



Stockholms
stad

Servicehus: Fruängsgårdens servicehus

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hägersten-Liljeholmen*

Entreprenör/Nämnd:

Hägersten-Liljeholmen sdn

Verksamhetschef/enhetschef:

Marie Bergström

Adress:

G:a Södertäljevägen 5, 129 55 Hägersten

Telefon:

08-50823541

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

Antal boende totalt:

80

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	40
Hässelby-Vällingby	2
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	19
Spånga-Tensta	
Södermalm	2
Älvsjö	8
Östermalm	2

Uppföljningen utförd av:

Agneta Blomkvist, MAS och Gunilla Olsson, administrativ sekreterare för verksamhetsuppföljning.

Datum för uppföljningen:

2015-03-24

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Marie Bergström, enhetschef och Kristiina Abbott, bitr. enhetschef

Metod för uppföljningen:

Platsbesök, intervju och granskning av dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utföraren följer kraven i eventuella avtal, lagar och föreskrifter och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet.

Följande avvikelser / brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

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:

- ☒ 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*):

3

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

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):

1

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):

22,48

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

3,8

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

20

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

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

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	☐	☒	☐	☐

Risikanalys 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

Egenkontroll:

	<i>Finns, men Finns behöver utvecklas (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
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:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>	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	☐	☒	☐	☐	☐

Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☒	☐	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☐	☒	☐	☐	☐
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 Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☐	☒	☐	☐	☐
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☐	☒	☐	☐	☐

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, <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*):

80

Boende från Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

De boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☒ Skriftlig information

Stimulans:

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☒ Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuell kommentar avseende boende och service:

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister: