

Dnr 2011-139-1.2.1. Lillängen somatik 2011



Namn på vård- och omsorgsboende (*går inte att redigera*):
Lillängen

Inriktning (*går inte att redigera*):
Somatisk

Uppföljande stadsdelsförvaltning (*går inte att redigera*):
Östermalm

Avtalspart / Nämnd:

Carema Care AB

Verksamhetschef:

Patrik Döl

Adress:

Fjällstigen 1, 131 41 Nacka

Telefon:

08-718 49 10

Verksamhetens regiform:

- ☐ Kommunal regi
- ☒ Privat regi
- ☐ Entreprenad

Tillstånd från länsstyrelsen / Socialstyrelsen (gäller enbart privat verksamhet):

- ☐ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden
- ☒ Tillståndet överensstämmer inte med faktiska förhållanden

Antal boende totalt:

27

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

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

Uppföljningens genomförande:

Uppföljningen utförd av:

Hanna Markkula, administrativ sekreterare och Lili Briesse, MAS.

Datum för uppföljningen:

2011-09-30

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Patrik Döl, verksamhetschef, AnnMarie Sundberg, sjuksköterska, Evelyn Wanner, gruppchef.

Metod för uppföljningen:

Besök på verksamhetens avdelningar, samtal med olika personalkategorier. Granskning av dokumentationen enligt socialtjänstlagen och hälso-och sjukvårdslagen. Tagit del av bl.a. lokala rutiner och mötesprotokoll.

Sammanfattande bedömning:

Samlad bedömning av uppföljningen:

Lillängen öppnade i april 2009 i nybyggda lokaler. Verksamheten har totalt 45 platser, 18 med demensinriktning och 27 med somatisk inriktning. Boendet ger ett trivsamt och välskött intryck med en hemlik atmosfär och vacker trädgård. Personalen bemöter de boende på ett trevligt och respektfullt sätt och ger ett engagerat intryck. Personalen har anställts med krav på utbildning. Verksamheten utgår från Caremas välskrivna kvalitetssystem och kvalitetsråd finns där avvikelser följs upp. Verksamheten arbetar tvärprofessionellt med att förebygga undernäring, fallolyckor och trycksår. Rutinen med att servera frukost på sängen för de boende för att förebygga för lång nattfasta är ett mycket gott initiativ.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

- Verksamheten bör arbeta vidare med att förtydliga den enskildes delaktighet och uppföljningsbara mål i den sociala dokumentationen. Åtgärdas till nästa ramavtalsuppföljning. - Rutinen för lex Sarah bör ses över och anpassas efter de nya bestämmelserna som trädde i kraft i SoL den 1 juli 2011. Bör åtgärdas omgående. - I tillståndet från Socialstyrelsen anges den gamla verksamhetschefen. Bör åtgärdas omgående. - I apotekarens rapport om granskning av läkemedelshanteringen finns 19 förslag på förbättringar som följs upp vid nästa uppföljning. Förbättringarna bör ske omgående. - Det bedömningsinstrumentet som används är inte evidensbaserat gällande fallolyckor. MAS rekommenderar Downton Fall Risk Index. Följs upp vid nästa uppföljning. - MAS saknar konkret beskrivning av resultatet av patientsäkerhetsarbetet. Följs upp vid nästa uppföljning. - Ingen av sjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård. Det bör prioriteras nästa år och följs upp vid nästa uppföljning. - Hälso- och sjukvårdspersonalen bör dokumentera sina planer mer strukturerat. Dianogs, mål och åtgärder där åtgärderna bör följas av: Vad ska göras När ska det göras Hur ska det göras Vem ska göra det samt datum för uppföljning för att utvärdera sina åtgärder och måluppfyllelsen. Följs upp vid nästa uppföljning.

Ekonomi och Administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelse rapporteringen är tillfredsställande
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Den gemensamma uppfattningen är att det fungerar bra.

Ledning och personal

Ledning:

- ☐ Namngiven verksamhetschef/enhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd/avtal (avser endast verksamhet i privat regi/på entreprenad)

Hälso- och sjukvårdspersonal:

Antal sjuksköterskor på uppföljd inriktning:

4

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

2,9

Antal arbetsterapeuter på uppföljd inriktning:

1

Antal arbetsterapeuter på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(anges med 2 decimaler):

0,38

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning:

1

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(anges med 2 decimaler):

0,38

Tjänstgörande sjuksköterska:

☒ Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställelsetiden inte 30 minuter

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Totalt antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning:

18

Totalt antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning som arbetar natt:

3

Totalt antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med 2 decimaler):

15,33

Omvårdnadspersonalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 25 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är anställda tillsvidare

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

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

Personal:

- ☒ Plan finns för all personals kompetensutveckling
- ☒ Lokala rutiner finns för introduktion av nyanställda
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift

Personalen bär identifikation synlig för brukaren med:

- ☒ Dennes (personalens) namn
- ☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

87,5 % av personalen är tillsvidareanställd, av dessa har 92 % usk-utb, övriga (2 st) under utbildning. Inkl timvikarier har 83 % usk-utb. Utifrån personalens komp.utv.planer har utbildning inom demens och vård i livets slut anordnas under 2011. All personal tidigare fått utbildning i dokumentation och avvikelshantering. Verksamheten har mycket låg personalomsättning.

Boendemiljö:

- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- ☒ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel
- ☒ Den boende erbjuds egen nyckel till bostaden
- ☒ Den boende har namnskyld på dörren till bostaden

De boende erbjuds bostad med:

- ☒ Egen toalett
- ☒ Egen dusch
- ☒ Egen kokmöjlighet

Eventuella kommentarer avseende boendemiljö:

Lillängen har totalt 45 platser fördelade på fem avdelningar med vardera nio lägenheter, 18 med demensinriktning och 27 med somatisk inriktning. Boendet är relativt nybyggt (2009) och lokalerna är ljusa och fräscha med en hemlik atmosfär. Boendet har en vacker och välskött trädgård.

Städning och tvätt:

- ☒ Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- ☒ Vid behov utförs mindre lagningar av kläder
- ☐ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar avseende
städning och tvätt:

Buffertförråd håller på att tas fram.

Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Eventuell kommentar avseende ledningssystem
i enlighet med SOSFS 2006:11

Erforderliga styrdokument för det systematiska kvalitetsarbetet finns i Carema Cares ledningssystem Qualimax. Kvalitetsråd anordnas en gång per månad.

Fel och brister och Lex Sarah

- ☒ Lokala rutiner finns för Fel och brister
- ☒ Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah (SOSFS 2008:10)
- ☒ Lokala rutiner finns för att placering nämd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah

Om Lex Sarah anmälan gjorts sedan föregående uppföljning,
ange avseende vad:

Eventuell kommentar avseende
Fel och brister och Lex Sarah:

Den 1 juli 2011 trädde nya bestämmelser om lex Sarah i SoL och LSS i kraft. Lillängens befintliga rutin är från januari 2010 och bör ses över och anpassas efter de nya bestämmelserna.

Brukarinflytande:

- ☒ Information finns så att den enskilde vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- ☒ Redovisning finns för inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa
- ☒ Lokala rutiner finns för att staden på begäran kan få redovisat vilka synpunkter och klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits
- ☒ Inbjudan sker till boende och/eller anhörigträffar minst två gånger per år
- ☒ Förtroenderåd och/eller anhörigråd finns

Eventuell kommentar avseende brukarinflytande:

Förtroenderådet är aktivt sedan i början av året.

Inflyttning:

- ☒ De boende får vid inflyttningen muntlig information
- ☒ De boende får vid inflyttningen skriftlig information

Eventuell kommentar avseende muntlig och/eller skriftlig information vid inflyttning:

Kontaktmannaskap:

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende
- ☒ Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för brukarna, dvs. minimerar antalet personal hos brukaren och håller överenskomna tider
- ☒ Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc.

Eventuell kommentar avseende kontaktmannaskap:

Verksamheten tillämpar behovsschema, när kontaktmannen är i tjänst är det den som i första hand hjälper den enskilde.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

- ☒ Lokal rutin finns för dokumentation enligt SoL
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse
- ☒ Dokumentationen förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den och på ett betryggande sätt
- ☒ Aktuella genomförandeplaner finns för alla boende

De aktuella genomförandeplaner som finns innehåller / framgår:

- ☒ Vad som skall göras och hur
- ☒ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ☐ Att den enskilde och/eller deras företrädare har deltagit vid upprättande av genomförandeplanen
- ☒ Ansvarig arbetsledare
- ☒ Kontaktmannens namn
- ☐ Underskrift av kontaktman
- ☐ Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud
- ☒ Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen

Boende från Stockholm:

- ☐ Inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation
utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Vid förra ramavtalsuppföljningen konstaterades att den sociala dokumentationen behövde utvecklas. Samtliga boende, totalt 15, från Stockholms stad har granskats. Carema har under året arbetat aktivt med att förbättra dokumentationen vilket märks tydligt vid granskningen. De flesta planerna är beskrivande och tydliga och journalanteckningarna löpande och adekvata. Verksamheten bör arbeta vidare med att förtydliga den enskildes delaktighet och uppföljningsbara mål.

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 gällande riktlinjer och rekommendationer
- ☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst tre rätter, varav en vegetarisk, vid minst en måltid
- ☒ Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet

I kompetensutvecklingsplanen ingår utbildning avseende:

- ☒ Hälsa och måltider för äldre
- ☒ Livsmedelshygien

Eventuell kommentar avseende mat
och måltider:

Carema har nyligen bytt matleverantör, maten levereras nu från Caremas kök på Saltsjöbadens sjukhus och värms på plats. De boende är nu mer nöjda med maten. Man kan välja på två rätter till lunch och två rätter till middag. All personal har tidigare gått utbildning inom kost och livsmedelshygien, Carema planerar en uppföljning.

Aktivering:

- ☒ De boende erbjuds kontinuerligt gemensamma aktiviteter
- ☒ De boende erbjuds kontinuerligt individuella aktiviteter
- ☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose kulturella, andliga och mentala behov

Utevistelse:

- ☒ De boende erbjuds regelbunden utevistelse i närmiljön
- ☒ De boende erbjuds regelbunden utevistelse på balkong, terrass, altan

Eventuell kommentar avseende aktivering:

Det finns en aktiverare i verksamheten och aktivitetsråd genomförs. Det finns veckoschema med 1-2 aktiviteter per dag. Utevistelse erbjuds 3 ggr/vecka. Egen tid är schemalagd 1 g/v.

Hantering av egna medel och nycklar:

- ☒ Lokala rutiner finns för hantering av egna medel
- ☒ Lokala rutiner finns för hantering av nycklar eller likvärdigt, till den boendes egen dörr

Eventuell kommentar avseende hantering av egna medel och nycklar:

Hälso- och sjukvård:

- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- ☒ De boende har en namngiven läkare
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet
- ☒ Lokal rutin finns för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas
- ☒ Lokal rutin finns för delegering

Eventuell kommentar avseende hälso- och sjukvård:

Sedan 1/9-11 finns en ny verksamhetschef 29 § den 3:e sedan öppnandet april -09. Då chefen är sjukgymnast har han uppdragit enligt 30 § vissa medicinska arbetsuppgifter till sjuksköterskan Elisabeth Ascenios de Gomez. Lena Ritzen Jonsson har MAS ansvaret för verksamheten. Lena Saurell har MAR ansvaret. Sjuksköterskorna finns på plats måndag till söndag 7 - 17, 2 sjuksköterskor på vardagar och 1 sjuksköterska på helgen. Resterande tid på dygnet ansvarar ASIH i Nacka kommun för sjuksköterskeinsatserna. Överrapporteringen mellan ASIH och dagsjuksköterskorna sker både muntligt och skriftligt. Det finns 4 sjuksköterskor som utgör 2,9 årsarbete i verksamheten. En sjuksköterska har specialistutbildning inom demensvård, en har spec.utb. inom geriatrik, 1 har lång yrkeserfarenhet inom äldreomsorg och 1 har 1,5 års erfarenhet som sjuksköterska. En sjuksköterska har slutat och ersatts under året. Ingen av sjuksköterskorna har utbildning i inkontinensvård. Örby gerokonsult ansvarar för läkarinsatserna inklusive jourtid och de boendes läkare heter Ingvar Johansson.

Förebyggande hälso- och sjukvård:

- ☒ Lokal rutin finns för regelbundna nutritionsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ Lokal rutin finns för regelbundna fallutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ Lokal rutin finns för regelbundna trycksårsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsstödsintyg för nödvändig tandvård

Eventuell kommentar avseende förebyggande hälso- och sjukvård:

Sjuksköterskorna riskbedömer alla nyinflyttade boende för fallolyckor, nutrion och trycksår därefter görs dessa bedömningar igen 2 gånger per år samt vid behov. Det bedömningsinstrumentet som används är inte evidensbaserat gällande fallolyckor. MAS rekommenderar Downton Fall Risk Index som används i Stockholms stad och har godkänts av Socialstyrelsen. Verksamheten bör också använda alla delar av instrumentet Norton för trycksår. De boende vägs dels vid inflyttning sedan var 3:e månad samt oftare vid behov. På planen 0 och 2 där det bor 27 personer fanns följande skyddsåtgärder vid uppföljningstillfället: 12 personer hade sänggrindar 5 personer hade rörelselarm. För att minska risken för alltför lång nattfasta för de boende serveras frukost på sängen till de som behöver och önskar tillsammans med morgondosen av läkemedlen.

Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12 (HSL)

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12
- ☒ Aktuell patientsäkerhetsberättelse finns

Eventuell kommentar avseende ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12 (HSL)

Carema har ett välskrivet ledningssystem, Qualimax, och det finns lokala rutiner för verksamheten utifrån ledningssystemet. Varje månad träffas representanter från alla professioner och verksamhetschefen i kvalitetsråd och går igenom avvikelser, klagomål och synpunkter från senaste månaden och diskuterar åtgärder och uppföljning av dem samt det preventiva arbetet för att förebygga avvikelser. Återkoppling till övriga medarbetare sker på samtliga plan vid veckomöten och allvarliga händelser tas upp på APT för att alla ska lära av dem och arbeta förebyggande. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver relevanta områden som verksamheten arbetat med senaste året: 1. Ansvarsfördelningen gällande de olika befattningarna kring patienten, 2. Leg personals egenkontroll av sitt ansvarsområde inklusive åtgärder och måluppfyllelse och 3. Samverkan internt mellan yrkesgrupperna (teammöten), med ansvarig läkare, med patienten och närstående och med uppdragsgivaren. Berättelsen beskriver också åtgärder som vidtagits för att öka säkerheten för patienten: hanteringen av avvikelser, klagomål och synpunkter och identifiering av risker i verksamheten samt preventiva åtgärder för att förhindra vårdskador. MAS saknar konkret beskrivning av resultatet av patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelser och Lex Maria

- ☒ Lokal rutin finns för avvikelsehantering
- ☒ Rutiner finns för anmälan enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)
- ☒ Lokala rutiner finns för att placering nämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria

Om Lex Maria anmälan gjorts sedan föregående uppföljning,
ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående avvikelser och Lex Maria:

Dokumentation av hälso- och sjukvård:

- ☒ Lokala rutiner finns för dokumentation enligt HSL
- ☒ Journaler innehåller den lagstadgade journalföringen

- ☒ Journaler innehåller riskbedömningar för fall
- ☒ Journaler innehåller riskbedömningar för undernäring
- ☒ Journaler innehåller riskbedömningar för trycksår
- ☒ Journalerna finns tillgängliga för berörd personal så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- ☒ Vårdplanerna upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Rehabiliteringsplanerna upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Journalhandlingarna förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem

Boende från Stockholm:

- ☐ Inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation av hälso- och sjukvård:

All hälso- och sjukvårdspersonal inklusive läkaren dokumenterar i programmet Safedoc. Nödvändig information från hälso- och sjukvården i Safedoc är synlig för omsorgspersonalen. Utifrån journalgranskningen framgick det att alla granskade journaler innehöll bl a riskbedömningar för fallolyckor, nutrition, trycksår och munstatus. Verksamheten bör använda evidensbaserade riskbedömningsinstrument t ex Downton för fall, MNA för nutrition och Norton fullt ut för trycksår enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör dokumentera sina planer mer strukturerat. Dianogs, mål och åtgärder där åtgärderna bör följas av: Vad ska göras När ska det göras Hur ska det göras Vem ska göra det samt datum för uppföljning för att utvärdera sina åtgärder och måloppfyllelsen.

Rehabilitering:

- ☒ För nyinflyttade boende görs en funktionsbedömning av sjukgymnast och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan
- ☒ För nyinflyttade boende görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan
- ☒ Sjukgymnast/arbetsterapeut ger behandling individuellt eller i grupp
- ☒ Sjukgymnast/arbetsterapeut ger handledning till övrig personal
- ☒ Utrustning finns för träning och sjukgymnastik

Eventuell kommentar avseende rehabilitering:

Rehabpersonalen består av en sjukgymnast 0,375 årsarbetare (åa) och en arbetsterapeut 0,375 åa som arbetar cirka 2 dagar vardera på Lillängen varje vecka. De gör ADL status och förflyttningsbedömning på alla nyinflyttade boende. De använder bland annat Katz ADL trappa, Bergs balansskala (BBS), Timed Up and Go (TUG) och Stop Walking When Talking. Individuella träningsprogram t ex efter en höftoperation utformas och följs upp av rehabpersonalen efter delegering till omsorgspersonalen att utföra när rehabpersonalen inte är på plats. Arbetsterapeuten har sittgymnastik i grupp en gång per vecka.

Medicintekniska produkter:

- ☒ Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

Eventuell kommentar avseende medicintekniska produkter:

Vårdsängar ska kontrolleras av InvaCare vartannat år enl rutinerna. Nya sängar april -09. Ännu har ingen kontroll utförts. Ska följas upp vid nästa uppföljning. Personlyftar ska kontrolleras av LIKO varje år. Senaste kontroll skedde 12/9-11.

Basal hygien:

- ☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19
- ☒ All personal har utbildning om basala hygienrutiner
- ☒ Vårdprogram för MRSA tillämpas

Eventuell kommentar avseende hygien:

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och registrerar alla antibiotikabehandlingar.

Läkemedel:

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1
- ☒ Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen

Eventuell kommentar avseende läkemedel:

Senaste kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen skedde 8/4-11. Apotekarens rapport innehåller 19 förslag på förbättringar som följs upp vid nästa uppföljning.

Vård i livets slutskede:

- ☒ Lokala rutiner finns för vård i livets slutskede
- ☒ Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den boendes önskemål och stöd till den boendes närstående
- ☒ Enheten registrerar i Palliativa registret

Eventuell kommentar avseende
vård i livets slutskede: