

2013-228-1.2.1. Uppföljning Linnégården inriktning psykiatri



Vård- och omsorgsboende: Linnégården

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart / Nämnd:

Carema Äldreomsorg AB

Verksamhetschef / enhetschef:

Linda Wetterberg

Adress:

Linnégatan 61, 114 58 Stockholm

Telefon:

0733-250928

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)
- ☐ Korttidsboende

☒ 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:

15

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	8
Socialförvaltningen	

Uppföljningen utförd av:

Lili Briese, MAS, Linnéa Svanström Leistedt, MAR, Marjo Tuomi, verksamhetscontroller, Kärstin Trotzig, utvecklingsledare

Datum för uppföljningen:

Februari och mars med start 30/1 2013.

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Linda Wetterberg, usk Weinni Yowhannis, samordnande ssk, Gabriella Carlö, samtliga dagsjuksköterskor, samtliga enhetschefer, sjukgymnast och 1 arbetsterapeut, 1 nattsjuksköterska, 5 nattomsorgspersonal och ett flertal av dagomsorgspersonalen, undersköterskor och vårdbiträden.

Metod för uppföljningen:

Underlag: Stadens gemensamma uppföljningsmall och anvisningar, föregående uppföljningar, tillämpliga lagar, föreskrifter samt avtal.

- granskning av berörda delar av ledningssystemet, ett begränsat antal journaler med enskildas samtycke, täthetsschema av bemanningen av sjuksköterskor och omsorgspersonal, aktuell befattningslista
- intervjuer med chefer och hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal, fokusgrupp med sjuksköterskor, omsorgspersonal och enhetschefer,
- anmälda och oanmälda besök i verksamheten både dag- och nattetid,
- inventering av de boendes nutritionsstatus och ordinerade skyddsåtgärder
- inhämtande av skriftliga uppgifter om trycksår och andra relevanta medicinska uppgifter, statistik om rapporterade avvikelser och klagomål samt genomförda systematiska bedömningar av de boendes risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår, observationer kring måltider och kring aktiviteter som skapar meningsfull vardag.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Stadsdelsförvaltningen har under början av 2013 genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning på Linnégårdens vård- och omsorgsboende. Carema ansvarar för driften sedan 1 november 2010. Det har skett en positiv utveckling i verksamheten och ett flertal brister och förbättringsområden från förra uppföljningen har åtgärdats. Det finns gemensamma arbetsrutiner och fler uppdaterade lokala rutiner för att säkra vården och omsorgen. Sjuksköterskorna har uppdaterat riskbedömningar av de boendes status för nutrition, fallolyckor och trycksår. Ledningen har genomfört en utbildningssatsning inom demensvård för alla yrkeskategorier med målet att uppnå certifiering i Silviahemmets regi hösten 2013. Den sociala dokumentationen har förbättrats och genomförandeplanerna är mer utförliga. Det finns förbättringsområden inom till exempel sjuksköterskornas dokumentation av vårdplaner med åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzon enligt bedömning. Riskanalys ska alltid föregå beslut om skyddsåtgärderna grensele eller positioneringsbälte. Ledningen ska följa avtalet om täthetsschemat för sjuksköterskorna. Kontaktmannaskapet, individuella aktiviteter och måltidssituationerna behöver vidareutvecklas och kommer att följas upp vid samverkansmöten och vid den årliga uppföljningen 2014.

Den sammanfattande bedömningen är att de boende får en god vård och omsorg.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Förbättringsområden:

1. Ledningen ska följa avtalet om täthetsschemat för sjuksköterskorna.
2. Det ska finnas en vårdplan för alla boende med urinkateter.
3. Sjuksköterskorna behöver upprätta fler planer med åtgärder för boende som är undernärda eller i riskzon enligt bedömning.
4. Riskanalys ska alltid föregå beslut om skyddsåtgärderna positionerings- bälte eller grensele. Riskanalysen ska inkludera dokumentation om alternativa metoder som prövats och utvärderats.
5. Beslut om hälso- och sjukvård som berör omsorgspersonalen ska dokumenteras i både hälso- och sjukvårds- och omsorgsjournalen.
6. Kontaktmannaskapet, individuella aktiviteter och måltidssituationerna behöver vidareutvecklas och kommer att följas upp vid samverkansmöten och vid den årliga uppföljningen 2014.

Förbättringsområdena punkt 1 till och med 5 ska vara åtgärdade och följas upp senast 17 juni 2013.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Kvarstående avvikelser/brister:

De flesta brister och förbättringsområden från föregående års uppföljning inom hälso- och sjukvård och omsorg är åtgärdade.

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid samtliga besök och övrig kontakt med verksamheten har ledningen, hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen varit vänliga och tillmötesgående vilket är positivt. Mer än hälften av sjuksköterskorna har arbetat flera år på Linnégården, har lång yrkeserfarenhet och är kompetenta. Deras dokumentation och riskbedömningar har förbättrats sedan förra uppföljningen och det gäller även rehabiliteringspersonalens. Det finns ett flertal brister och förbättringsområden som är dokumenterade i en åtgärds- och tidsplan.

Ledningen behöver upprätta skriftliga rutiner för att säkra hälso- och sjukvården inom till exempel nutritionen och läkemedelshanteringen samt implementera dessa rutiner. Det tvärprofessionella samarbetet behöver utvecklas vad gäller syftet, roller och ansvarsområden.

Sjuksköterskorna behöver gemensamma rutiner för sitt omvårdnadsarbete. Stadsdelens MAS och MAR har ett gott samarbete med ledningen och entreprenörens MAS.

Ekonomi och administration:

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

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

- ☐ Namngiven verksamhetschef/enhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd/avtal (avser endast verksamhet i privat regi/på entreprenad)
- ☒ 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*):

0,96

Antal nattsjuksköterskor på uppföljd inriktning, omräknat till heltidsanställningar

(*anges med två decimaler*):

0,17

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

0,22

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

0,13

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):

10,24

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

2,02

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 brukaren med:

- ☐ Dennes (personalens) namn
- ☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

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

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:

Enheten arbetar med att få berörda underskrifter på samtliga genomförandeplaner samt förtydliga den enskildes deltagande i upprättandet av genomförandeplanen.

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 namnskyld 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:

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 minst tre rätter, varav en vegetarisk, vid minst en måltid

Eventuell kommentar avseende mat och måltider:

De boende erbjuds 2 rätter att välja mellan enligt avtalet. En efterrätt erbjuds antingen till lunch eller middag varje dag.

Stimulans:

Stimulans:

- ☒ De boende erbjuds kontinuerligt gemensamma aktiviteter
- ☒ De boende erbjuds kontinuerligt individuella aktiviteter
- ☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer

De boende erbjuds regelbunden utevistelse:

- ☒ i närmiljön
- ☒ på balkong, terrass, altan

Eventuell kommentar avseende stimulans:

Verksamheten behöver utveckla arbetet med att erbjuda individuella aktiviteter utifrån den enskildes behov och önskemål.

Hälso- och sjukvård:

- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- ☒ De boende har en namngiven läkare
- ☒ 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
- ☒ Extern 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:

En mer omfattande genomlysning av läkemedelshanteringen har genomförts i februari och mars 2012 genom ett projekt av LB via stimulansmedel. Ett flertal åtgärder har därefter vidtagits och förbättrats. En ny extern granskning kommer att ske under våren -13 med kopia på dess protokoll till LB.

Dokumentation, hälso- och sjukvård:

- ☐ Journalerna innehåller den lagstadgade journalföringen
- ☒ 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:

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i VODOK som är Stadens elektroniska journal för hälso- och sjukvård. LB och LSL har endast erhållit 4 medgivanden till journalgranskning av 86 boende. Enligt LB och LSL är det inte möjligt att bedöma hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation utifrån det begränsade urvalet av journaler. LB och LSL har kunnat hämta statistik från VODOK över antal uppdaterade riskbedömningar av nutrition, fallolyckor och trycksår.

Rehabilitering:

- ☒ För nyinflyttade boende görs en funktionsbedömning av sjukgymnast
- ☒ För nyinflyttade boende görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut
- ☒ Rehabiliteringsplaner 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:

Verksamheten genomför likadana riskbedömningar i journalprogrammet VODOK som finns i Senior Alert (om de boendes nutritin = MNA, de boendes risk för fallolyckor = Downton, de boendes risk för trycksår = Norton). Vid vård i livets slutskede arbetar verksamheten med den evidensbaserade modellen Liverpool Care Pathway vars innehåll Palliativa registret bygger på. För övrigt följer verksamheten Datainspektionens föreskrifter.

