



Vård- och omsorgsboende: Skolörtens korttidsvård

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart / Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef / enhetschef:

Göran Hjort

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-50804680

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem/ålderdomshem)

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

☒ Korttidsvård

☐ Profilboende

Tillstånd från Socialstyrelsen:

☐ 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:

11

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	11
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	
Socialförvaltningen	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, kvalitetsuppföljare
Ann-Christin Larsson, MAS
Marianne Ankersjö MAR

Datum för uppföljningen:

Den 26 februari 2014 samt den 14 april 2014

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Verksamhetschef Göran Hiort, biträdande verksamhetschef Jenny Granskog, sjuksköterska Ann-Britt Persson samt samordnare Mia Wenderlöf

Metod för uppföljningen:

Intervju, granskning av journaler och dokument samt rundvandring och översyn av lokaler

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utförarens bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling gällande ledningssystem samt den sociala dokumentationen. All personal har adekvat utbildning och är tillsvidareanställda.

Den samlade bedömningen för hälso- och sjukvården, inkluderat rehabilitering, är att de boende får en god vård. Vissa områden behöver dock fortsätta utvecklas för att kvalitetssäkra verksamheten.

Teamarbetet behöver förbättras. Riskbedömningar tillika vårdplaner vid identifierad risk utförs undantaget fallriskbedömningar och fallpreventionsplaner som saknas helt. Även avvikelsehanteringen kan utvecklas och användas som grund för det förebyggande arbetet.

Verksamheten har en god och överskådlig kontroll över de medicintekniska produkter och individuellt ordinerade hjälpmedel som finns i verksamheten.

Förberedelser inför en strukturell förändring avseende organisation och teammöten pågår med målsättning att skapa bra förutsättningar för att säkra och utveckla teamarbete och kvaliteten i den dagliga omsorgen om de boende.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med riskanalys och egenkontroll.

Verksamheten behöver säkerställa att det finns en aktuell genomförandeplan för alla boende. Vissa genomförandeplaner behöver även uppdateras så att det framgår vad som ska göras, underskrift av kontaktperson och den enskilde/företrädare samt uppföljningsdatum för planen.

Rutiner för att säkerställa att personalen skriver löpande dokumentation regelbundet behöver upprättas.

Inom 6 mån

1. Teamarbetet behöver förbättras och utvecklingen observerbar i dokumentationen.

2. Dokumentation av teambaserade vårdplaneringar saknas i stor utsträckning i samtliga granskade journaler och utvecklingen observerbar i dokumentationen

3. Samtliga patienter skall ha erbjudits riskbedömning för fall. Vid identifierad risk skall planer upprättas. Om patienten avböjer riskbedömning skall detta dokumenteras i journalen.

Verksamheten har inkommit med en åtgärdsplan och bristerna kommer vara åtgärdade maj 2014.

Inför Uppföljning 2015

4. Aktuella Riskbedömningar enligt gällande rutin.

5. Vårdplaner och Rehabiliteringsplaner skall vara upprättade och/eller uppdaterade.

6. Teambaserade vårdplaneringar skall finnas dokumenterade i journalerna.

7. Dokumentation i samband med stängning av journal.

8. Kvalitetsrådets syfte och innehåll behöver definieras.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Kvarstående avvikelser / brister:

En del boende saknar fortfarande aktuella genomförandeplaner.
Avvikelser och orsaksanalys
Riskbedömningar (fall kvarstår)
Vård- och rehabiliteringsplaner

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

I sin helhet kvarstår de utvecklingsområden som identifierades vid uppföljningen 2013. 2014 års planerade strukturella förändring i verksamheten i kombination med stadens satsning på dokumentation i samband med införande av nytt dokumentationssystem för hälso- och sjukvården ger goda förutsättningar för förbättrad kvalitet inför uppföljning 2015.

Ekonomi och administration:

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

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Verksamheten tar kontakt med ansvarig biståndshandläggare via mejl och fax vid förändring av behov samt vid avvikelser. Det finns dock ej nedskrivna rutiner på detta. Fakturering sker via interndebitering

Nyanställningar:

- ☐ Vid nyanställningar uppvisas utdrag ur belastningsregistret

Ledning:

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

Hälso- och sjukvårdspersonal:

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 2 decimaler*):

0,25

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

0,25

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):

Antal vårdbiträden / undersköterskor dag / kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(*anges med 2 decimaler*):

7,12

Antal vårdbiträden / undersköterskor natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (*anges med 2 decimaler*):

1,99

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 som behärskar det svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal
- ☐ All personal behärskar det svenska språket i skrift

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn
- ☐ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Sjuksköterska finns på plats alla veckodagar 07.30 - 16.15, övrig tid care team. Detta fungerar bra enligt den personal som blir intervjuad.

Ledningssystem:

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9 (M och S)

Ledningssystemet omfattar rutiner för:

- ☐ Riskanalys
- ☐ Egenkontroll
- ☒ Anmälan enligt Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☒ Anmälan enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)
- ☒ Avvikelsehantering
- ☒ Klagomålshantering
- ☒ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt SoL
- ☒ Dokumentation enligt HSL
- ☒ Nutritionsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☐ Fallutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ Trycksårsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☐ Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1
- ☒ Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19
- ☒ Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1
- ☒ Vård i livets slutskede

Rutiner / planer finns för:

- ☒ Personalens kompetensutveckling
- ☒ Introduktion av nyanställda
- ☐ Egenkontroll för mat och måltider, livsmedelshantering
- ☒ Kontaktmannaskap
- ☒ Hantering av egna medel eller motsvarande
- ☒ Hantering av nycklar eller motsvarande, till den boendes egen dörr
- ☒ Delegering

Kvalitets- och säkerhetsberättelser:

- ☒ Aktuell patientsäkerhetsberättelse finns

- ☐ Aktuell kvalitetsberättelse finns
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Skolörten har avtal med Vårdhygien och det bör genomföras en hygienrund på korttidsvården tills nästa uppföljningstillfälle -2015. Verksamheten arbetar med värdegrundsarbetet utifrån sin verksamhetsplan som all personal har varit med och tagit fram på planeringsdagar, ingen skriftlig beskrivning finns.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

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

De aktuella genomförandeplaner som finns innehåller /framgår:

- ☐ Vad som skall göras, hur och när
- ☒ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ☒ Att den enskilde och/eller företrädare har deltagit vid upprättande av planen
- ☒ 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 Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Vid genomgång av akter fanns enbart utskriven genomförandeplan för 3 boende. Några boende delar även akt. Personakterna förvaras i låst rum i öppna bokhyllor vilket inte är tillräckligt säkert ur arkiveringssynpunkt. Den löpande dokumentationen behöver utvecklas. Verksamheten behöver tydliggöra och besluta om, utifrån gällande regler, vad som ska dokumenteras.

De boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☐ Skriftlig information

De boende erbjuds bostad med:

☐ Egen toalett

☐ Egen dusch

☐ Egen kokmöjlighet

☐ Egen nyckel eller motsvarande till bostaden

Boende och service:

☒ 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

☒ 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 att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet

☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov

☒ Vid behov utförs enklare lagning av den enskildes kläder

☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Tre av lägenheterna är dubbelrum.

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

Eventuell kommentar avseende mat och måltider:

Det är oklart om nattfastan överstiger 11 timmar. Inga skriftliga rutiner finns som visar hur detta kontrolleras.

Stimulans:

Stimulans:

- ☐ De boende erbjuds minst två gemensamma aktiviteter varje dag
- ☐ De boende erbjuds individuella aktiviteter
- ☐ Samarbete sker med frivilliga organisationer

De boende erbjuds dagligen utevistelse:

- ☐ i närmiljön
- ☐ på balkong, terrass, altan

Eventuell kommentar avseende stimulans:

De boende erbjuds 1 aktivitet per dag. De erbjuds utevistelse sporadiskt under sommarhalvåret.

Hälso- och sjukvård:

- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- ☒ För nyinflyttade görs en omvårdnadsstatus av sjuksköterska
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet
- ☐ Vårdplaner upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Utföraren arbetar enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar
- ☒ Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen
- ☒ De boende erbjuds uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsstödsintyg för nödvändig tandvård
- ☒ 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 hälso- och sjukvård:

Upprättande av aktuella vårdplaner bör förbättras. Apoteksgranskning ska genomföras 28/4.

Dokumentation, hälso- och sjukvård (PDL 2008:355):

- ☒ Journalerna innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker vård enligt egenkontrollen
- ☐ Journalerna innehåller riskbedömningar för fall
- ☒ Journalerna innehåller riskbedömningar för undernäring
- ☒ Journalerna innehåller riskbedömningar för trycksår
- ☒ Journalerna finns tillgängliga för berörd personal så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- ☒ Journalhandlingarna förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem

Boende från Stockholms stad:

- ☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation av hälso- och sjukvård:

I de granskade journalerna har riskbedömningar utförts enligt rutin undantaget för fall.

Rehabilitering:

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

Eventuell kommentar avseende rehabilitering:

Behandling sker individuellt. I dagsläget finns ingen gruppverksamhet. Handledning av övrig personal görs i samband med det dagliga omvårdnadsarbetet eller separat vid behov. Vidareutbildning i förflyttningsteknik för övrig personal påbörjas under april 2014. Rehabiliteringsplaner saknas i samtliga granskade journaler.

Kvalitetsregister:

Enheten registrerar i:

- ☒ Senior alert
- ☒ Palliativa registret
- ☐ Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Registrering i senior alert har påbörjats, däremot är det inte aktuellt med BPSD register.

