



09

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-08-27

Uppföljning av vård- och omsorgsboende som drivs i privat regi – Safiren

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla vård- och omsorgsboenden följs upp årligen. Uppföljningen av privata utförare som har ramavtal med staden utförs av stadsdelsförvaltningarna på uppdrag av äldre- och funktionsnedsatta-nämnden, som ansvarar för avtalen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Safirens vård- och omsorgsboende. Boendet drivs i privat regi och är beläget i Järfälla kommun. Safiren har 15 boende varav 6 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

Bilagor

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)
2. Åtgärdsplan

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla verksamheter inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, ledsagning och avlösning som är belägna inom stadsdelsområdet och verksamheter som staden har ramavtal med ska följas upp årligen. Syftet är att få kunskap om enheternas styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån den mall som äldreförvaltningen har tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden. Mallen för 2015 är reviderad och högre krav ställs på att verksamheterna kan uppvisa dokumentation på att de arbetar utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

När det gäller privata utförare som staden har ramavtal med är det en avtalsuppföljning, som utförs av stadsdelsförvaltningarna på uppdrag av äldrenämnden. Eftersom äldrenämnden är ansvarig för stadsdelsnämndernas uppföljningar och åtgärdsplaner, är ärendet enbart för kännedom.

Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Safirens äldreboende den 11 maj 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef samt MAS. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Safirens äldreboende drivs i privat regi och är beläget i Järfälla kommun. Safiren har 15 boende varav 6 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamhetens riskområden behöver identifieras samt dokumentation angående när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras behöver upprättas
- Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen behöver tydliggöras

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

Hässelby Torg 20-22
Box 3424
165 23 Hässelby
Växel 08-508 04 000
hasselby-vallingby@stockholm.se
stockholm.se

Förvaltningen har därför begärt att utföraren utarbetar en åtgärdsplan som visar hur man arbetar för att komma tillrätta med bristerna. En åtgärdsplan har lämnats in i tid. Planen beskriver vad som åtgär-

dots inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under året.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

Hässelby Torg 20-22
Box 3424
165 23 Hässelby
Växel 08-508 04 000
hasselby-vallingby@stockholm.se
stockholm.se

Vård- och omsorgsboende: Safirens äldreboende - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Avtalspart/Nämnd:

Frösunda LSS AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Ninozka Uribe

Adress:

Viksjöplan 47, 175 45 Järfälla

Telefon:

010 1303658

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)

☒ Gruppboende för personer med demenssjukdom (inkl inriktning mot demens på sjukhem)

☐ Korttidsvård

☐ Profilboende

Tillstånd enligt 7 kap 1§ SoL:

☒ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden (avser privat regi)

☐ Tillståndet överensstämmer **inte** med faktiska förhållanden (avser privat regi)

☐ Verksamheten bedrivs i kommunal regi eller av entreprenör (inget tillstånd krävs)

Antal boende totalt:

15

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	1
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	6
Kungsholmen	2
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	1

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller, Eva Ingstrand MAS

Datum för uppföljningen:

Den 11 maj 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Ninozka Uribe verksamhetschef samt Anette Karlsson MAS

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter. det finns dock behov av utveckling gällande dokumentation och redovisning av riskanalyser och egenkontroll. Verksamheten har goda förutsättningar att bedriva en säker Hälso- och sjukvård.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inom fyra månader: •Verksamhetens riskområden behöver identifieras samt dokumentation angående när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras, behöver upprättas •Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen behöver tydliggöras

Återkoppling föregående års uppföljning:**Återkoppling av föregående års uppföljning.
Sammanfattning:**

Föregående år noterades det inga brister

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelserapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:**Ledning:****Verksamhetschef:**

- ☒ Namngiven verksamhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)
- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Samtlig personal:**Svenska språket:**

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn
- ☒ Utförarens namn

Hälso- och sjukvårdspersonal:**Hälso- och sjukvårdspersonal:**

- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- ☒ Boendet har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet

Antal sjuksköterskor dag/kväll på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

1

Antal sjuksköterskor natt på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

Antal arbetsterapeuter på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

0,2

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

0,2

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom sjuksköterska på boendet:

- ☒ Dag
- ☐ Kväll/Natt
- ☐ Helg
- ☐ Ej aktuellt

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom mobilt team:

☐ Dag

☒ Kväll/Natt

☒ Helg

☐ Ej aktuellt

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor dag/kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (*anges med två decimaler*):

6,26

Antal vårdbiträden/undersköterskor natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (*anges med två decimaler*):

3,86

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (*inga decimaler*):

24

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☒	☐	☐	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☒	☐	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☒	☐	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Kvalitetsråd och teammöten 1gång/veckan. Förslag på förändringar skickas vidare till kvalitetsgruppen

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☐	☐	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☐	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☐	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☐	☐	☐	☐

Samverkan har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
Verksamhetens riskområden är identifierade	☐	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☐	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☐	☐	☐	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☐	☐	☒	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Verksamheten hade utförliga rutiner kring hur arbetet med riskanalyser ska se ut men kunde ej uppvisa sitt riskanalysarbete vid uppföljningen

Avvikelsehantering:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☐	☐	☐	☐
Rutiner för anmälan av Lex Maria finns	☐	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☐	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☐	☐	☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☐	☐	☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelsehantering

Egenkontroll:

	<i>Finns, men</i>			
	<i>Finns</i> (3 p)	<i>behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☒		☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☒		☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☒		☐	☐

Egenkontroll har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

Verksamheten hade utförliga rutiner kring hur arbetet med egenkontrollen ska se ut men kunde ej uppvisa resultatet av sin egenkontroll vid uppföljningen

Rutiner/dokument finns för:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (0 p)	<i>Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng</i>
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens kompetensutveckling	☐	☐	☒	☐	☐
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐	☐	☒
Erbjudande om aktiviteter	☒	☐	☐	☐	☒
Måltider	☒	☐	☐	☐	☒
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐	☐	☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☒
Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning	☒	☐	☐	☐	☒
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☒	☐	☐	☐	☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒
Bedömning av sjuksköterska om omvårdnadsstatus för nyinflyttade	☒	☐	☐	☐	☒
Funktionsbedömning av sjukgymnast/fysioterapeut för nyinflyttade	☒	☐	☐	☐	☒
ADL-bedömning av arbetsterapeut för nyinflyttade	☒	☐	☐	☐	☒

Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	☒	☐	☐	☐	☒
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☒	☐	☐	☐	☒
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Enligt verksamhetschef som är nytillsatt har inte all personal fått ett medarbetarsamtal och därav är inte den övergripande kompetensutvecklingsplanen klar än.

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☒	☐	☐
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, <u>enligt egenkontrollen</u>	☒	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☐	☒	☐	☐
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav	☐	☒	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL och HSL

Andel boende som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (*inga decimaler*):

75

Boende från Stockholms stad:

☒ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Uppgifter angående antal godkända genomförandeplaner har inhämtats muntligen från verksamheten

De boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☒ Skriftlig information

Mat och måltider:

☒ Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar

☒ Maten är anpassad efter individens behov och önskemål, utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer

☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan två varmrätter vid både lunch och middag

Stimulans:

☒ Utevistelse erbjuds dagligen

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☒ Individuella aktiviteter erbjuds

Lokaler och utrustning:

- ☒ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial
- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- ☒ Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ Den boende har namnskylt på dörren till bostaden
- ☒ Utföraren svarar för den boendes klädvård
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar avseende boende, service och omvårdnad:

Muntlig information från verksamhetschef

Övergripande kvalitetssäkring:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Egen värdegrund som personalen arbetar med på APT.

Kvalitetsregister:

☒ Enheten registrerar i Senior alert

☒ Enheten registrerar i Palliativa registret

☐ Enheten registrerar i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Powered by  quicksearch

Verksamhetsuppföljning Safiren

2015-07-08

Vid verksamhetsuppföljningen som gjordes av Hässelby/Vällingby sdf uppmärksammades följande förbättringsområden:

Verksamhetens riskområden behöver identifieras samt dokumentation angående när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras eller behöver upprättas.

Verksamhetschefen säkerställer att personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra riskbedömningar på verksamhetsnivå i enlighet med kvalitetsavdelningens rutiner samt årshjul som finns i Ledningssystemet.

Risikanalys görs i samband med organisationsförändringar eller andra förändringar som kan komma att påverka verksamheten.

Lokal rutin för riskanalys och riskbedömning har upprättats.

Kartläggning av risker görs på två nivåer, kundnivå (riskbedömning) och på verksamhetsnivå (riskanalys). Dessa två nivåer sker parallellt, går in i varandra och påverkar riskerna för kund oavsett om riskbedömningen sker i det kundnära teamarbetet eller riskanalyser i det lokala vård- och omsorgsavvikelse arbetet.

Risikanalys på verksamhetsnivå genomförs på kvalitetsmöten som hålls en gång/månad. Vid dessa tillfällen går verksamhetschefen igenom avvikelser och åtgärdsplaner planeras.

Avdelningsspecifika riskanalyser, exempelvis vad finns det för risker på en demensavdelning. Risk för hot och våld. Riskanalyser görs löpande vid förändringar i verksamheten, inför varje beslut, för att säkra tryggheten av vården för våra boende.

Se bilaga med identifierade riskområden.

Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen behöver tydliggöras.

Verksamhetschefen ansvarar för att två gånger per år (juni och december) utföra egenkontrollen för kund, kvalitet och verksamhet. Rapportering sker i ärendetypen "Egenkontroll" i Ledningssystemet.

Verksamhetschefen bilägger dokumentet för egenkontroll i ärendetypen och följer i övrigt de instruktioner som framgår.

Identifierade förbättringsområden återförs till ärendetypen för "Lokalt förbättringsarbete" i Ledningssystemet där åtgärds-/handlingsplaner skapas och följs upp.

Verksamhetschefen ansvarar för att åtgärda de eventuella brister eller risker som identifieras i samband med egenkontroll och riskanalys

Mas ansvarar för kvalitetsgranskning/Egenkontroll av patientsäkerhet på verksamhetsnivå, en gång om året planerat samt vid behov.

RISKBEDÖMNING VERKSAMHET SAFIREN 2015-07-01

RISKER		BEDÖMNING		ÅTGÄRDER	ANSVARIG	KLART DATUM	
Datum	AFS	Allvarlig	Ej allvarlig				
2015-07-01	2001:1 1980:14 1993:2 1990:18	Beskriv vid vilka situationer och var risken förekommer Risk för hot och våld R/T arbete med ex boende med demens. Risk finns i samband med omvårdnadsarbete dygnet runt i allmänna utrymmen samt vid ex samlingar av olika slag pga av flera boende med samma problematik	X		1. Informera och utbilda kring olika demens diagnoser och olika tillvägagångssätt för att motverka hot och våldsamma situationer. 2. Metodhandledning och individuell handledning utifrån situation. 3. Handlingsplan skriven utifrån hot och våldsituation. Info och utbildning kring denna handlingsplan på planmöte, APT och individuellt utifrån händelse. Individuella riskbedömningar görda.	1. Demensexpert, VC 2. omvårdnadsvarig sjuksköterska (OAS) 3. OAS, VC	1. Löpande 2. Löpande 3. Löpande
2015-07-01	1990:18 1998:1	Risk för obehövliga arbetsställningar i samband med omvårdnadssituationer R/T boende med stort omvårdnadsbehov		X	1. Utbildning i belastningsergonomi 2. Individuell handledning i specifik situation 3. använda de hjälpmedel som finns och som är ordinerade dubbelbemanningar. 4. Individuella riskbedömningar gjorda hos boende för att identifiera risk 5. Handlingsplan skriven gällande obehövliga arbetsställningar. 6. Friskvårdsarbete för att stärka muskulatur	1, 2 Paramedicinsk personal 3. omvårdnadspersonal 4. paramedicinsk personal samt OAS 5. VC samt skyddsombud .6. Företaget, VC	1. Löpande 2. löpande 3. löpande 4. löpande 5. oktober-15 6. Löpande
2015-07-01	1990:18 1998:1	Risk för obehövliga arbetsställningar R/T matningssituationer		X	Information kring vikten av att sitta rätt vid matningssituationer. Inskaffa ergonomiskt riktiga stolar för ändamålet. Placera den boende på ett tillfredsställande sätt kring bordet. Gå igenom hur arbetet ska göras vid dessa tillfällen samt skriva handlingsplaner för denna form av situation	Information/utbildning från paramedicinsk personal	Löpande
2015-07-01	2001:1 1990:18	Risk för stress R/T omfördelning i arbetsgruppen pga av ex sjukdom eller vårdtyngd		X		VC OAS	Oktober-15
2015-07-01	2001:1 2009:08 2001:03 1990:18	Stress och oro pga av att det finns risk för smittor så som ESBL, MRSA	X		Noggrann handledning av ssk gällande restriktioner vid smittor. Utbildning och handledning i basala hygienrutiner externt och internt	OAS VC	Löpande