

06

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2016-05-18

Uppföljning av Bräcke diakoni Stockholm AB som drivs i enskild 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 Bräcke diakoni Stockholm AB. Boendet drivs i enskild regi och är beläget i Åkermymtan. Bräcke diakoni Stockholm AB har 18 boende varav 16 kommer från Hässelby-Vällingby. Målgruppen är äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

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 Bräcke diakoni Stockholm AB den 1 april 2016. Från utföraren deltog verksamhetschef, verksamhetscontroller, MAS, sjuksköterska samt undersköterska. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Boendet drivs i enskild regi och är beläget i Åkermynatan. Bräcke diakoni Stockholm AB har 18 boende varav 16 kommer från Hässelby-Vällingby. Målgruppen är äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Vård- och omsorgsboende: Villa Vesta gruppboende - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Adress:

Telefon:

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:

18

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	16
Kungsholmen	
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	
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:

Verksamhetscontroller Ann-Charlotte Ohlsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska Eva Ingstrand

Datum för uppföljningen:

Den 1 april 2016

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Anette Bergstedt verksamhetschef, Karl Elfvingren verksamhetscontroller, Eva-Marie Högberg MAS, sjuksköterska Lotta Forsberg, undersköterska Geni Abraha

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att verksamheten efterlever kraven i avtal, lagar och förordningar 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:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Föregående års brist är åtgärdad.

Ekonomi och administration:

- ☒ Avvikelserapporteringen 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:

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

12,15

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

1,98

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

--

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:**Risikanalys:**

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

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:**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:

Ska göra en angående basala hygienrutiner

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 munhalsbedömning 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:**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:

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 <u>egenkontrollen</u>	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt <u>dokumentationsgranskning</u>	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:**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 <u>egenkontrollen</u>	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt <u>dokumentationsgranskning</u>	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:**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:**

Powered by  quicksearch