



Stockholms
stad

Dagverksamhet: Solberga - dagverksamhet

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Älvsjö

Avtalspart / Nämnd:

Älvsjö sdn

Verksamhetschef/enhetschef:

Inger Berglund

Adress:

Folkparksvägen 156, 126 77 Hägersten

Telefon:

08-508 21 620

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Social dagverksamhet

☒ Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

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 platser totalt:

10

Varav antal gäster från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	5
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	7
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Madeleine Peatt, utredare och Kristina Ström, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Datum för uppföljningen:

2015-09-21

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Verksamhetschef/enhetschef Inger Berglund och undersköterska Carina Jutholm

Metod för uppföljningen:

Inplanerat besök på enheten, intervjuer, granskning av ledningssystemet inklusive lokala rutiner och granskning av den sociala dokumentationen och hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten bedrivs till största delen i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Följande avvikelser/brister framkom vid uppföljningstillfället:

1. Verksamheten måste upprätta rutiner för återkoppling av resultaten av inkomna avvikelser för justering av processer och rutiner.
2. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet måste tydliggöras.
3. Verksamheten måste uppvisa en lokal rutin för rapportering av förändrat behov.
4. Verksamheten behöver utveckla rutiner för extern och intern samverkan.
5. Verksamheten behöver upprätta en rutin för hur individuella aktiviteter ska erbjudas.
6. Den sociala dokumentationen behöver utvecklas avseende den löpande dokumentationen.

Bristerna ska vara åtgärdade senast vid nästa års uppföljning enligt föreslagen åtgärdsplan.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Verksamheten bedrev en god dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Verksamheten hade ett stort utbud av aktiviteter och utevistelser erbjöds regelbundet enligt önskemål. I den sociala dokumentationen saknades löpande dokumentation om faktiska händelser av betydelse. Ledningssystemet saknade lokala rutiner för egenkontroll och en plan för personalens kompetensutveckling.

Vid uppföljningstillfället 2015 har verksamheten upprättat en lokal rutin för egenkontroll.
Kompetensutveckling?

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:

Vid uppföljningstillfället kunde inte verksamheten uppvisa en lokal rutin för rapportering av förändrat behov.

Ledning:

Verksamhetschef:

- ☐ Namngiven verksamhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

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

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom sjuksköterska knuten till enheten:

- ☒ 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 på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (*anges med två decimaler*):

2,34

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

4

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:

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

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet måste tydliggöras.

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 behöver utveckla rutiner för extern och intern samverkan.

Risikanalys:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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

Avvikelsehantering:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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

Verksamheten saknar rutiner för återkoppling av resultaten av inkomna avvikelser för justering av processer och rutiner.

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

Rutiner/dokument finns för:

	Finns, men behöver utvecklas				Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng	
	Finns (3 p)	(2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)		
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐		☒
Personalens kompetensutveckling	☐	☒	☐	☐		☒
Introduktion för nyanställd personal	☐	☒	☐	☐		☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☒	☐	☐		☒
Erbjudande om aktiviteter	☐	☒	☐	☐		☒
Måltider	☐	☒	☐	☐		☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☐	☒	☐	☐		☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐		☒
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☐	☒	☐	☐		☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

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, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen



Dokumentationsförvaring:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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):

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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 gäster som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (*inga decimaler*):

100

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Den sociala dokumentationen behöver utvecklas avseende den löpande dokumentationen.

Stimulans:

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds

☐ Individuella aktiviteter erbjuds

☒ Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuell kommentar avseende stimulans:

Verksamheten saknar en rutin för hur individuella aktiviteter erbjuds.

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Verksamheten har påbörjat värdegrundsarbetet.