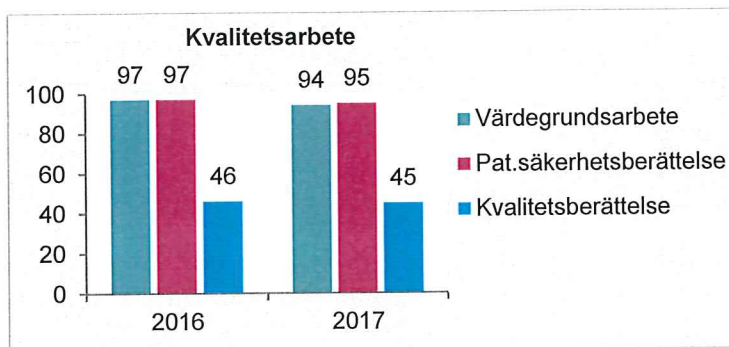
#### **Kvalitetsberättelse**

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 finns instiftad i socialtjänstlagen. 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.

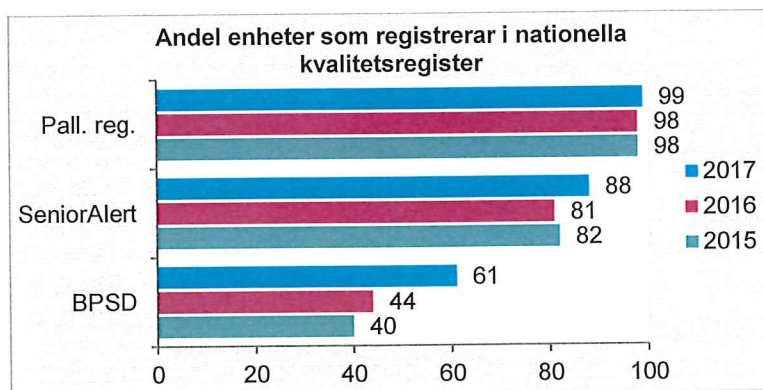


#### Resultat från uppföljningen

En något minskad andel verksamheter har en beskrivning över värdegrundsarbetet i jämförelse med föregående år. Några av de verksamheter som saknar aktuell patientsäkerhetsberättelse är nyetablerade.

#### Kvalitetsregister

Enligt kommunfullmäktigebeslut år 2011<sup>7</sup> ska stadens vård- och omsorgsboenden, servicehus och dagverksamheter för äldre, oavsett regiform, delta i de nationella kvalitetsregistren *SeniorAlert* och *Svenska Palliativregistret*. Verksamheter med demensinriktning bör även registrera i *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)*.



#### Resultat från uppföljningen

En högre andel verksamheter registrerar i de nationella registren i jämförelse med föregående år. Två privata utförare registrerar inte i Svenska Palliativregistret. 18 verksamheter (samtliga regiformer) registrerar inte i SeniorAlert. Detta ska vara åtgärdat till 2018.

<sup>7</sup> Dnr 327-1512/2011

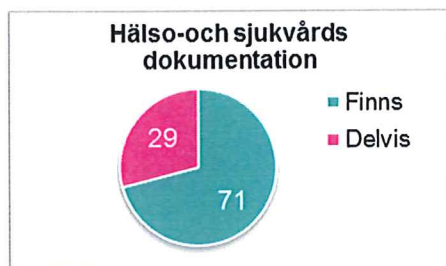
## Dokumentation

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

### Hälso- och sjukvårdsdokumentation<sup>8</sup>

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

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. Det nya sättet att dokumentera skapar gemensamma begrepp, en enhetlig struktur och ett systematiskt arbetssätt för dokumentation.



#### Resultat från uppföljningen

En något lägre andel verksamheter har följsamhet till kraven gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation i jämförelse med föregående års resultat (75 %). De verksamheter som har delvis godkänd dokumentation har olika utvecklingsområden. Några verksamheter behöver också utveckla egenkontrollen av dokumentationen med en samlad bedömning av resultatet och planerade åtgärder utifrån av framkomna brister.

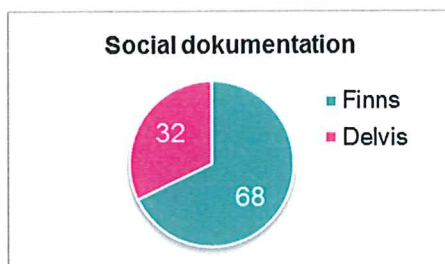
### Social dokumentation<sup>9</sup>

Den löpande dokumentationen ska föras regelbundet 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 så att både den enskilde och personalen vet vad som ska göras när och hur. Utföraren ska ha upprättat en genomförandeplan inom 15 dagar efter det att insatsen påbörjats.

<sup>8</sup> Patientdatalagen (2008:355) och Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård (SOSFS 2008:14),

<sup>9</sup> Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2014:5

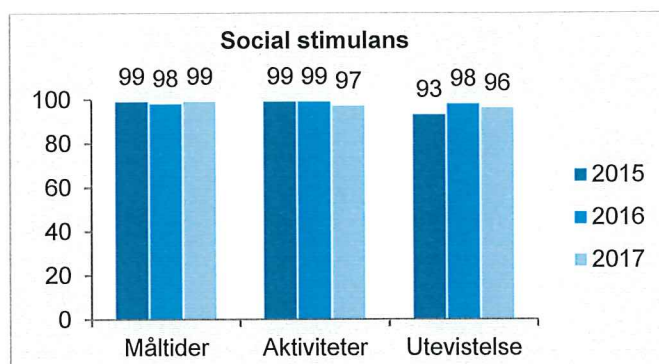


#### Resultat från uppföljningen

En lägre andel verksamheter har godtagbar dokumentation i jämförelse med föregående år (78 %). De verksamheter som har delvis godkänd dokumentation behöver framför allt förbättra den löpande dokumentationen gällande avvikelser från genomförandeplanen samt mer utförligt beskriva den enskildes delaktighet och önskemål i genomförandeplanen.

### Mat och måltider samt social stimulans

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.

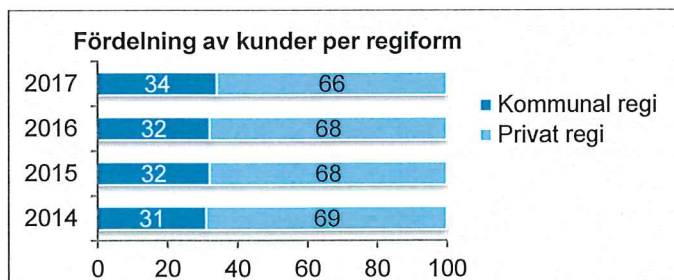


#### Resultat från uppföljningen

Det är fortsatt god följsamhet gällande kraven om rutiner för mat och måltider samt aktiviteter och utevistelse. Några verksamheter behöver ta fram rutiner för erbjudande om daglig utevistelse samt erbjudande om gemensamma aktiviteter även på avdelningen/enheten.

## Hemtjänst

Under 2017 genomfördes uppföljningar i 169 hemtjänstenheter varav 22 i egen regi och 147 i privat regi.



Källa: Statistik om äldreomsorg (mätmånad oktober) Sweco

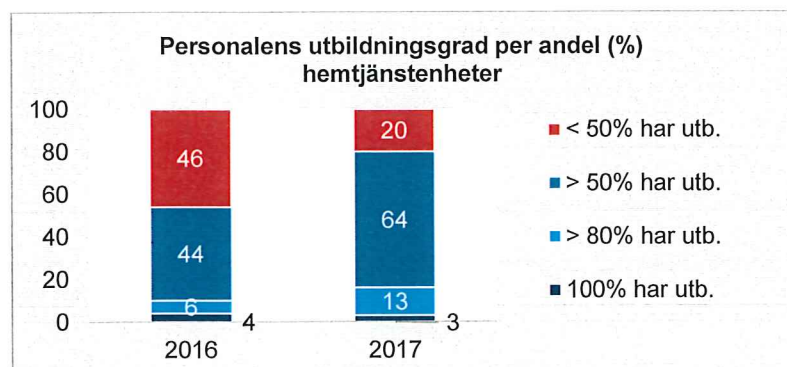
Statistiken över antal äldre med hemtjänst per regiform visar på en liten ökande trend av andel kunder som har hemtjänst i kommunal regi.

Verksamhetsuppföljningen visar att de kommunala hemtjänstenheterna har fler antal kunder per enhet än de privata hemtjänstenheterna. I snitt 307 kunder per enhet mot privata utförare som har i snitt 78 kunder per enhet. Privata utförare har möjlighet att begränsa kapacitetstak (max antal kunder) och geografiskt upptagningsområde, vilket kan vara en förklaring till skillnader i storlek mellan regiformer.

## Ledning och personal

### Omvårdnadspersonalens kompetens

Kravet är att utföraren ska ha minst 50 % utbildad personal. Godkänd utbildning är yrkesförberedande utbildning från vårdlinjen, social servicelinje eller omvårdnadsprogrammet, alternativt 600 gymnasiepoäng i karaktärsämnen inom vård och omsorg.



### Resultat från uppföljningen

En ökad andel hemtjänstenheter har minst 50 % utbildad personal än föregående år. Förra året var det 46 % av enheterna som inte levde upp till kravet mot 20 % vid årets uppföljning.

Vid jämförelse mellan regiformer framkommer att 91 % av hemtjänstenheterna i kommunal regi och 79 % av hemtjänstenheterna i privat regi uppnår kraven gällande utbildningsnivå.

Äldreförvaltningen följer upp de privata utförarnas åtgärdsplaner med att höja kompetensen. För enheter i kommunal regi ansvarar respektive stadsdelsnämnd för uppföljning av åtgärdsplaner.

### **Samlad kompetensutvecklingsplan**

#### *Resultat från uppföljningen*

89 % av hemtjänstenheterna (bägge regiformer) har en samlad kompetensutvecklingsplan, vilket är en minskning i jämförelse med föregående år (97 %).

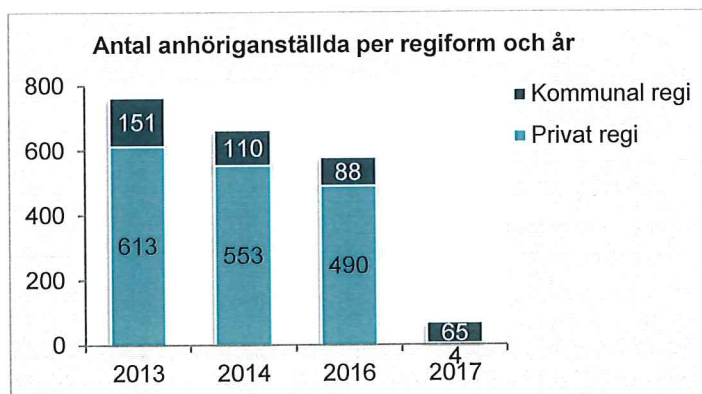
### **Introduktionsprogram för nyanställda**

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga hemtjänstenheter, utom två, har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda. Föregående år var det en utförare som saknade ett introduktionsprogram enligt kraven.

### **Anställning av anhörigvårdare**

Från och med 1 januari 2017 är det inte tillåtet med anhörig-/ objektsanställd i Stockholms stad. Dock kan enstaka undantag finnas pga. särskilda skäl som stadsdelsnämnden beslutat om.



Frågan om anhöriganställda ingick inte i verksamhetsuppföljningen år 2015.

#### *Resultat från uppföljningen*

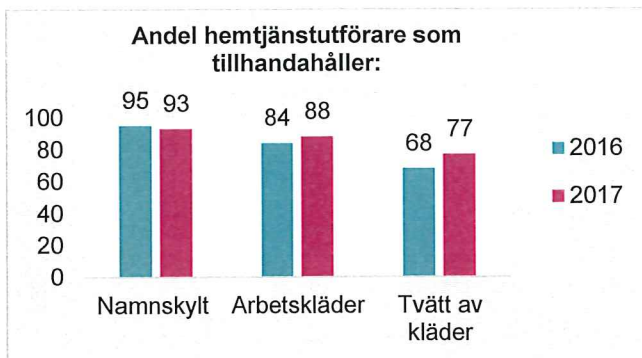
Antalet anhöriganställningar har minskat med 509 personer sedan föregående års verksamhetsuppföljning.

### **Arbetskläder och namnskylt**

Kravet om att utföraren ska tillhandahålla arbetskläder trädde i kraft 1 januari 2016<sup>10</sup>. Hemtjänstutföraren ska hålla personalen med arbetskläder, minst kortärmad tröja och stå för tvätt av dessa. Utföraren ansvarar också för att alla anställda bär namnbricka med foto, synligt för den enskilde.

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



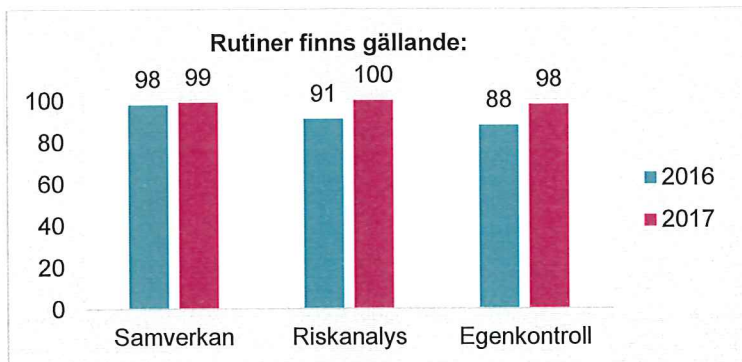


#### Resultat från uppföljningen

En något lägre andel utförare lever inte upp till kraven om foto och fullständigt namn på namnskylten i jämförelse med föregående år.

En höge andel av hemtjänstenheterna håller personalen med arbetskläder och tvätt av dessa, i jämförelse med föregående år.

## Systematiskt kvalitetsarbete



#### Resultat gällande rutiner för kvalitetssäkring

En något högre andel hemtjänstenheter har godkända rutiner för samverkan, riskanalys och egenkontroller i jämförelse med föregående år.

#### Resultat gällande följsamhet till rutiner

20 % av hemtjänsterna som har skriftliga rutiner för samverkan behöver dock utveckla dessa så att de blir mer konkreta om hur samverkan sker specifikt på enheten.

92 % av hemtjänstenheterna kunde uppvisa dokumenterat resultat från genomförda riskanalyser. 16 % av dessa behöver dock utveckla riskanalyserna så att de omfattar fler områden i verksamheten samt handlingsplan för bedömda risker. Föregående år var det 28 % av enheterna som behövde utveckla arbetet med riskanalyser.

93 % av hemtjänstenheterna kunde uppvisa dokumenterat resultat från genomförda egenkontroller. Nära hälften (43 %) av dessa behöver dock utveckla arbetet med egenkontroller så att det genomförs inom fler områden och en samlad bedömning och analys över resultatet samt åtgärder som vidtagits. Föregående år var det 55 % av enheterna som behövde utveckla arbetet med egenkontroller.

### **Avvikelsehantering**

#### *Resultat från uppföljningen*

Precis som föregående år har samtliga hemtjänstenheter godkända rutiner för synpunkts- och klagomålshantering, avvikelsehantering samt anmälan enligt Lex Sarah. Några enheter behöver dock förtydliga sina rutiner gällande bl.a. sammanställning och analys över inkomna avvikelser.

### **Överrapportering/informationsöverföring**

#### *Resultat från uppföljningen*

98 % av hemtjänstenheterna har godkända rutiner för överrapportering vilket är samma resultat som föregående år.

### **Nyckelhantering**

Nycklar till den enskildes bostad ska mottagas efter kvittens och sedan förvaras i särskilda nyckelskåp som är säkerhetsmässigt godkända. Nycklarna ska vara kodade och uttag av nycklar ska kvitteras. Egenkontroll av att nycklar är återlämnade ska ske dagligen.

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga hemtjänstutförare har godkända rutiner gällande nyckelhantering. Fyra utförare behöver dock förbättra sina rutiner med bland annat kvittens vid mottagande av nycklar och aktuell förteckning över personal som har behörighet till nyckelskåpet.

### **Basala hygienrutiner**

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga hemtjänstenheter utom en har godkända rutiner gällande basal hygien, vilket är samma resultat som föregående år.

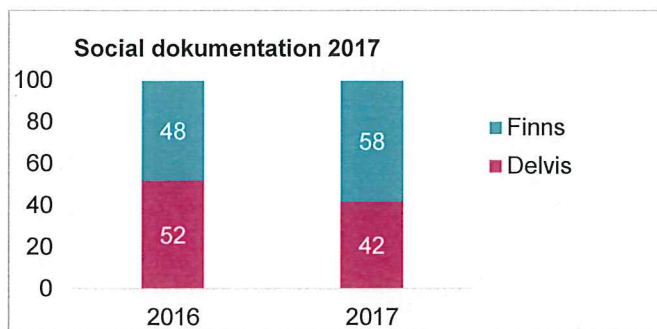
### **Värdegrundsarbete**

#### *Resultat från uppföljningen*

95 % av hemtjänstenheter har ett dokumenterat värdegrundsarbete vilket är en något högre andel än föregående år (91 %).

### **Dokumentation**

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



#### Resultat från uppföljningen

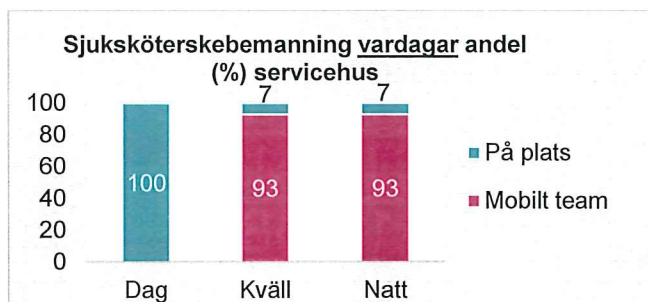
En högre andel hemtjänstenheter har godkänd dokumentation i jämförelse med föregående år. De enheter som har delvis följsamhet till dokumentationskraven behöver bland annat förbättra den löpande dokumentationen så att den bli mer kontinuerlig samt att genomförandeplanerna behöver bli mer utförligt beskrivna. 63 % av de kommunala hemtjänstenheterna och 39 % av de privata hemtjänstenheterna behöver förbättra dokumentationen.

## Servicehus

14 servicehus, varav 13 i kommunal regi och en på entreprenad, följdes upp under 2017. Enligt *Statistik om Stockholm* från oktober 2017 hade 1079 personer beslut om servicehus vilket är en minskning med 219 beslut i jämförelse med föregående år.

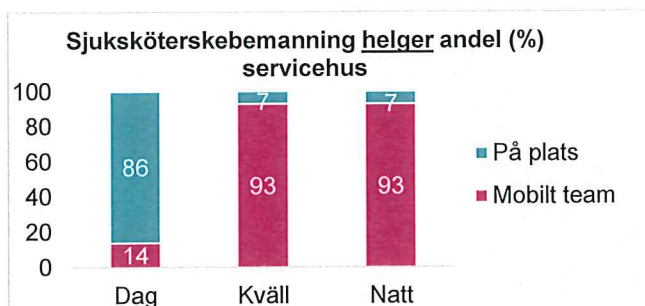
## Ledning och personal

### Sjuksköterskebemanning



#### Resultat från uppföljningen

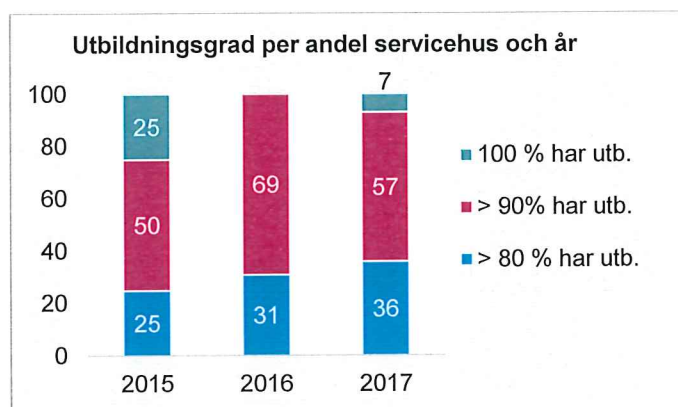
Samtliga servicehus har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. Ett servicehus har mobilt team på vardagskvällar och nätter.



#### Resultat från uppföljningen

12 av 14 servicehus (86 %) har sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på helger. Ett servicehus har också sjuksköterska på plats under kvällstid och ett nattetid på helger.

### Omvårdnadspersonalens kompetens



#### Resultat från uppföljningen

Ett servicehus (7%) har uppgett att samtlig personal har utbildning (100%). Inget servicehus har uppgett att de har lägre kompetens än minst 80 % utbildad personal.

### Introduktion och kompetensutvecklingsplan

#### Resultat från uppföljningen

Samtliga servicehus har ett lokalt anpassat introduktionsprogram för nyanställda samt en kompetensutvecklingsplan för all personal. Detta är samma resultat som föregående år.

### Systematiskt kvalitetsarbete

#### Samverkan, riskanalys och egenkontroll

##### Resultat gällande rutiner

Samtliga servicehus har rutiner gällande samverkan, riskanalys och egenkontroll, vilket är samma resultat som föregående år.

##### Resultat gällande följsamhet till rutiner

Samtliga servicehus kunde uppvisa resultat från riskanalyser, dock behöver ca hälften 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. Detta är också samma resultat som föregående år.

### Avvikelsehantering

#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga servicehus har rutiner för klagomåls-/ avvikelshantering och anmälan av allvarliga missförhållanden och vårdskador enligt bestämmelser om Lex Sarah och Lex Maria. Detta är samma resultat som föregående år.

### Överrapportering/informationsöverföring mellan personal

#### *Resultat från uppföljningen*

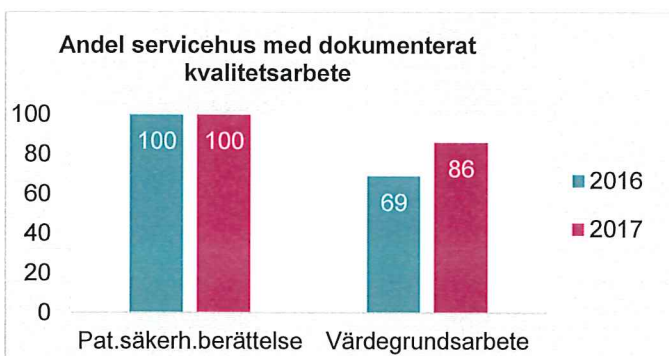
Samtliga servicehus har rutiner för överrapportering mellan personal och olika yrkesgrupper, vilket är samma resultat som föregående år.

### 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.

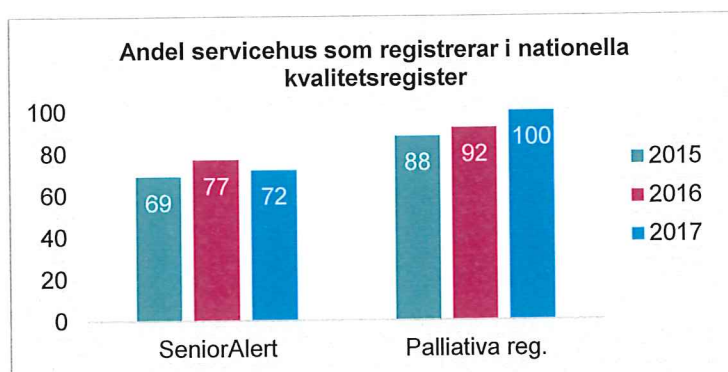
### Beskrivning av kvalitetsarbetet



#### *Resultat från uppföljningen*

Samtliga servicehus har upprättade patientsäkerhetsberättelser. En högre andel av servicehusen har ett dokumenterat värdegrundsarbete i jämförelse med föregående år.

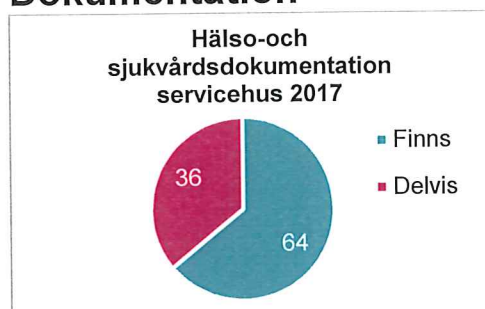
## Kvalitetsregister



### Resultat från uppföljningen

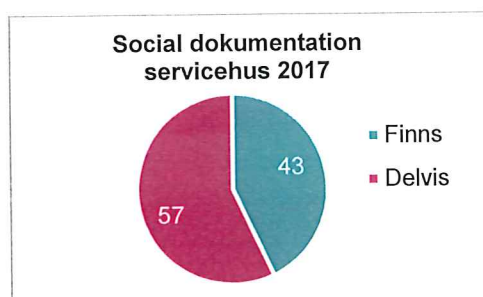
Ett servicehus mindre registrerar i de nationella kvalitetsregistren, i jämförelse med föregående år. Samtliga servicehus registrerar i Palliativa registret.

## Dokumentation



### Resultat från uppföljningen

En högre andel servicehus har helt godtagbar dokumentation i jämförelse med föregående års resultat (54 %). Tre servicehus (36 %) behöver utveckla hälso- och sjukvårdsjournalerna.



### Resultat från uppföljningen

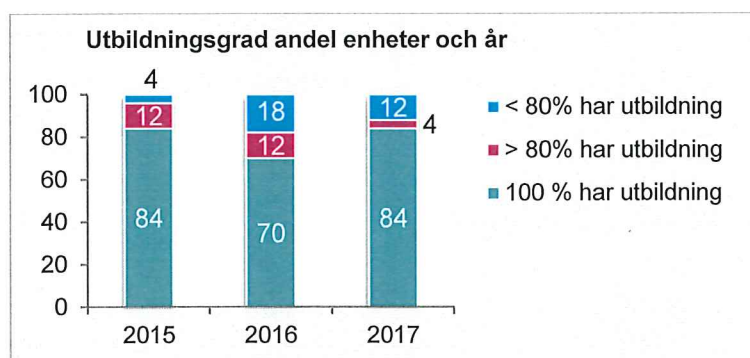
En lägre andel servicehus har godtagbar dokumentation i jämförelse med föregående års resultat (54 %). 8 servicehus (57 %) behöver utveckla den sociala dokumentationen.

## Dagverksamhet

Under 2016 har 25 dagverksamheter, varav 14 i kommunal regi, 4 i privat regi och 7 på entreprenad följs upp. Fyra av dagverksamheterna har social inriktning resterande har demensinriktning. Antal äldre med beslut om dagverksamhet uppgick i oktober 2016 till 989 vilket är en minskning med 17 beslut i jämförelse med året innan.

## Ledning och personal

### Omvårdnadspersonalens kompetens



#### Resultat från uppföljningen

En något högre andel dagverksamheter har uppgett att samtlig personal har utbildning. En kommunal dagverksamhet har 50 % utbildad personal, övriga minst 80 % utbildad personal.

### Sammantagen kompetensutvecklingsplan

#### Resultat från uppföljningen

21 av 25 dagverksamheter (84 %) har en sammantagen plan för personalens kompetensutveckling. Förra året var det en dagverksamhet som saknade 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. Två dagverksamheter saknar godkända rutiner gällande riskanalys och egenkontroll. Detta är samma resultat som föregående år.

### **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 har ett dokumenterat värdegrundsarbete. Föregående år var det en dagverksamhet 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*

Tio bortfall finns i 2017 år resultat. Sex dagverksamheter som inte har behov av att hålla hälso- och sjukvårdsjournaler och fyra där hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte är granskad av olika anledning. Resterade 15 dagverksamheter har godkänd dokumentation enligt ställda krav. Föregående år var det två dagverksamheter som saknade upprättade hälso- och sjukvårdsjournaler i verksamheten.

### **Social dokumentation**

#### *Resultat från uppföljningen*

Tre bortfall finns i 2017 år resultat. Dessa verksamheter kunde inte uppvisa resultat från dokumentationsgranskning. Av resterande 22 dagverksamheter är det tre som inte lever upp till kraven gällande social dokumentation. Föregående år var det sju dagverksamheter som behövde förbättra den sociala dokumentationen.

## **Mat och måltider**

#### *Resultat från uppföljningen*

Fyra dagverksamheter saknar rutiner gällande mat och måltider, Föregående år var det en dagverksamhet som saknade rutiner 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 gemensamma aktiviteter under hela dagen. En av dagverksamheterna erbjuder inte individuella aktiviteter utan endast gruppaktiviteter.