Stockholms stad

Vård- och omsorgsboende: Silverhöjden - demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

Silverhemmen AB - dotterbolag till Vardaga AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Susanne Mårtensson

Adress:

Bosövägen 2, 181 47 Lidingö

Telefon:

076-621 95 35

Verksamhetens regiform:

- ○ Kommunal regi
- ◉ Privat regi
- ○ Entreprenad

Inriktning:

- ☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)

- [x] 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:

36

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	2
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	3

Uppföljningen utförd av:

Hanna Markkula, administrativ sekreterare
Annica Myhr Högström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Datum för uppföljningen:

2015-10-06

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Susanne Mårtensson, verksamhetschef, Vera Mocevic, enhetschef

Metod för uppföljningen:

Intervju med verksamhetschef och enhetschef, granskning av dokument och rutiner.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Fastigheten är nybyggd och de gemensamma ytorna har en hemlik atmosfär och är smakfullt inredda. Det finns ett stort utbud av aktiviteter och boendet erbjuder egenlagade måltider. Utgång till trädgård är möjlig från alla avdelningar. Det bedrivs ett systematiskt kvalitets- och egenkontrollarbete och verksamheten arbetar aktivt med kvalitetsgrupper och avvikelser.
Stadens brukarundersökning påvisar att de flesta boende känner sig trygga, får ett bra bemötande från personalen och trivs.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystemet behöver senast till nästa ramavtalsuppföljning uppdateras med:

En övergripande sammanställning över identifierade samverkanspartners samt ev. komplettera med rutiner för respektive samverkanform
Identifiera och dokumenterera fler verksamhetsspecifika risker samt uppskatta sannolikhet och konsekvens.
Egenkontrollen bör systematiseras genom rutinbeskrivning där frekvens, omfattning och ansvarig framgår samt dokumentation av resultatet.

Verksamheten bör ta fram eller utveckla lokala rutiner kring:
- informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass
- hur man identifierar fallrisk och malnutrition,
- kvalitetsråd där personalens medverkan beskrivs
- genomför daglig utevistelse och aktiviteter
- uppföljning av underleverantörer

Loggkontroller av HSL-dokumentation behöver utvecklas och göras mer frekvent.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid förra årets uppföljning konstaterades att tillstånd från Socialstyrelsen inte överensstämde med faktiska förhållanden, detta är åtgärdat. Det fanns behov av komplettering av rutiner för dokumentationen liksom lokala rutiner för egna medel och nyckelhantering. Detta bedöms som åtgärdat. Arbete med rutiner för egenkontroll, riskanalys samt lokala rutiner för hur verksamheten arbetar med att förebygga fall och undernäring bedöms vara ett fortsatt utvecklingsområde.

Ekonomi och administration:

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

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Verksamhetschef:

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

Samtlig personal:

Svenska språket:

- [x] All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- [x] 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)*:

2,55

Antal sjuksköterskor natt på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

1,05

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

0,25

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

0,25

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)*:

20,41

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

3,9

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

25

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

Verksamheten arbetar i Vardagas ledningssystem Qualimax. En lokal rutin för kvalitetsråd som beskriver personalens medverkan bör tas fram.

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 ev. komplettera med rutiner för respektive samverkansform

Riskanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (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

Riskanalyser görs på individnivå och ur arbetsmiljöperspektiv. Arbetet med att identifiera och dokumenterera fler verksamhetsspecifika risker bör fortsätta. Riskanalyser görs på individnivå och ur arbetsmiljöperspektiv. Arbetet med att identifiera och dokumenterera fler verksamhetsspecifika risker bör fortsätta samt uppskatta sannolikhet och konsekvens. Riskanalyser på individnivå har utvecklats sedan förra året med bedömning och åtgärd. Vårdplan upprättas när risker har identifierats för nutrition, fall, trycksår, munvård och/eller inkontinens. Lokal rutin som beskriver hur verksamheten identifierar fallrisk och malnutrition bör utformas.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (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

Avvikelserapportering sker digitalt. Sammanställning och analys samt diskussioner kring åtgärder och uppföljning sker på kvalitetsmöten med verksamhetschef närvarande.

Egenkontroll:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (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

Det genomförs en övergripande egenkontroll två ggr per år. Verksamheten beskriver att de gör återkommande egenkontroller av den dagliga verksamheten. Dessa bör systematiseras genom rutinbeskrivning där frekvens, omfattning och ansvarig framgår samt dokumentation av resultatet.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
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

Övergripande riktlinjer och rutiner finns men rutin för informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass saknas och måste tas fram. Det finns inga skriftliga rutiner för uppföljning av underleverantörer.

Vissa lokala rutiner bör utvecklas för att belysa hur verksamheten arbetar utifrån de styrdokument som finns upprättade samt verksamhetens lokala arbetssätt kring t.ex. erbjudande om daglig utevistelse och aktiviter.

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, enligt egenkontrollen	◉	○	○	○
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen	○	◉	○	○

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*):

100

Boende från Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Verksamhetens MAS har genomfört en journalgranskning av HSL-journalen i maj i år. Resultatet visar att dokumentationen uppfyller ställda krav men att logg-kontroller behöver utvecklas och göras mer frekvent.

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:

Verksamheten har eget tillagningskök med utbildad kock.

Övergripande kvalitetssäkring:

☑ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns

☑ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☑ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

☑ Enheten registerar i Senior alert

☑ Enheten registerar i Palliativa registret

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Utbildning och registrering i BPSD-registret är under planering.

Powered by quicksearch