



14

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2017-08-31

Uppföljning av Safirens äldreboende som drivs i enskild regi

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av upp-
följningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Kerstin Medin
tillförordnad 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 Safirens äldreboende. Boendet drivs i enskild regi och är beläget i Viksjö, Järfälla kommun. Safiren har 16 lägenheter, tre boende kommer från Hässelby-Vällingby. I dagsläget står 6 lägenheter tomma. Målgruppen är äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

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

Ett visst förbättringsarbete krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. Omfattande rutiner för egenkontroll behöver upprättas. Verksamheten behöver genomföra och redovisa egenkontroll samt riskanalys. Vidare behöver verksamheten arbeta med att implementera nya rutiner som tillkommit efter uppföljning.

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 Safirens äldreboende den 15 maj 2017. Från utföraren deltog verksamhetschef. Uppföljningen blev ett oanmält besök eftersom verksamhetschefen inte hade fått information om uppföljning av tidigare chef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Boendet drivs i enskild regi och är beläget i Viksjö, Järfälla kommun. Safiren har 16 lägenheter. Tre boende kommer från Hässelby-Vällingby. I dagsläget står 6 lägenheter tomma. Målgruppen är äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

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

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten behöver ta fram omfattande rutiner för egenkontrollen. Områden för egenkontrollen bör omfatta minst följande; dokumentation SoL, hälso- och sjukvårdsdokumentation, delegering, läkemedelshantering, basal hygien, delegering, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse.
- Verksamheten behöver genomföra egenkontroller enligt rutin. Vidare behöver verksamheten sammanfatta, analysera och ta fram åtgärder enligt rutin.
- Verksamhetens egenkontroll av Hälso- och sjukvårdsdokumentation är utförd, samlad bedömning saknas.
- Genomförd riskanalys
- Utbildning samt implementering av arbetssättet BPSD (registret för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens)
- Verksamheten behöver arbeta med att implementera samtliga nya rutiner som tillkommit efter uppföljning.

Förvaltningen har därför begärt att utförarna ska åtgärda bristerna. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under våren 2018.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Verksamhetsuppföljning Safiren 2017



**Stockholms
stad**

Vård- och omsorgsboende: Safirens äldreboende - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

David Andersson

Adress:

Viksjöplan 47, 175 45 Järfälla

Telefon:

0101304129

Verksamhetens regiform:

- ☐ Kommunal regi
- ☒ Privat regi
- ☐ Entreprenad

Inriktning:

- ☐ Somatisk
- ☒ Demens
- ☐ Korttidsvård
- ☐ Profilboende

Tillstånd från IVO:

- ☒ 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:

16

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	2
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 inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Verksamhetscontroller Muriel Barrientos
MAS Kirsti Arama

Datum för uppföljningen:

2017-05-15

Från utföraren medverkade:

David Andersson verksamhetschef

Samlad bedömning av uppföljningen:

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

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inför verksamhetsuppföljning 2018.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

Verksamheten behöver ta fram omfattande rutiner för egen-kontroll. Områden för egenkontrollen bör omfatta minst följande; dokumentation SoL, hälso och sjukvårdsdokumentation, delegering, läkemedelshantering, basal hygien, delegering, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse.

Verksamheten behöver genomföra egenkontroller enligt rutin. Vidare behöver verksamheten sammanfatta, analysera och ta fram åtgärder enligt rutin.

Verksamhetens egenkontroll av Hälso- och sjukvårdsdokumentation är utförd, men samlad bedömning saknas.

Genomförd riskanalys

Påbörja utbildning i BPSD samt implementera arbetssättet.

Rutiner som tillkommit efter uppföljning behöver implementeras.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Föregående års brist gällande förvaring av akter med SoL- och HSL dokumentation har åtgärdats. Dokumentationen förvaras i låsta, brandsäkra skåp i enlighet med gällande lagstiftning.

Ekonomi och administration:

☒ Avvikelseberapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Verksamhetschef:

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

☒ Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes förnamn

☒ Profession

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)

☒ De enskilda boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

**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 omvårdnadspersonal dag/kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

Antal omvårdnadspersonal natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

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

17

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)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Uppgifter gällande omvårdnadspersonalens kompetens samt antal omvårdnadspersonal är inhämtade skriftligen 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:

Senaste riskanalysen genomfördes 151210.

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:

Rutinen för egenkontroll behöver utvecklas samt omfatta fler områden. Rutiner för egenkontroll bör omfatta minst följande områden; dokumentation SoL, hälso och sjukvårdsdokumentation, delegering, läkemedelshantering, basal hygien, delegering, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse.
-Genomförd egenkontroll, analys och åtgärder enligt rutin.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om dagliga aktiviteter	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Tvärprofessionella teammöten	☒	☐	☐
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:

Rutin för medicintekniska produkter behöver utvecklas.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Verksamheten har ett kvalitetsråd samt regelbundna arbetsplatsträffar där personalen får information om nya rutiner och ändringar.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Nationella kvalitetsregister:

- ☒ Enheten registerar i Senior alert
- ☒ Enheten registerar i Svenska palliativregistret
- ☐ Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Gällande BPSD kommer verksamhetschef samt två medarbetare utbildas i juli 2017. implementering av arbetssättet kommer att ske till hösten 2017.

Social dokumentation:

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

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Egenkontrollen för den sociala dokumentationen är tydlig och väl genomförd.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation:

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

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdsdokumentation är utförd, men sammanfattande bedömning över resultatet saknas.

Dokumentationsförvaring:

☒ Personakt/journal förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

Dokumentationen förvaras i låsta, brandsäkra skåp.

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

☒ Nattfastan överstiger inte 11 timmar

☒ Mat och måltider är anpassade 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:

Frukost ska serveras innan klockan 10 för att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar. Rutin infördes efter kontroll.

