



Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2017-10-26

Uppföljning av vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi - Skolörtens vård- och omsorgsboende med inriktning demenssjukdom

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
Skolörtens vård- och omsorgsboende med inriktning
demenssjukdom. Boendet drivs i egen regi och är beläget i
Hässelby. Skolörtens vård- och omsorgsboende har 32 platser varav
25 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning.
Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en
demenssjukdom.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till stor del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter men det finns behov av viss utveckling. Verksamheten behöver fortsätta att utveckla ledningssystemet och de rutiner, egenkontroller som ska finnas.

Bakgrund

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 stadsdelsnämnden. 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.

Ärendet

Förvaltningen genomförde en uppföljning Skolörtens vård- och omsorgsboende den 30 maj 2017. Boendet drivs i egen regi. Från utföraren deltog enhetschef, biträdande enhetschef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Skolörtens vård- och omsorgsboende har 32 platser varav 25 kommer från Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Målgruppen är äldre personer som har drabbats av en demenssjukdom.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten behöver genomföra riskanalys samt utveckla rutinen för riskanalys.
- Verksamheten behöver upprätta mer omfattande rutiner för egenkontroll och därmed även dokumenterade resultat

av genomförd egenkontroll. Egenkontroll av SoL dokumentation genomförd.

- Verksamheten behöver upprätta lokala rutiner som komplement till de befintliga mer övergripande rutiner som finns gällande Medicintekniska produkter samt tillhörande egenkontroll.
- Verksamheten tillämpar inte kvalitetsregistret Senior alert

Kvarstående brister från föregående år:

- Rutiner för verksamhetens egenkontroller saknas delvis och därmed även dokumenterade resultat av genomförd egenkontroll, undantaget egenkontroll för SoL dokumentation som är genomförd.
- Verksamheten behöver upprätta lokala rutiner som komplement till de befintliga mer övergripande rutiner gällande Medicintekniska produkter
- Verksamheten tillämpar inte kvalitetsregistret Senior alert

Förvaltningen har begärt att utförarna ska åtgärda bristerna. Vid verksamhetsuppföljningen 2018 kommer bristerna följas upp.

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Bilagor

1. Mall för uppföljning

Verksamhetsuppföljning Skolörtens vård och omsorgsboende 2017



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Skolörtens vård- och omsorgsboende - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Eva Ingstrand / Merete Näsman

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-508 04 680. 08 - 508 04 683

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:

32

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	25
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	4
Södermalm	1
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 inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Verksamhetscontroller Muriel Barrientos,
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Kirsti Arama, Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering Marianne Ankersjö

Datum för uppföljningen:

2017-05-30

Från utföraren medverkade:

Enhetschef Eva Ingstrand, biträdande enhetschef Merete Näsman

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till stor del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter men det finns behov av viss utveckling. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla sitt ledningssystem tillsammans med tillhörande processer och rutiner.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Verksamheten behöver genomföra riskanalys samt utveckla rutinen för riskanalys.

Verksamheten behöver upprätta mer omfattande rutiner för egenkontroll och därmed även dokumenterade resultat av genomförd egenkontroll. Egenkontroll av SoL dokumentation är genomförd.

Verksamheten behöver upprätta lokala rutiner som komplement till de befintliga mer övergripande rutiner som finns gällande Medicintekniska produkter samt tillhörande egenkontroll.
Verksamheten tillämpar inte kvalitetsregistret Senior alert

Återkoppling föregående års uppföljning:**Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:**

Verksamheten behöver upprätta mer omfattande rutiner för egenkontroll och därmed även dokumenterade resultat av genomförd egenkontroll. Egenkontroll av SoL dokumentation är genomförd.

Verksamheten behöver upprätta lokala rutiner som komplement till de befintliga mer övergripande rutiner gällande Medicintekniska produkter
Verksamheten tillämpar inte Senior Alert

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:

Större namnskyltar har beställts till personalen.

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):**

1,65

Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

0

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

0,3

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

0,3

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:

Careteams mobila sjukskötersketeam arbetar jourtid

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

21,36

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

10

Andel timanställd omvårdnadspersonal, 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)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

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

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Två omvårdnadspersonal har uppdrag att stötta i aktiviteter samt finnas som stöd vid måltider.
Tydlig och välskriven kompetensutvecklingsplan finns.

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:

Strukturerad riskanalys innehållande bland annat risknivå och konsekvensbeskrivning saknas. De befintliga rutinerna för riskanalysen är tydliga och strukturerade men behöver kompletteras.

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:

Den övergripande rutinen för egenkontroll behöver kompletteras med egenkontroll av medicintekniska produkter.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktsmannaskap	☒	☐	☐
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:

En ny rutin för hantering av privata medel har framtagits. Verksamheten har tidigare inte haft hantering av privata medel. Skriftlig beskrivning av lokala rutiner för hantering och egenkontroll av Medicintekniska produkter saknas, övergripande rutin finns.

Processer och förankring:

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

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Förankringen av nya rutiner sker på kvalitetsråd, samt arbetsplatsträffar som äger rum en gång per månad. Sjuksköterskemöten äger rum två gånger per månad.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Nationella kvalitetsregister:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Verksamheten kommer att påbörja utbildning och arbete med BPSD

Social dokumentation:

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

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

verksamheten har upprättat en åtgärdsplan gällande den sociala dokumentationen. Under hösten kommer det att finnas två personer som kan stötta personalen gällande den sociala dokumentationen. Biträdande enhetschef kommer att följa upp den sociala dokumentationen veckovis.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation:

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

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

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:**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:

Det finns en aktivitetsansvarig personal i varje hus på boendet som ser till att alla boenden blir erbjudna aktiviteter dagligen. Verksamheten har under året haft en utbildningssatsning gällande mat, måltider och hälsa. Satsningen har resulterat i nya rutiner och en ökad medvetenheten kring maten och måltidens betydelse för den äldre.

