



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

Inriktning (*går inte att redigera*):
Gruppbode

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

Avtalspart/Nämnd:

DigniCare AB

Verksamhetschef:

Anne Lundmark är enhetschef, Tommy Ring är verksamhetschef 29\$ och boendechef

Adress:

Artemisgatan 2, 115 52 Stockholm

Telefon:

08-50810577

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:

12

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	10
Socialförvaltningen	

Uppföljningens genomförande:

Uppföljningen utförd av:

Kärstin Trotzig, utvecklingsledare, Lili Briese, MAS, Linnéa Svanström Leistedt, MAR

Datum för uppföljningen:

20110615, 20110627, 20110816

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Anne Lundmark, enhetschef, Leena Machakaire, sjuksköterska, Ulla Lönn, MAS, Misun Cha, arbetsterapeut, Louise Öhrn, sjukgymnast

Metod för uppföljningen:

Intervjuer med ledningen, sjuksköterskor, rehabpersonal och omsorgspersonal (undersköterskor och vårdbiträden). Rundvandring på enhetens alla plan, granskning av omsorgs- och hälso- och sjukvårdsdokumentation, rutiner och ledningssystem.

Sammanfattande bedömning:

Samlad bedömning av uppföljningen:

DigniCare AB har drivit Dianagården på entreprenad sedan 1 november 2008. Under 2010 har det skett ett ägarbyte i företaget som nu ägs av Prime Omsorg. Dianagården är en välfungerande verksamhet med nöjda boende och låg personalomsättning. Verksamhetens MAS har tillsammans med ledningen utvecklat ledningssystemet som nu omfattar flertalet relevanta rutiner inom omsorgen och hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården fungerar mycket bra och kontinuiteten gällande bemanningen av sjuksköterskor och ansvarig läkare är mycket god. Det förebyggande arbetet med att kvalitetssäkra vården av de boende har utvecklats sedan förra uppföljningen och förtydligats i 2010 års patientsäkerhets - berättelse. Arbetet med att förhindra att nattfastan överstiger 11 timmar har också förbättrats med konkreta rutiner.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

- Plan för personalens kompetensutveckling saknas. Ska vara åtgärdat senast till nästa avtalsuppföljning 2012. - Det saknas rutiner för att SDN får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah. Ska vara åtgärdat senast 2011 09 22. - Dokumentationen i pappersformat förvaras inte på ett betryggande sätt. Ska vara åtgärdat till senast till samverkansmötet 2011 12 08. - Rutiner och redovisning över inkomna klagomål saknas. Ska vara åtgärdat senast till samverkansmötet 2011 12 08

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:

Det saknas skriftliga rutiner för avstämning med beställaren och rapportering av förändrat behov.

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:

2

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

1,34

Antal arbetsterapeuter på uppföljd inriktning:

1

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

0,19

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning:

1

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

0,19

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:

13

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

1

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

9,71

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:

Plan för personalens kompetensutveckling saknas.

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 namnskylt på dörren till bostaden

De boende erbjuds bostad med:

- Egen toalett
- Egen dusch
- Egen kokmöjlighet

Eventuella kommentarer avseende boendemiljö:

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:

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

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 placerande nämnd 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:

Det saknas rutiner för att SDN får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.

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:

Rutiner och redovisning över inkomna klagomål saknas.

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:

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:

Dokumentationen i pappersformat förvaras inte på ett betryggande sätt.

Mat och måltider

- Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Natfastan 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:

Kompetensutvecklingsplan saknas

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:

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:

Rutiner för hantering av boendes nycklar saknas.

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:

Entreprenörens MAS samverkar med stadsdelsnämndens MAS enligt avtalet. På Dianagården finns totalt 5,35 sjuksköterskor (=7 individer) varav 1,00 är visstidsanställd och 2,01 nattsjuksköterskor. Inom rehab finns 0,75 sjukgymnast och 0,75 arbetsterapeut som därutöver arbetar 0,10 med uppdrag inom SOL. På aktuell inriktning (gruppboende för demenssjuka boende, 12 personer), finns 1.34 sjuksköterskor inklusive nattsjuksköterska som finns på plats hela natten. Proffice Läkarleasing AB ansvarar för läkaransvaret sedan 7 år med mycket god kontinuitet och personalen och de boende är nöjda med den operativa läkaren och dennes semestervikarie. Proffice har avtal med Curera som sköter läkarinsatserna på jourtid och det fungerar också tillfredsställande enligt sjuksköterskorna. Det finns en pärm på sjuksköterske- expeditionen med aktuella delegeringsbeslut arkiverade månadsvis som sjuksköterskorna går igenom varje månad för att aktualisera befintliga beslut.

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 boende gällande nutrition, trycksår och fallolyckor minst en gång per år och ytterligare vid behov samt alla nyinflyttade inom 14 dagar. Sjukgymnasten ansvarar tillsammans med sjuksköterskorna för riskbedömningarna gällande fallolyckor. De boende vägs minst var 3:e månad samt vid behov efter specifika ordinationer av sjuksköterskorna. Det finns skriftliga rutiner för att förhindra att nattfastan överstiger 11 timmar. På kvällen ansvarar omsorgspersonalen för att iordningställa en energirik dryck som erbjuds alla boende som önskar. Vill boende ha annan dryck och/eller smörgås går det också

bra. Personalen signerar överlämnandet. Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen träffas regelbundet en gång per vecka för att diskutera gemensamma frågor om de boende. Följande skyddsåtgärder fanns vid uppföljningstillfället på plan 1 beträffande 12 demenssjuka boende: 1 boende med grensele ordinerat av sjuksköterska och sjukgymnast 1 boende med brickbord ordinerat av sjukgymnast 4 boende med sänggrindar ordinerat av sjuksköterska 1 boende med golvlarm ordinerat av sjuksköterska och sjukgymnast.

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)

Verksamhetens patientsäkerhetsberättelse är tydlig och strukturerad med mål för arbetet med att säkra vården av de boende. Målen för arbetet är: 1. säkra att den äldre får de läkemedel som han/hon är ordinerad 2. minska antalet fallolyckor och i de fall vi inte kan förhindra fallet minska risken för skada 3. minska risken för att trycksår uppstår 4. säkra att samtliga medicintekniska utrustningar kontrolleras och servas enligt avtal 5. trygga informationsöverföringen mellan olika vårdgivare. Verksamhetschefen ansvarar för att informera och utbilda personalen samt prioritera patientsäkerhetsområden. Under hösten 2010 har verksamheten startat upp en kvalitetsgrupp som träffas en gång i månaden. Gruppen består av teamledare (en undersköterska och ett vårdbiträde från varje plan), sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, chef och MAS/ kvalitetsutvecklare. Syftet med mötet är att i ett tvärprofessionellt team diskutera avvikelser för att tillsammans arbeta fram nya rutiner alternativt revidera befintliga lokala rutiner. Återkopplingen till omsorgspersonalen sker av teamledaren på respektive plans vårdmöte som är en gång i veckan. Ansvar: MAS/ kvalitetsutvecklare är ansvarig för kvalitetsgruppen.

Avvikelser och Lex Maria

- Lokal rutin finns för avvikelshantering
- 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:

Utifrån granskningen av dokumentationen framgår att sjuksköterskorna gör riskbedömningar för nutrition, trycksår och fallolyckor på alla boende och dessa riskbedömningar är aktuella. Sjukgymnasten riskbedömer för fallolyckor tillsammans med sjuksköterskan. Dokumentationen innehåller vid granskningen 212 pågående planer varav flera ska avslutas. Dokumentation av arbetsterapeut och sjukgymnast innehåller väsentliga uppgifter och är av god kvalitet.

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:

Alla boende har en aktuell ADL bedömning, bedömningarna håller god kvalitet avseende information om resurser såväl som behov av stöd.

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:

Tre sjuksköterskor (Siirpa, Leena och Heli) har förskrivningsrätt för inkontinensskydd. Kontroll av vårsängar är utfört av ETAC i januari -11 samt av personlyftar i januari -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 men registrerar inte antibiotikakurer i år. Planer finns att börja med registreringen 2012. Ingen personal har deltagit i Vårdhygiens utbildningar i år.

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 20101021. Av protokollet från leg apotekare framgår att i stort är den praktiska hanteringen av läkemedlen mycket bra och att det råder god ordning i förrådet. Det finns några förslag från apotekaren på förbättringar och dessa är åtgärdade enligt entreprenörens MAS vilket stämmer vid stadsdelsnämndens MAS kontroller tillsammans med tjänstgörande sjuksköterska Leena.

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:

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska palliativregistret vilket är mycket bra. De har tillsammans med chef och MAS funderingar på att börja med en vårdmetod för boende i livets slutskede t ex LCP som stadsdelsnämndens MAS rekommenderar. Stadsdelsnämndens MAS följer upp detta vid kommande samverkansmöten.