

10

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2016-04-14

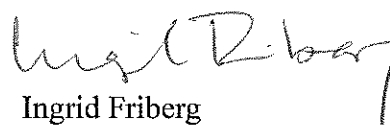
Uppföljning av Liviagården som drivs i egen regi

Förvaltningens förslag till beslut

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



Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör



Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad.

I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Liviagården. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Råcksta. Verksamheten har 29 lägenheter totalt. För närvarande bor 17 personer från stadsdelen på Liviagården. Målgruppen är äldre personer med särskilda behov.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att Liviagården i huvudsak efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet. Verksamheten behöver även genomföra och redovisa sina egenkontroller (denna fråga fanns inte i mallen 2015).

Verksamheten har arbetat med att upprätta rutiner och dokument för sina riskanalyser, men behöver identifiera fler risker.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för beställare äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Ärendet

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad. Syftet är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter samt eventuella förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån en mall som äldreförvaltningen tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden.

Privata utförare i stadsdelen följs upp på uppdrag av äldrenämnden som är ytterst ansvarig för verksamheterna. Ärendet är då enbart för kännedom för nämnd. För verksamheter i egen regi samt de som drivs på entreprenad, är det stadsdelsnämnden som är ytterst ansvarig. 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 Liviagården den 22 februari 2016. Från utföraren deltog enhetschef, bitr enhetschef, samordnare, sjuksköterska, HSL-samordnare, sjukgymnast samt omvårdnadspersonal. Uppföljningen genomfördes i form av Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Verksamheten har 29 lägenheter totalt. För närvarande bor 17 personer från stadsdelen på Liviagården. Målgruppen är äldre personer med särskilda behov.

Kvarstående brister från föregående år:

- Verksamheten har upprättat rutiner och dokument för sitt arbete med riskanalyser men behöver identifiera fler risker

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten behöver systematiskt utföra sina egenkontroller och även sammanfatta HSL-dokumentationen (denna fråga fanns ej med i mallen 2015)

Förvaltningen har därför begärt att utföraren ska åtgärda bristerna. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under augusti 2016.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Liviagården - profil

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Verksamhetschef/enhetschef:

Jeanette Whalberg

Adress:

Bättringsvägen 5-9

Telefon:

08-508 04 373

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)

☐ Gruppboende för personer med demenssjukdom

☐ 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 lägenheter totalt:

29

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	17
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	3
Älvsjö	
Östermalm	1
Socialförvaltningen	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på vård - och omsorgsboendet. Intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument samt dokumentation enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, verksamhetscontroller, Eva Ingstrand, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 Marianne Ankersjö, Medicinskt ansvarig rehab (MAR)

Datum för uppföljningen:

Den 22 februari 2016

**Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:**

Enhetschef Jeanette Whalberg, bitr. enhetschef Azra Beslija, bitr. enhetschef Carina Henriksson, samordnare Aftekhar Karami, sjuksköterska Efti Karami, HSL-samordnare Horriyeh Hashemi, sjukgymnast Hamid Shahnazal samt undersköterska Helena Persson

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att Liviagården i huvudsak efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet. Det finns dock behov av utveckling gällande dokumentation och redovisning av verksamhetens egenkontroll.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Verksamheten behöver systematiskt utföra sina egenkontroller och sammanfatta HSL-dokumentationen samt utveckla sitt arbete med att identifiera verksamhetens risker

Verksamheten behöver komma tillrätta med brister i dokumentationen inom området för rehabilitering samt komplettera rutinen för Medicintekniska produkter.

Verksamheten kommer följas upp i augusti 2016 för att säkerställa att bristerna är åtgärdade

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Inom området för rehabilitering kvarstår brister i dokumentationen tillika bedömningar och hälsoplaner avseende psykosocial hälsa. Övriga brister är åtgärdade

Ekonomi och administration:

☒ Avvikelseberapporteringen 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 enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

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 förnamn

☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från utföraren

Hälso- och sjukvårdspersonal:

- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)
- ☒ De enskilda 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 omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

2,7

**Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

0,38

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

0,45

**Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

0,33

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☒	☒
Mobilt team	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

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

21,33

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

3,46

Andel timanställda vårdbiträden/ undersköterskor, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

29

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 omvårdnadspersonal:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från utföraren

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

--

Riskanalys:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☒	☐	☐
Riskanalys är genomförd enligt rutin	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Verksamheten behöver utveckla sitt arbete med att identifiera sina risker

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada (Lex Maria) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

--

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Vissa egenkontroller var ej genomförda enligt rutin

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Gemensam plan för kompetensutveckling	☒	☐	☐
Introduktion av nyanställd personal	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den enskildes dörr	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om aktiviteter	☒	☐	☐
Måltider	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐
Uppsökande verksamhet vid munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	☒	☐	☐
Medicinsk fotvård	☒	☐	☐
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☐	☒	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10	☒	☐	☐
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 och dokument:

Liviagården och koppargården har sedan sammanslagningen påbörjat arbetet med att skapa en gemensam lokal rutin avseende Medicintekniska produkter då förfarandet tillika inventeringssystemen tidigare skilt slg. Den uppdaterade rutinen behöver förtydligas avseende spårbarhet och funktionskontroller.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Enligt utföraren är ledningssystemet känt hos personalen

Beskrivning av kvalitetsarbete:

☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Kvalitetsregister:

☒ Enheten registrerar i Senior alert

☒ Enheten registrerar i Svenska palliativregistret

☐ Enheten registrerar i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Uppföljning baserad på verksamhetens egenkontroll av dokumentationen:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt dokumentationsgranskning	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Genomförandeplanerna som granskades var godkända. Den löpande dokumentationen fördes regelbundet men inte alltid om rätt saker.

Uppföljning baserad på verksamhetens egenkontroll av dokumentationen:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt dokumentationsgranskning	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Egenkontroll är ej gjord under 2015.
Inom området för rehabilitering finns brister i den löpande dokumentationen. Bedömningar och hälsoplaner riktade för målgruppen saknas i de granskade journalerna. Bedömningar utförs ej i enlighet med stadens riktlinjer för dokumentation.

Dokumentationsförvaring:

☒ All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

De enskilda boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☒ Skriftlig information

Stimulans:

☒ Utevistelse erbjuds dagligen

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☒ Individuella aktiviteter erbjuds

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 Individuella behov och önskemål

Lokaler och utrustning:

☒ 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

☒ Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls

☒ De enskilda boende har namnskylt på dörren till bostaden

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från utföraren