



06

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-05-21

Uppföljning av vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad- Kosmo

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla vård- och omsorgsboenden följs upp årligen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Kosmo vård- och omsorgsboende. Boendet drivs på entreprenad på uppdrag av stadsdelsnämnden. Kosmo vård- och omsorgsboende är beläget i Hässelby gård och har 45 boende varav 35 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

Ett förbättringsarbete gällande ledningssystemet krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. På förvaltningens begäran har utföraren lämnat in en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska avhjälpas. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att bristerna åtgärdas.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)
2. Åtgärdsplan

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla verksamheter inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, ledsagning och avlösning som är belägna inom stadsdelsområdet och verksamheter som staden har ramavtal med ska följas upp årligen. Syftet är att få kunskap om enheternas styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån den mall som äldreförvaltningen har tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden. Mallen för 2015 är reviderad och högre krav ställs på att verksamheterna kan uppvisa dokumentation på att de arbetar utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

När det gäller verksamheter som drivs på entreprenad är det stadsdelsnämnderna som ansvarar för uppföljningarna.

Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Kosmo vård- och omsorgsboende den 8 april 2015. Boendet drivs på entreprenad på uppdrag av stadsdelsnämnden. Från utföraren deltog verksamhetschef, enhetschef, klusterchef, MAS samt arbetsterapeut. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Kosmo vård- och omsorgsboende har sammanlagt 45 boende varav 35 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdel. Målgruppen är äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Rutin gällande riskanalys behöver utvecklas så att det tydligt framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med övergripande riskanalyser. Det ska finnas en beskrivning av hur en-

heten bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten samt redogörelse för hur enheten har arbetat för att förebygga och hantera eventuella risker som framkommit vid riskanalysen

- Verksamheten behöver vidarutveckla rutin och dokumentationen kring sina egenkontroller.
- Verksamheten behöver upprätta rutiner för den externa och interna samverkan
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas

Förvaltningen har därför begärt att utföraren utarbetar en åtgärdsplan som visar hur man arbetar för att komma tillrätta med bristerna. En åtgärdsplan har lämnats in i tid. Planen beskriver vad som åtgärdats inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under året.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Hässelgårdens äldreboende - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Avtalspart/Nämnd:

Kosmo

Verksamhetschef/enhetschef:

Firouzeh Kamali

Adress:

Ormängsgatan 10, 165 56 Hässelby

Telefon:

08-12139261

Verksamhetens regiform:

- ☐ Kommunal regi
- ☐ Privat regi
- ☒ Entreprenad

Inriktning:

- ☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)
- ☒ 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:

45

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	1
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	35
Kungsholmen	1
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	1
Skarpnäck	1
Skärholmen	
Spånga-Tensta	2
Södermalm	2
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, kvalitetsuppföljare
Eva Ingstrand MAS

Datum för uppföljningen:

Den 8 april 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Firouzeh Kamali, enhetschef Bintou Traore, Kerstin Björklund MAS, Lena Ritzén Jonsson klusterchef samt arbetsterapeut Victoria Holmlund

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter. Verksamheten behöver dock vidareutveckla dokumentationen kring det systematiska kvalitetsarbetet

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inom fyra månader:

- Verksamheten behöver upprätta rutiner kring en övergripande riskanalys utifrån sina processer.
- Verksamheten behöver vidareutveckla rutin och dokumentationen kring sina egenkontroller.
- Verksamheten behöver upprätta rutiner för den externa och interna samverkan
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas

Till uppföljning 2016:

Egenkontrollen gällande HSL dokumentationen behöver förbättras:

- Det ska framgå i vilken frekvens man gör egenkontroll (hur ofta)
- Det ska beskrivas hur kontrollen går till
- Det ska finnas en sammanfattning och analys av resultatet
- Det ska framgå hur man arbetar med förbättringsområden och åtgärder

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Föregående års brist var åtgärdad vid årets uppföljning

Ekonomi och administration:

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

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:**Ledning:****Verksamhetschef:**

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

Samtlig personal:**Svenska språket:**

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ 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*):

1,97

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

2

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

1

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

0,5

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):

26,6

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

9,95

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

15

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:

Ovanstående information har inhämtats muntligen från verksamhetschef.

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

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

Verksamheten har identifierat sina samverkanspartner men saknar rutiner över detta

Risikanalys:

	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

Verksamheten behöver upprätta rutiner kring en övergripande riskanalys utifrån sina processer.

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

Egenkontroll:

Finns, men
Finns behöver utvecklas Påbörjats Saknas

	(3 p)	(2 p)	(1 p)	(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

Egenkontroller inom verksamhetens olika områden utförs men verksamheten kunde ej uppvisa skriftliga rutiner gällande egenkontrollen

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 munhalsobedömning	☐	☐	☐	☒	☐
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

Verksamheten saknar en övergripande gemensam utvecklingsplan för samtlig personal.

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, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☒	☐	☐
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☒	☐	☐

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*):

69

Boende från Stockholms stad:

- ☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Verksamheten hade tillfredställande egenkontroll gällande genomförandeplaner men ej gällande den sociala löpande dokumentationen. En traditionell granskning av den löpande dokumentationen genomfördes på plats.

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:

Övergripande kvalitetssäkring:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Åtgärdsplan för Hässelgårdens vård- och omsorgsboende

Då det uppkommit vissa brister i den verksamhetsuppföljning som gjordes av representanter för Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning den 8 maj 2015, har vi upprättat en åtgärdsplan.

- För att tydliggöra vårt systematiska riskanalysarbete så ska vi ha en planeringsdag den 6 maj med verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut-som är ansvarig för riskanalyser. Vi ska där utarbeta en rutin samt en beskrivning hur enheten bedömer risker samt hur vi arbetar med förebyggande arbete.
- Den 5 maj ska enhetens kvalitetsgranskare tillsammans med ledningen utarbeta en rutin för hur egenkontroller kring dokumentation ska se ut. Veckan efter ska kvalitetsgranskarna utföra egenkontrollen och vi utvärderar och åtgärdar eventuella brister.
- Verksamhetschef samt enhetschef ska sammanställa all intern och extern samverkan för att sedan upprätta en rutin hur processen ska se ut för att säkra kvaliteten och för att förebygga skada. Detta ska göras under v. 22.
- Verksamhetschef samt enhetschef ska se över den kompetensutvecklingsplan som skickades till stadsdelen som komplettering efter granskningen den 8 april. Detta kommer att ske under v.22.