



Vård- och omsorgsboende: Liviagården - Profilboende

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart / Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef / enhetschef:

Catharina Pisoni Söderblom

Adress:

Bättringsvägen 7, 162 54 Vällingby

Telefon:

08-508 04 373

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:

29

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	21
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	2
Älvsjö	
Östermalm	2
Socialförvaltningen	

Uppföljningen utförd av:

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

Datum för uppföljningen:

Den 7 oktober 2014 samt den 17 november 2014

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Catharina Pisoni Söderblom, verksamhetschef
Angelica Lönnborg, arbetsterapeut
Mozhdeh Shojaei, sjuksköterska
Maryam Rayegani, sjuksköterska.
Pia Kjellberg, teamledare

Metod för uppföljningen:

Intervjuer, granskning av dokumentation, rundvandring på enheten.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utföraren bedriver till stor del verksamhet i enlighet med gällande lagar och föreskrifter, men det finns behov av viss utveckling gällande riskanalys och egenkontroll.

Verksamheten har välfungerande hälso- och sjukvårdsrutiner, kontinuerliga möten såsom teammöten, kvalitetsråd samt boråd finns i syfte att utveckla och säkerställa kvalitetsarbetet. Samtliga avvikelser bearbetas i kvalitetsrådet och återkopplingen förankras hos personalen på apt-mötet.

Verksamheten har en god grundstruktur och ett teamarbete finns. För att uppnå en helhetssyn på specifika patientrelaterade problemställningar behöver dock teamarbetet ytterligare utvecklas med ett tydligare samarbete kring vårdplaner.

Verksamheten har en god rehabilitering med individanpassade insatser och därtill handledning samt utbildning av övrig personal.

Verksamheten har inkommit med en åtgärdsplan angående påtalade brister. Bristerna kommer vara åtgärdade mars 2015.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Vid uppföljning 2015 skall följande brister vara åtgärdade:

- Verksamheten behöver utveckla arbetet med dokumentation och redovisning av riskanalyser och egenkontroll.
- Rörelselarm används hos enstaka patienter. För dessa saknas samtycken, vårdplan och uppföljning, vilket måste finnas då rörelselarm räknas som en begränsningsåtgärd. En lokal rutin behöver upprättas.
- Aktuella rehabiliteringsplaner med åtgärdsplan saknas hos några patienter och enstaka fallpreventionsplaner är inaktuella. Större följsamhet till befintlig lokal rutin för uppföljning av planer behövs.
- Tydligare Arbetsterapeutiskt fokus på bedömningar och insatser inom området för psykosocial hälsa. Utvecklingen ska vara observerbar i dokumentationen.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Kvarstående avvikelser/brister:

-Brister i dokumenterade samtycken och vårdplaner i samband med insättandet av begränsningsåtgärden rörelselarm kvarstår, samtycken för grind är väl dokumenterade.

- Rehabiliteringsplaner finns delvis men kvarstår som utvecklingsområde.
- Samtliga med bedömd fallrisk har en plan för fallprevention, dock är några i behov av uppdatering och kvarstår därför som utvecklingsområde 2015.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Verksamheten har genomfört flertalet åtgärder som resulterat i att de flesta brister som noterats 2013 nu är åtgärdade. Dokumentationen har utvecklats väl. Arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska status är aktuella. Arbetet med att upprätta rehabiliteringsplaner och fallpreventionsplaner har påbörjats och patienterna följs upp enligt en strukturerad rutin av teamet. En god kontroll över verksamhetens medicintekniska produkters funktionalitet och säkerhet finns.

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:

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*):

2,4

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):

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar

(anges med 2 decimaler):

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):

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

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:

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

Verksamheten behöver utveckla arbetet med dokumentation och redovisning av riskanalyser och egenkontroll.

Hygienombud finns. Har avtal med Vårdhygien och en hygienrond ska planeras in till nästa år.

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:

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:

Inget buffertförråd finns, verksamheten köper in det som behövs.

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:

Stimulans:

Stimulans:

☒ De boende erbjuds minst en gemensam aktivitet 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:

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 Trygghälsa och har en dag i veckan inplanerad på boendet. Apoteksgranskning genomfördes mars - 2014. Tandhygienisten besöker boendet var 3:e månad och kommer från företaget Flexident.

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:

Rörelselarm används hos enstaka patienter. För dessa saknas samtycken, vårdplan och uppföljning, vilket måste finnas då rörelselarm räknas som en begränsningsåtgärd.

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:

Rehabiliteringsplaner är under utveckling och finns hos flertalet av de boende.

Kvalitetsregister:

Enheten registrerar i:

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Berörd personal har genomgått utbildning i BPSD men har inte påbörjat registreringen ännu.
Abby Pain Scale har inte använts som stöd för smärtskattning under året.