



Vård- och omsorgsboende: Silverhöjden - demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

Silverhemmen vård och omsorg AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Susanne Mårtensson

Adress:

Silverhöjden, Bosövägen 2, 181 47 Lidingö

Telefon:

076-621 95 35

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk vård och omsorg (sjukhem/ålderdomshem)

☒ Gruppboende för personer med demenssjukdom (inkl inriktning mot demens på sjukhem)

☐ 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 boende totalt:

36

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	2
Socialförvaltningen	

Uppföljningen utförd av:

Hanna Markkula, administrativ sekreterare
Kärstin Trotzig, utvecklingsledare/leg. sjuksköterska

Datum för uppföljningen:

2014-10-28

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Susanne Mårtensson, verksamhetschef, Vera Mocevic, bitr. verksamhetschef/leg. sjuksköterska

Metod för uppföljningen:

Intervju med verksamhetschef och bitr. verksamhetschef/leg. sjuksköterska, granskning av rutiner, besök på en avdelning.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Boendet är nybyggt, öppnade dec 2012, och de gemensamma ytorna har en hemlik atmosfär och är smakfullt inredda. Det anordnas mycket aktiviteter och boendet kan erbjuda egenlagad mat. Utgång till trädgård är möjlig från alla avdelningar. Verksamheten är i en övergångsfas då Silverhemmen AB nyligen har köpts upp av Vardaga AB.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

-Tillstånd från Socialstyrelsen ska överensstämma med faktiska förhållanden - åtgärdas så snart som möjligt.

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2011:9 behöver uppdateras med:

- En övergripande rutin för egenkontroll som förtydligar vilken egenkontroll som genomförs/ska genomföras och när. Genomförd egenkontroll bör dokumenteras systematiskt.
- Rutin för riskanalyser.
- Rutiner för SoL och HsL-dokumentation behöver kompletteras avseende hur och när egenkontroll ska genomföras och dokumenteras.
- Lokala rutiner för hur verksamheten arbetar med att förebygga fall, undernäring och trycksår
- Lokala rutiner för egna medel och nyckelhantering.

Ovanstående avvikelser/brister ska vara åtgärdade senast till nästa ramavtalsuppföljning.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Kvarstående avvikelser/brister:

Verksamheten har arbetat med att implementera rutin för livsmedelshantering, kontroll påvisar att detta genomförs regelbundet. Det kvarstår behov av att arbeta vidare med ledningssystemet, se ovan.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid föregående års uppföljning konstaterades att ledningssystemet behövde bli mer strukturerat och vara mer lättåtkomligt för personalen. Vidare behövde egenkontrollen av livsmedelshanteringen implementeras på samtliga avdelningar.

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelserapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Nyanställningar:

- ☒ Vid nyanställningar uppvisas utdrag ur belastningsregistret

Ledning:

- ☐ Namngiven verksamhetschef/enhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)
- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29§ hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Hälso- och sjukvårdspersonal:

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

2,1

Antal sjuksköterskor natt på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar
(*anges med två decimaler*):

1,05

Antal arbetsterapeuter på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(anges med 2 decimaler):

0,25

Antal sjukgymnaster på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(anges med 2 decimaler):

0,25

Tjänstgörande sjuksköterska:

- ☐ Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan.
- ☒ Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställelsetiden inte 30 minuter

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden / undersköterskor dag / kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar
(anges med 2 decimaler):

20,9

Antal vårdbiträden / undersköterskor natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges
med 2 decimaler):

3,9

Omvårdnadspersonalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 25 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är anställda tillsvidare

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personal som behärskar det svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn
- ☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

- Tillstånd ej aktuellt pga. ägarbyte.
- Mellan 18.00-21.00 sker bemanningen av sjuksköterska med patrull. From februari 2015 kommer enheten att bemannas dygnet runt av egen anställd sjuksköterska dygnet runt.

Ledningssystem:

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9 (M och S)

Ledningssystemet omfattar rutiner för:

- ☐ Riskanalys
- ☐ Egenkontroll
- ☒ Anmälan enligt Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☒ Anmälan enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)
- ☒ Avvikelsehantering

- ☒ Klagomålshantering
- ☒ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt SoL
- ☒ Dokumentation enligt HSL
- ☐ Nutritionsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☐ Fallutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☐ Trycksårsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1
- ☒ Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19
- ☒ Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1
- ☒ Vård i livets slutskede

Rutiner /planer finns för:

- ☒ Personalens kompetensutveckling
- ☒ Introduktion av nyanställda
- ☒ Egenkontroll för mat och måltider, livsmedelshantering
- ☒ Kontaktmannaskap
- ☐ Hantering av egna medel eller motsvarande
- ☐ Hantering av nycklar eller motsvarande, till den boendes egen dörr
- ☒ Delegering

Kvalitets- och säkerhetsberättelser:

- ☒ Aktuell patientsäkerhetsberättelse finns
- ☐ Aktuell kvalitetsberättelse finns
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Ledningssystemet är något översiktligt och det är oklart om all personal kan hitta vad man behöver. Verksamheten genomför en övergripande egenkontroll men saknar rutiner avseende vilken egenkontroll som genomförs/ska genomföras och när. Egenkontroll görs delvis men dokumenteras inte alltid. Det saknas en övergripande rutin för riskanalyser. Lokala rutiner för hur verksamheten arbetar med att förebygga fall, undernäring och trycksår saknas, man arbetar utifrån rutinerna i Senior alert. Checklistor för egna

medel och nyckelhantering finns men rutiner saknas.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till den
- ☒ Aktuella genomförandeplaner finns för alla boende

De aktuella genomförandeplaner som finns innehåller / framgår:

- ☒ Vad som skall göras, hur och när
- ☒ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ☒ Att den enskilde och/eller företrädare har deltagit vid upprättande av planen
- ☒ Ansvarig arbetsledare
- ☒ Kontaktmannens namn
- ☒ Underskrift av kontaktman
- ☒ Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud
- ☒ Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen

Boende från Stockholms stad:

- ☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen:

Samtycke har inte kunnat inhämtas inför uppföljningen av dokumentationen. Denna har skett genom intervju av verksamhetschef. Dokumentationsansvarig granskar dokumentationen regelbundet men dokumenterar inte genomförd egenkontroll. Utvecklingsområden är att personalen ska bli mer uppmärksamma på vilka dagliga aktiviteter som genomförs och dokumentera dem.

De boende får vid inflyttningen:

- ☒ Muntlig information
- ☒ Skriftlig information

De boende erbjuds bostad med:

- ☒ Egen toalett
- ☒ Egen dusch
- ☒ Egen kokmöjlighet
- ☒ Egen nyckel eller motsvarande till bostaden

Boende och service:

- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- ☒ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel
- ☒ Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ Den boende har namnskylt på dörren till bostaden
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- ☒ Vid behov utförs enklare lagning av den enskildes kläder
- ☐ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Ej buffertförråd med kläder men verksamheten löser detta om situationen uppstår.

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 individens behov och önskemål, utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer

☐ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan två varmrätter vid både lunch och middag

Eventuell kommentar avseende mat och måltider:

Verksamheten har eget tillagningskök med utbildad kock. De boende erbjuds inte att välja varmrätt men individuella önskemål tillgodoses så lång det är möjligt.

Stimulans:

Stimulans:

☒ De boende erbjuds minst en gemensam aktivitet varje dag

☒ De boende erbjuds individuella aktiviteter

☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer

De boende erbjuds dagligen utevistelse:

☒ i närmiljön

☒ på balkong, terrass, altan

Eventuell kommentar avseende stimulans:

Utgång till trädgård är möjlig från alla avdelningar.

Hälso- och sjukvård:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §

☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

☒ För nyinflyttade görs en omvårdnadsstatus av sjuksköterska

- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet
- ☒ Vårdplaner upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Utföraren arbetar enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar
- ☒ Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen
- ☒ De boende erbjuds uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsstödsintyg för nödvändig tandvård
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

Eventuell kommentar avseende hälso- och sjukvård:

Dokumentation, hälso- och sjukvård (PDL 2008:355):

- ☒ Journalerna innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker vård enligt egenkontrollen
- ☒ Journalerna innehåller riskbedömningar för fall
- ☒ Journalerna innehåller riskbedömningar för undernäring
- ☒ Journalerna innehåller riskbedömningar för trycksår
- ☒ Journalerna finns tillgängliga för berörd personal så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- ☒ Journalhandlingarna förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem

Boende från Stockholms stad:

- ☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation av hälso- och sjukvård:

Samtycke har inte kunnat inhämtas inför uppföljningen av dokumentationen. Uppgifter om dokumentationen har inhämtats genom intervju av verksamhetschef och bitr. verksamhetschef/leg sjuksköterska. Egenkontroll av dokumentationen genomförs två gånger per år, dock ej så grundligt och den dokumenteras inte.

Rehabilitering:

- ☒ För nyinflyttade boende görs en funktionsbedömning av sjukgymnast
- ☒ För nyinflyttade boende görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut
- ☒ Rehabiliteringsplanerna upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Sjukgymnast/arbetsterapeut ger behandling individuellt eller i grupp
- ☒ Sjukgymnast/arbetsterapeut ger handledning till övrig personal
- ☒ Utrustning finns för behandling och sjukgymnastik

Eventuell kommentar avseende rehabilitering:

Kvalitetsregister:

Enheten registrerar i:

- ☒ Senior alert
- ☒ Palliativa registret
- ☐ Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister: