



Servicehus: Älvsjö servicehus

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Älvsjö

Verksamhetschef/enhetschef:

Ann Norén

Adress:

Armborstsvägen 4-8, 125 44 Älvsjö

Telefon:

08-508 21 572

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

Antal lägenheter totalt:

61

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	7
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	1

Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	1
Skärholmen	5
Spånga-Tensta	5
Södermalm	4
Älvsjö	33
Östermalm	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på servicehuset. 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:

Madeleine Peatt, verksamhetsutvecklare och Kristina Ström, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Datum för uppföljningen:

2018-06-11

Från utföraren medverkade:

Ann Noren, verksamhetschef, Kerstin Hellberg, sjuksköterska, Monica Karlsson, sjukgymnast, Anne Nipfors Pettersson, sjuksköterska och Maria Näslund, samordnare

Samlad bedömning av uppföljningen:

Årets uppföljning visar att utföraren till viss del följer kraven i avtal, lagar och föreskrifter. För att servicehuset ska ha de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet måste utföraren åtgärda påtalade avvikelser/brister innan årets slut.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Följande avvikelser/brister ska vara åtgärdade senast december 2018:

- verksamheten behöver identifiera fler huvudprocesser och aktiviteter
- ett flertal rutiner behöver tydliggöras, till exempel rutiner för samverkan, avvikelshantering och egenkontroll
- rutinerna för åtgärder vid misstanke om brott mot den enskilde och att uppmärksamma hot och våld riktat mot den enskilde behöver upprättas.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Följande avvikelser/brister kvarstår från 2017:

- riskanalysen behöver omfatta fler områden
- egenkontroll behöver göras inom fler områden
- rutinen för medicintekniska produkter behöver förtydligas.

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Rutinen för avstämning med beställare för reglering av ersättning behöver tydliggöras genom att beskriva hur verksamheten arbetar med frågan.

Verksamhetschef:

- ☒ Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är utsedd

- ☒ Rutin finns för arbetsledning under jourtid

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes förnamn

- ☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Rutinen för arbetsledning under jourtid finns men behöver tydliggöras.

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 11 kap 4§

☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Antal sjuksköterskor dag/kväll, omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

1,8

Antal sjuksköterskor natt, omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

0

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

0,5

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

1

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:

29

Antal omvårdnadspersonal dag / kväll omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

18,75

Antal omvårdnadspersonal natt:

6

Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

4,2

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

14

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 finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☐ Åtgärder vid misstanke om brott mot den enskilde
- ☐ Att uppmärksamma hot och våld riktat mot den enskilde
- ☒ Bestämmelser gällande muta, gåva och testamente
- ☒ Vad som ingår i kontaktmannens uppdrag
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Rutiner för åtgärder vid misstanke om brott mot den enskilde och för att uppmärksamma hot och våld riktat mot den enskilde behöver skrivas ner. Rutinen för vad som ingår i kontaktmannens uppdrag bör revideras efter nytt arbetssätt.

Samverkan:

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

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Rutinerna för samverkan behöver uppdateras och tydliggöras efter nya arbetssätt.

Risakanalys:

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

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Riskanalysen bör utvecklas till att omfatta fler områden.

Avvikelsehantering:

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

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Rutinen för systematiskt avvikelsehantering bör tydliggöras.

Egenkontroll:

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

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Egenkontrollen bör utvecklas till att omfatta fler områden.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Information till nyinflyttad boende	☐	☒	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar / motsvarande	☐	☒	☐
Åtgärdskedja vid trygghetslarm	☒	☐	☐
Rapportering av förändrat behov hos boende	☒	☐	☐
Uppmärksamma nutritionsproblem	☒	☐	☐
Agerande om den enskilde upptäcks vara svårt sjuk	☒	☐	☐
Agerande vid dödsfall	☒	☐	☐
Erbjudande om bedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut vid inflyttning	☒	☐	☐
Individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel	☒	☐	☐
Medicinsk fotvård	☒	☐	☐
Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	☒	☐	☐

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐
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 HSLF-FS 2017:37	☒	☐	☐
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument:

Rutinerna/dokumenterna för information till nyinflyttad boende, hantering av nycklar eller motsvarande och medicintekniska produkter bör bli mer beskrivande.

Processer och förankring:

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

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Utföraren behöver fortsätta arbeta med att identifiera sina huvudprocesser och aktiviteter. Personalen medverkar i upprättandet av verksamhetens rutiner samt vid revidering av dessa.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Kvalitetsregister:

- ☒ Enheten registerar i Senior alert
- ☒ Enheten registerar i Svenska palliativregistret
- ☐ Enheten registerar i BPSD (ej krav)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Social dokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Lokal rutin för social dokumentation	☒	☐	☐
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Aktuell egenkontroll av den social dokumentationen kan inte uppvisas vid uppföljningstillfället.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation:

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

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Aktuell egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kan inte uppvisas vid uppföljningstillfället.

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:

Inflytande:

☒ Brukarråd finns

☒ Anhörigträffar anordnas

Stimulans:

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☒ Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuella kommentarer avseende boende och service: