Dnr. 2015-808-1.2.2.

Bilaga 3

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende - demens

Stockholms stad

Vård- och omsorgsboende: Kattrumpstullen - demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning*: Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

KOSMO AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Carin Johansson

Adress:

Roslagstullsbacken 7, 114 21 Stockholm

Telefon:

08-408 09 841

Verksamhetens regiform:

- ○ Kommunal regi
- ○ Privat regi
- ◉ Entreprenad

Inriktning:

- [ ] Somatisk vård och omsorg (sjukhem)
- [x] Gruppboende för personer med demenssjukdom (inkl inriktning mot demens på sjukhem)
- [ ] Korttidsvård
- [ ] Profilboende

Tillstånd enligt 7 kap 1§ SoL:

- ( ) 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:

47

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	4
Norrmalm	10
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	5
Älvsjö	
Östermalm	24

Uppföljningen utförd av:

Verksamhetsuppföljare: Annica Myhr Högström; Linnea Svanström Leistedt; Kerstin Kullberg; Eva Kruse

Datum för uppföljningen:

Uppföljningen genomfördes september - december 2015.

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Vid möten med entreprenören medverkade: Cristina Kumlin Bergenstråle regionschef Norlandia Care AB; Carin Johansson verksamhetschef; Ida Andersson enhetschef; Petra Källgren, enhetschef; Tabitha Nodeh MAS

Metod för uppföljningen:

Intervju med regionchef, verksamhetschef och enhetschefer. Granskning av ledningssystem och övriga dokument. Fokusgruppsintervjuer med omsorgspersonal, samtal med hälso- och sjukvårdspersonal, teamledare och omsorgspersonal, samtal med boende och anhöriga, ett flertal oanmälda besök.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Förvaltningens bedömning är att KOSMO AB, entreprenör vid Kattrumptullens vård- och omsorgsboende uppfyller avtal och åtaganden. Entreprenören bedöms ha goda förutsättningar för att ge de boende en god vård och omsorg. KOSMO AB har under 2015 bytt ägare, Norlandia Care AB. Samordning av KOSMO:s och Norlandias ledningssystem pågår.

Följande avvikelser / brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystemet bör senast till nästa verksamhetsuppföljning uppdateras med följande:
- Verksamhetsspecifika risker ska vara identifierade och dokumenterade.
- Vissa lokala rutiner rörande social omsorg behöver utvecklas.

- Rutin för erbjudande om utevistelse och deltagande i dagliga aktiviteter utifrån vad avtal och anbud bör säkerställas.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Ett flertal lokala rutiner har utarbetats sedan föregående års uppföljning. Egenkontroll av social dokumentation genomförs regelbundet. Entreprenören har under 2015 arbetat aktivt med att få en trevlig mat och måltidssituation.

Återkoppling av förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården gjordes av verksamhetsuppföljare hösten 2014. Inga kvarstående åtgärder till årets uppföljning.

Ekonomi och administration:

- [x] Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- [x] Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- [x] Avvikelserapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- [x] 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)
- [x] Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

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:

- [x] Dennes (personalens) namn
- [x] Utförarens namn

Hälso- och sjukvårdspersonal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

- [x] Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)
- [x] De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- [x] Boendet har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation
- [x] Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet

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

4,23

Antal sjuksköterskor natt på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

0,93

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

0,84

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

0,44

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom sjuksköterska på boendet:

- [x] Dag
- [x] Kväll/Natt
- [x] Helg
- [ ] Ej aktuellt

Tillgång finns till sjuksköterska med en inställselsetid som inte överstiger 30 minuter, genom mobilt team:

- [ ] Dag
- [ ] Kväll/Natt
- [ ] Helg
- [x] Ej aktuellt

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

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

27,9

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

5,82

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

21

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 ledning och personal:

Det finns personal som på svenska har svårt att uttrycka sig i tal och skrift. Av omsorgspersonalen inom inriktning demens har 89,2% adekvat utbildning.

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☑	☐	☐	☐	☑
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☑	☐	☐	☐	☑
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☑	☐	☐	☑

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Verksamheten har identifierat huvud- och delprocesser i ledningssystemet. Inom dessa återfinns verksamhetens struktur. Samordning av KOSMO:s och Norlandias ledningssystem pågår.

Samverkan:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
Interna samverkanspartners är identifierade	◉	○	○	○
Externa samverkanspartners är identifierade	◉	○	○	○
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	○	◉	○	○
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	○	◉	○	○

Samverkan har redovisat:

☑ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Lokala rutiner för samverkan finns. Rutinerna behöver implementeras hos berörd personal. Rutinen för intern samverkan - överrapportering mellan arbetspass och yrkeskategorier behöver förtydligas. Överrapportering finns beskrivet i dagliga arbetsrutiner. För tydligare översikt bör dessa arbetsbeskrivningar kompletteras med en övergripande sammanställning över identifierade samverkanspartners.

Riskanalys:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*

Verksamhetens riskområden är identifierade	○	○	●	○
Rutiner för riskanalys är utarbetade	●	○	○	○
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	●	○	○	○
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	○	●	○	○

Riskanalys har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Riskanalyser görs på individnivå. Det är ett pågående arbete som kan utvecklas ytterligare och tydliggöras inom teamets olika professioner.
Ytterligare verksamhetsspecifika risker behöver identifieras i förebyggande syfte samt för att skapa handlingsplaner ifall dessa risker skulle inträffa.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	●	○	○	○
Rutiner för anmälan av Lex Maria finns	●	○	○	○
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	●	○	○	○
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	●	○	○	○
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	●	○	○	○

Avvikelsehantering har redovisat:

☑ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelsehantering

Ett nytt digitalt program för avvikelsehantering kommer att introduceras under hösten 2015.

Egenkontroll:

	Finns, men

	Finns (3 p)	*behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
Rutiner för egenkontroll finns	○	◉	○	○
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	○	◉	○	○
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	○	◉	○	○

Egenkontroll har redovisat:

☑ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

Intern kvalitetsgranskning sker regelbundet.
Egenkontrollen kan utvecklas, ytterligare områden som kan ingå bör övervägas såsom följsamhet till befintliga rutiner, delegeringar.
Dokumentation av resultat från egenkontroller bör systematiseras för ökad översikt.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☑	☐	☐	☐	☑
Personalens kompetensutveckling	☑	☐	☐	☐	☑
Introduktion för nyanställd personal	☑	☐	☐	☐	☑
Hantering av privata medel eller motsvarande	☐	☐	☐	☑	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☐	☐	☐	☑	☐
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☐	☑	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☑	☐	☐	☐	☑
Erbjudande om aktiviteter	☑	☐	☐	☐	☑
Måltider	☑	☐	☐	☐	☑
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☑	☐	☐	☑
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☑	☐	☐	☐	☑
Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning	☑	☐	☐	☐	☑
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☐	☑	☐	☐	☑
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☑	☐	☐	☐	☑
Bedömning av sjuksköterska om omvårdnadsstatus för nyinflyttade	☑	☐	☐	☐	☑
Funktionsbedömning av sjukgymnast/fysioterapeut för nyinflyttade	☑	☐	☐	☐	☑
ADL-bedömning av arbetsterapeut för nyinflyttade	☑	☐	☐	☐	☑
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/dokument

Vissa lokala rutiner behöver utvecklas t.ex. för medicintekniska produkter inklusive de som används för undersökning och behandling. Lokala rutiner behöver utvecklas inom följande områden: hantering av privata medel; hantering av nycklar/motsvarande till en boendes egen dörr; uppföljning av underleverantör.

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	○	◉	○	○
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, enligt egenkontrollen	○	◉	○	○

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	○	◉	○	○

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (2 p)*	*Påbörjats (1 p)*	*Saknas (0 p)*
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	○	◉	○	○
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav	○	◉	○	○

Dokumentation har redovisat:

☑ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL och HSL

Andel boende som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (*inga decimaler*):

76

Boende från Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Granskning av verksamhetens hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genomförts av KOSMO:s MAS. Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån vårdprocessen och nationellt fackspråk kommer att fortgå under 2016. Granskning av den sociala dokumentationen har skett med hjälp av entreprenörens egenkontroll.

De boende får vid inflyttningen:

☑ Muntlig information

☑ Skriftlig information

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

Stimulans:

☐ Utevistelse erbjuds dagligen

☐ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☐ Individuella aktiviteter erbjuds

Lokaler och utrustning:

☑ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass

☑ 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

☑ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring

- [x] Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- [x] Den boende har namnskylt på dörren till bostaden
- [x] Utföraren svarar för den boendes klädvård
- [x] Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar avseende boende, service och omvårdnad:

Vid besök i verksamheten har förvaltningen observerat en positiv utveckling avseende utevistelse och erbjudna aktiviteter. Ett varierat utbud av gemensamma aktiviteter för hela boendet finns ett flertal dagar i veckan i verksamhetens entré. Det är dock inte möjligt att utifrån entreprenörens egenkontroll utläsa om de boende erbjuds daglig utevistelse och deltagande i tre dagliga kultur och friskvårdsaktiviteter aktiviteter/dag som anbudet anger.

Övergripande kvalitetssäkring:

- [x] Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- [x] Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- [x] Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

- [x] Enheten registerar i Senior alert
- [x] Enheten registerar i Palliativa registret
- [x] Enheten registrerar i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Registrering i Senior alert är under utveckling. Utbildning av administratörer i BPSD har genomgåtts och registrering i registret har påbörjats under hösten.

Powered by quicksearch