



Dagverksamhet: Dagverksamheterna Östermalms - demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart / Nämnd:

Östermalms stadsdelsnämnd

Verksamhetschef/enhetschef:

Nina Grönblad

Adress:

Bo Bergmans gata 4, 115 50 Stockholm

Telefon:

08-508 10 647

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

- ☐ Social dagverksamhet
- ☒ Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

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 platser totalt:

26

Varav antal gäster från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	12
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	47

Uppföljningen utförd av:

Verksamhetsuppföljare Eva Kruse och
Mas Annica Myhr Högström

Datum för uppföljningen:

Uppföljningen genomförd under perioden november och december 2015.

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Nina Grönblad, enhetschef och
Ann-Marie Keith, samordnare

Metod för uppföljningen:

Platsbesök, intervjuer och granskning av ledningssystemet och dokumentationen.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Dagverksamheterna Starrängsgården och Bo Bergmangården ger ett välskött intryck med en inbjudande atmosfär. Det erbjuds ett stort utbud av aktiviteter för gästerna och verksamheten har utbildad personal. Stadens brukarundersökning påvisar att de flesta gästerna får ett bra bemötande och känner förtroende för personalen. Gästernas individuella behov beskrivs väl i genomförandeplanerna. Dagverksamheten har förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns.

De utvecklingsområden som har konstaterats rör ledningssystemet som senast till nästa uppföljning bör uppdateras med: En övergripande sammanställning över identifierade samverkanspartners samt ev. komplettera med rutiner för respektive samverkanform. Egenkontrollen bör systematiseras genom rutinbeskrivning där frekvens, omfattning och ansvarig framgår samt dokumentation av resultatet. Vidare behöver arbetet med SOL-dokumentationen fortsätta.

Följande avvikelser / brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Till nästa uppföljning:
Identifiera och dokumentera fler verksamhetsspecifika risker samt uppskatta sannolikhet och konsekvens.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Brister från förra året i fråga om att utveckla den sociala dokumentationen kvarstår samt skriftliga lokala rutiner för riskanalys och lokal rutiner för egenkontroll bör utvecklas.

Brister avseende dokumentation om hälso-och sjukvården kvarstår i vissa delar.

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelse rapporteringen 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)

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

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom sjuksköterska knuten till enheten:

☒ 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 på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (*anges med två decimaler*):

6,25

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

30

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:

Verksamheten har påbörjat en inventering och planering av inköp, arbetskläder samt rutin för tvättthantering och förvaring.

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

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

Samverkan finns beskriven i flera olika rutiner. För att få en översikt kan detta kompletteras med en övergripande lokal sammanställning över identifierade samverkanspartners samt komplettera med rutiner för respektive samverkansform.

Riskanalys:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (0 p)
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	☐	☒	☐	☐

Riskanalys har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Arbetet med att identifiera och dokumentera fler verksamhetsspecifika risker bör fortsätta samt uppskatta sannolikhet och konsekvens.

Avvikelsehantering:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (0 p)
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 Finns behöver utvecklas (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
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

Det görs en del egenkontroller av den dagliga verksamheten. Dessa bör systematiseras genom rutinbeskrivning där frekvens, omfattning och ansvarig framgår samt dokumentation av resultatet.

Rutiner/dokument finns för:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☐
Personalens kompetensutveckling	☒	☐	☐	☐	☐
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☐
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☒	☐	☐
Erbjudande om aktiviteter	☒	☐	☐	☐	☐
Måltider	☒	☐	☐	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☐
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☒	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Enheten har en underleverantör, en städfirma.

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

70

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Stimulans:

- ☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds
- ☒ Individuella aktiviteter erbjuds
- ☒ Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuell kommentar avseende stimulans:

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Värdegrundsarbete pågår.