

Dnr 2016-393-1.2.1.

Bilaga 3

Linnégårdens vård- och omsorgsboende



Vård- och omsorgsboende: Linnégårdens vård- och omsorgsboende

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Verksamhetschef/enhetschef:

Lena Holm

Adress:

Linnégatan 61, 114 58 Stockholm

Telefon:

08-50810501

Verksamhetens regiform:

- ☐ Kommunal regi
- ☐ Privat regi
- ☒ Entreprenad

Inriktning:

- ☒ Somatisk vård och omsorg (sjukhem)
- ☒ Gruppboende för personer med demenssjukdom
- ☐ 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 lägenheter totalt:

86

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	3
Hägersten-Liljeholmen	2
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	5
Norrmalm	5
Rinkeby-Kista	1
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	1
Södermalm	6
Älvsjö	
Östermalm	56
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 samt dokumentation enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Uppföljningen utförd av:

Marjo Tuomi, utvecklingssekreterare,
Annica Myhr Högström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och
Linnea Svanström Leistedt, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Datum för uppföljningen:

Ett gemensamt möte den 25 maj.
Uppföljning av hälso- och sjukvård den 16 maj.
Uppföljning enligt socialtjänstlagen den 20 juni.
Fokusgrupp med omvårdnadspersonal den 20 juni.
Flera platsbesök och observationer under maj - juli.

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Lena Holm, verksamhetschef, enhetscheferna Lajde Blakaj och Katri Ljungberg samt Christine Tell, äldreomsorgschef Ersta diakoni.
Vid uppföljning av hälso- och sjukvård medverkade även arbetsterapeut, sjukgymnast och den samordnande sjuksköterskan.
Vid fokusgruppsmöte medverkade minst en undersköterska från varje våningsplan.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen av uppföljningen är att utföraren följer lagar, avtal och föreskrifter och har därmed de förutsättningar som krävs för god och säker verksamhet.

Följande förbättringsområden följs upp vid nästa verksamhetsuppföljning:

- Flera verksamhetsspecifika risker behöver identifieras samt deras sannolikhet och konsekvens bedömmas.
- Arbetet för att förankra ledningssystemet hos hela personalen behöver intensifieras.
- Registrering i Senior alert och i BPSD-registret behöver återupptas.

Följande avvikelser / brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser / brister från föregående års uppföljning:

Ekonomi och administration:

☒ Avvikelseberättelsen 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 enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

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 förnamn

☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

En del personal deltar i svenskundervisning för att komplettera sina kunskaper i svenska språket.

All personal har en namnskyllt men alla bär den inte kontinuerligt.

Hälso- och sjukvårdspersonal:

- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)
- ☒ De enskilda 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 omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

4,69

Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

2,02

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

1

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

57,91

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

12,14

Andel timanställda vårdbiträden / undersköterskor, 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)

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

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:

Rutinerna för interna möten och intern informationsöverföring behöver säkerställas.

Riskanalys:

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

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

De befintliga riskanalyserna är noga beskrivna. Fler verksamhetsspecifika risker behöver dock identifieras och deras sannolikhet och konsekvens bedömmas fortlöpande då riskhantering är ett levande verktyg och en viktig del i verksamhetens kontinuerliga förbättringsarbete.

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 Saknas

	delvis		
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Gemensam plan för kompetensutveckling	☒	☐	☐
Introduktion av nyanställd personal	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den enskildes dörr	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om aktiviteter	☒	☐	☐
Måltider	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
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:

Rutin om basala hygienrutiner behöver revideras utifrån gällande föreskrift.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Personalen känner inte alltid till rutinerna och inte heller var de skriftliga rutinerna kan hittas.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Kvalitetsregister:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Individuella riskbedömningar har gjorts men inte registrerats i Senior alert.

Enligt utföraren mäktar inte verksamheten med BPSD-registrering för närvarande på grund av stor omsättning av sjuksköterskor.

Uppföljning baserad på verksamhetens egenkontroll av dokumentationen:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, <u>enligt egenkontrollen</u>	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt <u>dokumentationsgranskning</u>	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Uppföljning baserad på verksamhetens egenkontroll av dokumentationen:

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

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt <u>dokumentationsgranskning</u>	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Dokumentationsförvaring:

☒ All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt 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
- ☒ Maten är anpassad 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 namnskyld på dörren till bostaden

Eventuella kommentarer avseende boende och service: