



Servicehus: Skolörtens servicehus

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Entreprenör / Nämnd:

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Verksamhetschef / enhetschef:

Göran Hiort

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-50804680

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

Antal boende totalt:

119

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	16
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	92
Kungsholmen	3
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	2
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	3
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	1
Socialförvaltningen	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlott Ohlsson, kvalitetsutvecklare
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:

Utföraren 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 är tillsvidareanställda och de flesta har adekvat utbildning. 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. Andelen genomförda riskbedömningar tillika vårdplaner vid identifierad risk behöver förbättras för att det förebyggande arbetssättet ska utvecklas. Även avvikelshanteringen kan utvecklas och användas som grund för det förebyggande arbetet.

Verksamheten har liksom tidigare en god och överskådlig kontroll över enhetens medicintekniska produkter och verksamheten har förbättrat andelen genomförda funktionskontroller av individuellt ordinerade hjälpmedel.

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 vem som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen, 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. Riskbedömningar skall erbjudas alla patienter. Vid identifierad risk skall planer upprättas
- 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 uprättade och/eller uppdaterade.
6. Teambaserade vårdplaneringar skall finnas dokumenterade i journalerna.
7. Dokumentation i samband med stängning av journal.
8. Följsamhet till rutinen för periodiska funktionskontroller av individuellt ordinerade hjälpmedel.
9. Kvalitetsrådets syfte och innehåll behöver definieras.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Kvarstående avvikelser/brister:

Det saknas fortfarande genomförandeplaner för vissa kunder.
Avvikelser och orsaksanalys
Riskbedömningar
Vård- och rehabiliteringsplaner
Periodisk funktionskontroll av individuellt förskrivna hjälpmedel

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
- ☒ Avvikelserapporteringen 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 mail eller fax vid förändring av av ersättning, vid förändrat behov samt vid avvikelser. Inga skriftliga rutiner på detta finns dock. Fakturering sker via interndebitering.

Nyanställningar:

☐ Vid nyanställningar uppvisas utdrag ur belastningsregistret

Ledning:

☒ 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*):

3,25

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*):

1

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

1,5

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):

39

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

3,98

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)
- ☐ Minst 50% 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

☒ Nutritionalutredningar 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

Inplanerade kvalitetsråd har påbörjats under -2014. 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 med omvårdnadsinsatser

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

Eventuell kommentar avseende dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Av de 25 stickprov som utfördes på plats, saknades genomförandeplan i 12 fall. flera genomförandeplaner saknade datum för uppföljning samt underskrift av kontaktman och/eller underskrift av den enskilde. Personakterna förvaras i låst rum i 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

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Verksamheten har en inflyttningsfolder för skriftlig information

Stimulans:

Stimulans:

☒ De boende erbjuds gemensamma aktiviteter varje dag

☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer

Eventuell kommentar avseende stimulans:

Det finns en social verksamhet som är öppen alla dagar i veckan i servicehusets lokaler. Bla anordnar de gemensam frukost. Samarbete sker bla med röda korset och svenska kyrkan

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:

Läkarinsatserna utgår från vårdcentralen Trygghälsa två gånger per vecka.
Apoteksgranskning ska genomföras 28/4
Upprättande av aktuella vårdplaner behöver förbättras.

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

Eventuell kommentar avseende dokumentation av hälso- och sjukvård:

Riskbedömningar för undernäring och trycksår behöver göras i större utsträckning tillika påföljande planer i samband med identifierad risk. Fallriskbedömning saknades eller var inaktuella i flertalet granskade journaler tillika plan för fallprevention vid identifierad fallrisk.

Rehabilitering:

- ☒ För nyinflyttade boende görs en funktionsbedömning av sjukgymnast
- ☒ För nyinflyttade boende görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut
- ☐ Rehabiliteringsplaner 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:

Registreringen i Senior alert har påbörjats, det är inte aktuellt att börja registrera i BPSD.
Registrering i Palliativa registret görs, användning av valideradesmärtskattningsskalor görs till viss mån men kan utvecklas.