



Vård- och omsorgsboende: Löjtnantsgården - Somatisk

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart / Nämnd:

Immanuelskyrkans Vård AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Sylvia Kivi

Adress:

Löjtnantsgatan 8, 115 50 Stockholm

Telefon:

08-504 80 501

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

- ☒ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)
- ☐ 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:

28

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	1
Norrmalm	2
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	2
Älvsjö	
Östermalm	16

Uppföljningen utförd av:

Hanna Markkula, uppföljare SOL
Annica Myhr Högström, uppföljare HSL

Datum för uppföljningen:

2015-12-09

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Sylvia Kivi

Metod för uppföljningen:

Intervjuer, granskning av rutiner, besök på en avdelning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Löjtnantsgården är en väl fungerande verksamhet som bedriver god vård och omsorg med respekt och omtanke om de boende. Det är fokus på individuellt anpassade aktiviteter liksom en kvalitativ måltidssituation. Det råder god ordning och det bedrivs ett systematiskt arbete med rutiner och ledningssystem. En omfattande egenkontroll görs av den sociala dokumentationen. Ledningen är engagerad och närvarande i det dagliga arbetet och all fast personal har undersköterskeutbildning. Stadens brukarundersökning påvisar hög nöjdhet bl.a. kring närvaro av personal, bemötande och trygghet.

Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystemet behöver senast till nästa ramavtalsuppföljning uppdateras med:

En övergripande sammanställning över identifierade samverkanspartners samt ev. komplettera med rutiner för respektive samverkanform

Identifiera och dokumentera fler verksamhetsspecifika risker samt uppskatta sannolikhet och konsekvens.

Tydliggöra vilken egenkontroll som genomförs/ska genomföras samt av vem och när samt dokumentation av resultatet, t.ex. av dokumentationen.

Verksamheten bör ta fram eller utveckla lokala rutiner kring:

- informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass
- daglig utevistelse och aktiviteter
- uppföljning av underleverantörer

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid förra årets uppföljning konstaterades att det fanns behov av att förtydliga egenkontrollen, detta arbete pågår.

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelse rapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- ☒ 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)
- ☒ 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:

- ☒ Dennes (personalens) namn

☒ Utförarens namn

Hälso- och sjukvårdspersonal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

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

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

1,97

Antal sjuksköterskor natt på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar

(*anges med två decimaler*):

0

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

0,25

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

0,5

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

- ☒ Dag
- ☐ Kväll/Natt
- ☒ Helg
- ☐ Ej aktuellt

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

☐ Dag

☒ Kväll/Natt

☐ Helg

☐ Ej aktuellt

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

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

16,1

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

4,1

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

19

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:

Samtlig tillsvidareanställd personal har undersköterskeutbildning

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

Personalen är representerade i kvalitetsråd som arbetar med revidering av rutiner i ledningssystemet. Verksamheten gör egenkontroll av om ledningssystemet är känt hos personalen och arbetar ständigt med implementering.

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

Samverkan finns beskriven i flera olika rutiner. För att förtydliga ansvaret och kvalitetssäkra informationsöverföringen ytterligare kan detta kompletteras med en övergripande lokal sammanställning över identifierade samverkanspartners samt ev. komplettera med rutiner för respektive samverkansform

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 bl.a. på individnivå och ur arbetsmiljöperspektiv. Arbetet med att systematiskt identifiera och dokumentera fler verksamhetsspecifika risker bör fortsätta. Alla redan identifierade risker bör samlas för att tydliggöra ansvar och åtgärder.

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

Inom verksamheten analyseras och åtgärdas inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser enhetsvis. Kvartalsvis görs en sammanställning för hela verksamheten.

Egenkontroll:

	<i>Finns, men</i>			
	<i>Finns</i> (3 p)	<i>behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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

Extern egenkontroll görs årligen. Vilken egenkontroll som genomförs/ska genomföras samt av vem och när bör tydliggöras för en överblick av vilka rutiner och processer som behöver revideras. Resultatet av genomförd egenkontroll bör dokumenteras.

Rutiner/dokument finns för:

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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

Rutiner för överrapportering behöver ses över och kompletteras. Rutiner kring aktiviteter, utevistelse och smittspridning bör förtydligas. Uppföljning av underleverantörer görs, finns ej tydlig dokumentation.

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, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☒	☐	☐
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☒	☐	☐

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*):

90

Boende från Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Ledningen kontrollerar dokumentationen dagligen och samtliga genomförandeplaner går igenom på teammöte. Dock dokumenteras inte resultatet av egenkontrollen vilket är ett utvecklingsområde. Ett urval av den sociala dokumentationen har granskats av biståndshandläggare, genomförandeplanerna är tydliga, välskrivna och personligt utformade.

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
- ☒ 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 den boendes klädvård
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar avseende boende, service och omvårdnad:

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Kvalitetsregister:

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister:

Registrering i BPSD är ett projekt som nyligen påbörjats.

