



## AVTALSUPPFÖLJNING VID NORRMALMS GRUPP- OCH SERVICEBOSTÄDER

Norrmalms stadsdelsförvaltning, nedan kallad beställaren, arbetar med uppföljning och kontroll av verksamheterna. Utförare av verksamheterna ska ge möjlighet till full insyn inklusive tillgång till dokumentation för stadsdelsförvaltningens representanter. Kvalitetskontrollen innehåller olika moment och redovisas sammanfattningsvis i denna uppföljning.

### Verksamheten

Norrmalms grupp- och servicebostäder drivs sedan den 1 juni 2010 av Carema Orkidén AB. Uppdraget omfattar insatser i form av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 p. lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Norrmalms grupp- och servicebostäder omfattar sex enheter med totalt 31 lägenheter samt två servicebostadsenheter med totalt 24 lägenheter för lindrigt till måttligt utvecklingsstörda.

### Genomförande av uppföljningen

Ett antal besök har sedan övertagandet gjorts i samtliga grupp- och servicebostäder och en kontinuerlig dialog har förts mellan den nya utföraren och ansvariga beställarchefer. Cirka ett år efter övertagandet gjordes en samlad uppföljning vilken redovisas här. Avdelningschef, utvecklingssekreterare samt en biståndshandläggare och medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) träffade den 9 juni entreprenörens regionchef samt båda enhetscheferna för en samlad genomgång av det gångna året. Mötet följdes upp genom besök i fyra av grupp- och servicebostäderna den 29 juni där dokumentation och rutiner granskades. En genomgång av samtliga genomförandeplaner har också utförts. De brukarundersökningar som genomförts innan övertagandet samt efter detsamma har även de legat till grund för uppföljningen.

### Sammanfattande bedömning

Uppföljningen visar att verksamheten vid Norrmalms grupp- och servicebostäder håller en god kvalitet med undantag för vissa brister vid grupp- och servicebostaden på Norrtullsgatan 12 B. Stadsdelsförvaltningen och entreprenören är överens om att entreprenörens övertagande av driftansvaret och samverkan parterna emellan har fungerat bra. Någon direkt avvikelse från avtalet har inte konstaterats. Däremot finns ett antal brister vilka gäller behovet av uppdatering av genomförandeplaner (Norrtullsgatan 12 B), journalföring och delegeringar m.m. Förvaltningen kommer att följa upp att dessa brister åtgärdas.



## Uppföljningens olika delar

### *Ekonomi och administration*

Det finns en dokumenterad aktuell rutin för avvikelserapportering och avstämning med beställaren för reglering av ersättning. Inga anmärkningar mot fakturering har noterats.

### *Ledning och ledningssystem*

De båda chefer som är ansvariga för den dagliga driften av verksamheten har dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterad erfarenhet när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen ingår kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet.

Ett ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11. Entreprenören har ett väl genomarbetat ledningssystem och man avser att beakta den uppdatering av Socialstyrelsens föreskrifter som kommer att träda i kraft den 1 januari 2012.

### *Personal*

Entreprenören har totalt 63 personer anställda vilket motsvarar 59,3 helårsanställningar. 95 % av personalen är tillsvidareanställd. Personalbemanningen idag är den samma som vid övertagandet av driftsansvaret. Vid verksamhetsövergången valde 16 medarbetare att stanna kvar inom stadens verksamhet. 50 medarbetare valde att gå över till den nya utföraren vilket motsvarade 47,1 helårsanställningar. Personalomsättningen under det 12 senaste månaderna har varit 20,6 %. De privata vårdföretagen har ett annat kollektivavtal än kommunen. Detta skiljer sig vad gäller jourersättningen, något som påverkat personalomsättningen.

Personalens sjukfrånvaro i snitt under perioden januari till juni; Torsgatans gruppboende, gruppboendet på Medevi Brunn 5, 4 tr, Karlbergsvägens serviceboende och Frejgatans serviceboende har haft en korttidsfrånvaro på totalt 3,4 % och ingen långtidsfrånvaro. Norrtullsgatans gruppboende 12 B och 12 L, gruppboendet på Medevi Brunn 5, 3 tr och Lilla Bantorgets gruppboende har haft en korttidsfrånvaro på totalt 5,1 %. Två längre sjukskrivningar har förekommit under våren.

Hälsofrämjande åtgärder diskuteras och planeras konstant. En ny rehabpolicy är framtagen.

All ordinarie personal har adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg eller dokumenterad



erfarenhet när det gäller funktionsnedsättningar. All nyanställd personal har utbildning och de som inte har det uppmuntras ekonomiskt till att skaffa sig denna. En plan finns för personalens kompetensutveckling. Alla behärskar det svenska språket i tal och skrift. En rutin finns för introduktion av nyanställda. Likaså finns en rutin för information om offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Extern handledning finns att tillgå.

#### ***Stödperson och personal runt brukaren***

Det finns en eller flera utsedda stödpersoner för varje brukare. Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin. Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet. Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan.

#### ***Social dokumentation och genomförandeplaner***

Det finns en löpande dokumentation fördd med regelbundenhet och som ger en god bild av händelser, behov och åtgärder.

Vid uppföljningen kontrollerades 54 genomförandeplaner i paraplysystemet. Av dessa var 41 helt fullständiga och uppdaterade under 2011. Sju genomförandeplaner var ej uppdaterade under innevarande år och två var uppdaterade men saknade ett tydligt innehåll. Fyra brukare saknade genomförandeplan. Av dessa var tre inflyttade under året. Planerna innehöll en utförlig och tydlig beskrivning av behov och mål, delmål och syfte med insatsen samt hur och när insatsen ska genomföras (arbetsätt) och vem som ska ge stödet. Brukaren (och/eller dennes företrädare) har deltagit när genomförandeplanen upprättats eller uppdaterats.

#### ***Synpunkts och klagomålshantering***

En synpunkts- och klagomålshantering finns och en rutin finns för uppföljning och utvärdering av denna. Rutin finns för att ge information till den enskilde om synpunkts- och klagomålshanteringen inklusive information om vart han eller hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål. 21 registrerade synpunkter/klagomål hade inkommit under de tolv senaste månaderna. I huvudsak rörde synpunkterna en oro över att stödet inte skulle bli detsamma som tidigare med en ny utförare. Synpunkterna och klagomålen har följts upp och åtgärdats och den som lämnat in sådana har fått återkoppling (om man inte valt att vara anonym).

#### ***Samarbete/samverkan med beställaren***

Det finns en rutin för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare. Det finns även en rutin för att utföraren underrättar berörd nämnd om



väsentliga förändringar i verksamheten. Detta regleras genom avtalet. Ändringar i rutinerna ska göras i dialog mellan utförare och beställare. Rutiner för samverkan med andra myndigheter blir individuell beroende på brukaren, men att göra en kartläggning av behovet är en rutin.

#### ***Allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah***

Det finns en rutin för rapportering enligt Lex Sarah samt en rutin för att beställaren omedelbart får kännedom om en rapport enligt Lex Sarah. Ingen rapportering enligt Lex Sarah har skett sedan entreprenaden tog sin början (i juni 2010).

#### ***Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)***

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation och det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.). Det finns en utrymningsplan. Alla verksamheter har övat utrymning.

#### ***Övriga rutiner***

Det finns rutiner för hantering av privata medel och nycklar.

#### **Mervärden, enligt anbud**

De i anbudet lämnade beskrivningarna av verksamheten, vilka tilldelats mervärdespoäng uppfylls i entreprenaden. Dessa är:

##### *Stöd, service och omvårdnad:*

- Tydlig metodbeskrivning för stöd och service och tydligt beskrivet dokumentationsarbete.
- Stor vikt läggs vid hälsobefrämjande aktiviteter och kostens roll. (Dietist finns att tillgå. Dietisten har ännu inte nyttjats på Norrmalm. Även hälsosamordnaren är kunnig avseende kost. )
- Etik- och värderingsfrågor framhålls och en värdegrund och ett etiskt råd finns.

##### *Personal:*

- Tydlig beskrivning av metoder för behovsanalys, bemanning och personalkompetens.
- ”Mönsterarbetsplatsen” som gemensam satsning tillsammans med Kommunalarbetareförbundet samt goda exempel med tävlingsmoment och belöningssystem.
- Tillgång finns till Orkidjouren för akuta frågor efter kontorstid.



*Kvalitetsrutiner och uppföljning:*

- Beskrivning finns av ett avancerat och användarvänligt dokumentations- och kvalitetssystem som borgar för att verksamhetens kvalitet säkras enligt avtalet.
- Kvalitets- och miljöledningssystemet Qualimax är ISO-certifierat.
- Rankingsystem för att stimulera förbättringar och erfarenhetsutbyte. (Exempelvis dokumenterad egentid med boende. Jämförelse görs med andra delar av entreprenörens verksamhet.)

Kommentar: Rankingsystemet är en tävling som syftar till att skapa positiv konkurrensanda och stimulera utveckling och förbättringsarbete inom Carema.

Varje månad utses Månadens enhet med hjälp av ett datoriserat rankingsystem som baseras på data utifrån olika variabler inom kvalitet, HR och ekonomi. Systemet hämtar information från framförallt Medvind men även andra system som används på enheterna. En enhet likställs med ett kostnadsställe. Torsgatans gruppbostad hamnade i augusti månad 2010 på plats 27 av totalt 235 enheter.

Rankningssystemet ligger nere sedan i början av året och det är ännu oklart om det ska träda ikraft igen. Enhetscheferna anser att personalen över lag är bra på att dokumentera.

*Samverkan:*

- Aktivt system finns för återkoppling till uppdragsgivare genom kvalitetsrådet.
- Samverkan med grannar och närboende.
- Samverkansavtal med fackliga parter.

*När förvaltningen utvärderade anbudet i samband med upphandlingen noterades följande så kallade mervärden:*

Anbudet har en tydlig inriktning mot en individuell anpassning av stöd, service och omvårdnad med en klart uttalad och genomarbetad värdegrund, ett gemensamt förhållningssätt och beskrivna arbetsmetoder som sätter individen i centrum. Anbudet innehåller också en beskrivning av ett avancerat och användarvänligt dokumentations- och kvalitetssystem som enligt utvärderingsgruppen borgar för att verksamhetens kvalitet säkras enligt avtalet. Uppföljningen innefattar även förväntningarna på dessa mervärden.

**Samtal med ansvariga**

Vid samtalet med regionchef och de båda enhetscheferna avhandlades följande: Mellan beställare och entreprenör har en kontinuerlig dialog förts. Verksamheten har från övertagandet haft två enhetschefer vilka delat upp grupp- och servicebostäderna mellan sig och därmed ansvarat för varsin halva av



verksamheten. Enhetschef Maria Smitt har varit med under hela övertagandeprocessen. Den andre enhetschefen byttes ut och ersattes av Lejla Curic som tillträdde under våren 2011. Regionchef Ann Fréden är ny på sin post men har även tidigare verkat som regionchef inom Carema. Entreprenören har sedan övertagandet inrättat gruppchefer på varje enhet.

Parterna är överens om att övergången till ny utförare har fungerat väl. Enhetscheferna anser att även samverkan med vårdcentraler, läkare och psykiatrin fungerar väl.

Under sommaren genomfördes en Ålandsresa med fyra deltagare från Karlbergsvägens servicebostäder och man planerar ännu en ny Ålandsresa under hösten. En Ålandsresa är även inplanerad för sju boende vid Frejgatans servicebostäder. Där har utföraren på eget initiativ utökat personalen under två av veckans dagar eftersom bemanningen då upplevts som otillräcklig.

En del brukare har stora hjälpbehov men vill trots detta kanske inte ta emot insatser. Detta är bland annat en fråga om den enskildes integritet, något som betonas i LSS, som medför att personalen inte alltid framhårdar i att ge det stöd som man ser behövs. Hur man på bästa sätt ska kunna lösa dessa situationer diskuteras ingående i verksamheten och en utbildningsinsats planeras. Entreprenören ser mycket positivt på att biståndshandläggarna har deltagit vid den enskilde hyresgästens utvecklingssamtal i gruppboendena (som en förberedelse till att genomförandeplanen skrivs).

En lägenhet har stått tom ett antal månader under våren, men alla lägenheter är nu uthyrda. Lägenheterna anvisas via stadens centrala förmedlingsgrupp.

### ***Brukarundersökning***

Stockholms stads brukarundersökning från hösten 2010 gjordes några månader efter övergången till privat utförare. Den jämförs med motsvarande undersökning 2009. På frågan "Jag blir bemött på ett sätt som känns bra" var 85 % positiva hösten 2010, jämfört med 100 % året innan. 88 % var nöjda med sitt boende (100 % år 2009). 93 % trodde att "andra skulle trivas här också" (92 % 2009).

Entreprenörens egen enkät skickas ut varje höst till närstående och gode män. Den senaste i oktober 2010. Minst fem svarande krävs för att en enhet ska särredovisas. En lista på förbättringsmål upprättas utifrån undersökningens resultat. Gruppboendena på Torsgatan 9 som haft stor personalomsättning i samband med övergången har idag en mycket bra personalsammansättning och boende och anhöriga är enligt entreprenören nöjda.



Stadsdelsförvaltningen genomförde en intervjuundersökning i april 2011 som jämfördes med motsvarande undersökning i maj 2010. Den första undersökningen genomfördes alltså alldeles innan och den andra nästan ett år efter övergången till privat utförare. Det är inga påtagliga skillnader mellan resultatet av undersökningarna men det går att utläsa att den enskilde brukaren trivs hemma i den egna lägenheten i något högre grad nu, men trivs något mindre i de gemensamma utrymmena i gruppbestaden. Resultatet av undersökningen har återkopplats till enhetscheferna.

### **Platsbesök**

Beställande avdelningschef samt PA-konsult har under perioden september till oktober 2010 besökt samtliga enheter. Man samtalade då särskilt med medarbetarna. Sammantaget framkom att övergången varit besvärlig på grund av att den inföll i samband med semesterperioden. Rent allmänt upplevde man att införandet av gruppchefer har förbättrat det dagliga arbetet och att entreprenörens dokumentationssystem fungerar bättre än stadens.

Platsbesök genomfördes vid fyra av gruppbestäderna den 29 juni 2011 av beställarens utvecklingssekreterare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS):

- Medevigatan 5,3 trappor
- Medevigatan 5, 4 trappor
- Torsgatan 9
- Norrtullsgatan 12 B.

Vid platsbesöken granskades entreprenörens dokumentssystem "Boplan" för alla boende i de fyra gruppbestäderna.

Vid platsbesöket kontrollerades följande:

- Personalhandbok
- Introduktion av nyanställda
- Synpunkter och klagomål
- Lex Sarah
- Brandskydd
- Hälsa- och sjukvårdsrutiner, samarbete med vårdcentralerna, hygienisk standard läkemedelshantering och delegeringar.

### *Följande noterades vid platsbesöken*

Rutiner och dokumentationen fanns vara i god ordning. Boplan är ett mycket väl fungerande dokumentationssystem, med en tydlig struktur som ger god överblick. Särskilt gäller detta *utformningen* av stödet. De löpande noteringarna var förda med regelbundenhet och gav en god bild av händelser, behov och åtgärder.



Arbetsmiljöverket har under året gjort inspektion på Norrtullsgatan 12 B och bland annat riktat kritik när det gäller ett rum som används som både kontorslokal/jourrum. Förvaltningen som hyr och står för lokalkostnaderna har sett över möjligheter att med en mindre ombyggnation rätta till detta. Sedan inspektionen gjordes har en hyresgästs omsorgsbehov ändrats så att personalen inte längre har sovande jour, utan numera har vakande personal nattetid. Detta innebär att det behovet av ombyggnation inte längre brådskar, men åtgärden är planerad senast under 2012.

***Lista, brister och åtgärder för socialtjänst:***

<b><i>Brist</i></b>	<b><i>Åtgärd</i></b>	<b><i>Uppföljning senast</i></b>
Några av de granskade genomförandeplanerna i Boplan behöver uppdateras.	Uppdatering av genomförandeplaner i Boplan.	Förvaltningen kontrollerar att åtgärder har vidtagits senast 2011-11-30
Genomförandeplanerna i Boplan kan i några fall bli tydligare på att kortfattat ge en bild av brukarens bakgrund och behov.	Informations/utbildningsåtgärd.	2012-05-31
Enstaka brukare saknade utvecklingsmål i Boplan	Uppdatering av utvecklingsmål i Boplan.	Förvaltningen kontrollerar att åtgärder har vidtagits senast 2011-10-15
Norrtullsgatan 12 B saknade helt genomförandeplaner i dokumentationssystemet ParaSoL.	Genomförandeplaner ska tillföras paraplysystemet	Förvaltningen genomför besök på arbetsplatsen och kontrollerar att åtgärder har vidtagits senast 2011-10-15





Den rutin för vilken typ av daganteckningar i Boplan som ska sparas i <i>Social journal</i> behöver implementeras bland medarbetarna.	Informations/utbildningsåtgärd	2012-05-31
Checklista för brandskydd behöver uppdateras (Norr tullsgatan 12B).	Uppdatering av checklista för brandskydd.	Är åtgärdat sedan platsbesöket.

### Hälso- och sjukvård

Landstinget utför hälso- och sjukvård enligt principöverenskommelsen från 1994 för personer inom gruppbofästigheter och dagliga verksamheter enligt LSS.

Sjuksköterska ska finnas tillgänglig dygnet runt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för att brukarna får en god och säker hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde även inom verksamheter som drivs av entreprenad.

Närvarande från verksamheten var enhetscheferna, gruppcheferna och personalrepresentanter. MAS hade också samtal med en del brukare som förmedlade att de var nöjda med det stödet de fick.

### Norr tullsgatan 12 B

- Enheten har 6 brukare. Ingen av dem har ett egenvårdsintyg. Rutiner för kontakt med vårdcentral och övrig hälso- och sjukvård finns. Brukarna har läkar- och sjuksköterskekontakt på Kvarter sakuten vid Surbrunnsgatan.
- Personalen känner inte till MAS hälso- och sjukvårdsrutiner. MAS informerade om rutinerna vid besöket och lämnade skriftliga anvisningar till den nya gruppchefen och enhetschefen för vidare information i personalgruppen.
- En del delegeringar var inte aktuella eller saknades.
- Enhetens personal har inte klar uppfattning vad som ska utföras av dem och vad av distriktsvården avseende hälso- och sjukvårdsåtgärder. Till exempel har en av brukarna ett trycksår vilket har sköts av boendets personal. MAS rekommendation är att detta ska skötas av distriktssköterskan, trycksårsbehandling delegeras inte. Det är också problem med att ha ett fungerande vändschema för avlastning av såret om det är en sovande jour.
- Hälso- och sjukvårdsinformationen skrivs i entreprenörens Boplan. MAS rekommenderar att en särskild hälsopärm upprättas för respektive brukare för att samla all hälso- och sjukvårdsinformation.



- Enheten saknade kunskap om Vårdhygienrutiner. MAS rekommenderade utbildning via Vårdhygiens E- learning.
- Den nya gruppchefen och enhetschefen är engagerade och vill snarast rätta till de brister som framkom vid besöket.

#### ***Medevigatan 5, 3 trappor***

- Verksamheten följer de lagar som styr hälso- och sjukvården samt MAS rutiner och anvisningar. Personalen har god kännedom om brukarna och kontinuitet i arbetet finns. Brukarna har läkarkontakt och sjuksköterskeservice via Odenplans läkarhus. Boendets personal förmedlar att samarbetet med sjuksköterska samt läkare fungerar bra och rutiner för samordnad vårdplanering finns.
- Enheten har 4 brukare, en av dem har ett egenvårdsintyg. En person har hjälp med diabetesbehandling via vårdcentralen. Samtliga delegeringar är aktuella.
- Enheten följer rutiner för livsmedels- och vårdhygien.

#### ***Medevigatan 5, 4 trappor***

- Hälso- och sjukvården fungerar som på Medevigatan 5, 3tr. Personalen känner till MAS hälso- och sjukvårdsrutiner.
- Enheten har 5 brukare ingen av dem har ett egenvårdsintyg.
- All överlämning av läkemedel sker med delegering från sjuksköterska på vårdcentralen, personalen har dock inte fått utföra en skriftlig kunskapstest innan delegeringarna blev påskrivna. Även insulingivning är delegerad. Detta bör ske endast när blodsockernivån håller sig stabil.
- Det finns personer med behov av inkontinenshjälpmedel. Dessa förskrivs av distriktssköterska. Tekniska hjälpmedel ordnas av landstingets hjälpmedelscentral. Sjukgymnast, alternativ arbetsterapeut utbildar gruppbostadens personal i användning och skötsel av hjälpmedlen.
- Enheten följer rutiner för livsmedels- och vårdhygien.

#### ***Torsgatan 9***

- Verksamheten följer de lagar som styr hälso- och sjukvården samt MAS rutiner och anvisningar. Personalen har god kännedom om brukarna och kontinuitet i arbetet finns.
- Enheten har 5 brukare, en av dem har ett egenvårdsintyg. Läkemedelsöverlämning är delegerad från sjuksköterska på vårdcentralen. Brukarna har läkar- och sjuksköterskekontakt på Kvartersakuten vid Surbrunnsgatan.
- Enheten har upprättat en hälsopärm för varje brukare för att hålla samman hälso- och sjukvårdsinformationen.
- Det finns ett flertal brukare som har behov av tekniska hjälpmedel, bland annat lift, rullstolar, duschstolar, gåbord och rollatorer. Det finns serviceavtal med Sodexo, hjälpmedelscentralen ordinerar och informerar om de individuellt prövade hjälpmedlen. Sjukgymnast, alternativ



arbetsterapeut utbildar gruppbestadens personal i användning och skötsel av hjälpmedlen.

- Enheten följer rutiner för livsmedels- och vårdhygien.

### **MAS sammanfattning**

MAS bedömer att brukarna erbjuds hälso- och sjukvård av god kvalitet utom de ovanbeskrivna bristerna på Norrtullsgatan 12 B. Enhetschefen och gruppchefen är mycket angelägna att rätta till bristerna snarast möjligt. MAS samverkar om rutiner med berörda vårdcentraler. MAS rekommenderar att en hälsopärm med samlad information upprättas för respektive brukare för att hälso- och sjukvårdsinformationen ska vara lättillgänglig både för personalen och till distriktssköterskan.

Det finns rutiner och anvisningar för avvikelshantering men alla boendeenheter har inte följt dessa. Enheterna ska ha återkoppling på avvikelserna efter sjuksköterskans bedömning vilket saknades på en del enheter. Avvikelserna ska tas upp som diskussionsunderlag i personalgruppen för att kunna komma fram till förbättringsåtgärder. MAS har begärt in månadsstatistik över avvikelser från respektive enhet med kommentar om åtgärder men saknar en del fortfarande. Alvarliga händelser ska meddelas snarast också via telefon till MAS.

### **Lista, brister och åtgärder för hälso- och sjukvård:**

<b>Brist</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Uppföljning</b>
Norrtullsgatan 12 B: Personalen känner inte till MAS hälso- och sjukvårdsregler och instruktioner.	Enhetschef och gruppchef informerar om hälso- och sjukvårdsregler och instruktioner på personalmöten.	MAS kontrollerar att åtgärder har vidtagits senast 2011-11-30
Norrtullsgatan 12 B: En del delegeringar var inte aktuella eller saknades.	Delegeringarna ska uppdateras.	2011-11-30
Norrtullsgatan 12 B: Enhetens personal har inte klar uppfattning vad som ska utföras av dem och vad av distriktsvården avseende hälso- och sjukvårdsåtgärder.	MAS regler och instruktioner och regler för hälso- och sjukvård ska följas.	MAS kontrollerar att åtgärder har vidtagits senast 2011-11-30
Norrtullsgatan 12 B: Vårdhygienrutiner är inte kända på enheten.	Vårdhygienrutiner ska uppdateras via E- learning	2011-11-30



Alla enheter: Sjuksköterskan utför inte skriftlig kunskapstest innan delegeringar skrivs på.	Skriftlig kunskapstest ska utföras innan delegeringarna skrivs på.	2011-11-30
Alla enheter: Hälso- och sjukvårdsinformationen skrivs i entreprenörens Boplan och inte i ParaSol.	Hälsopärm samma modell som finns på Torsgatan 9 bör upprättas för respektive brukare för informationsöverföring mellan sjuksköterska och olika omsorgspersonal.	2011-11-30
Alla enheter: Uppföljningen av avvikelser sker inte alltid i samråd med vårdcentralens sjuksköterska.	Systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvårdsavvikelser ska utföras tillsammans med vårdcentralernas sjuksköterskor. Förbättringsåtgärderna ska dokumenteras	2011-11-30
Alla enheter: Enheterna rapporterar inte avvikelsestatistik till MAS enligt överenskommelse.	Samtliga enheter ska skicka sammanställning på avvikelser till MAS varje månadskifte.	Ska ske månatligen