

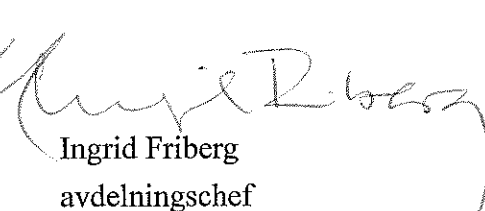
12

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-08-27

Uppföljning av vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi - Koppargården

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.


Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör
Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförare av vård- och omsorgsboenden följs upp årligen. När det gäller verksamheter i egen regi ansvarar stadsdelsnämnden för uppföljningen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Koppargården. Boendet drivs i egen regi och är beläget i Vällingby. Koppargården har sammanlagt 145 platser. 87 av platserna är för personer med demenssjukdom och 58 platser med somatisk inriktning.

Ett förbättringsarbete gällande ledningssystemet samt dokumentationen av hälso- och sjukvård krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. På förvaltningens begäran har utföraren lämnat in en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska avhjälpas. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att bristerna åtgärdas.

Bilaga:

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)
2. Åtgärdsplan
3. Brev angående åtgärdsplan

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla verksamheter inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, ledsagning och avlösning som är belägna inom stadsdelsområdet och verksamheter som staden har ramavtal med ska följas upp årligen. Syftet är att få kunskap om enheternas styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån den mall som äldreförvaltningen har tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden. Mallen för 2015 är reviderad och högre krav ställs på att verksamheterna kan uppvisa dokumentation på att de arbetar utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

När det gäller verksamheter i egen regi är det stadsdelsnämnderna som ansvarar för uppföljningarna. Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Koppargården den 15-16 april 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef, biträdande verksamhetschefer samt sjuksköterskor. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Koppargården har sammanlagt 145 platser. 87 av platserna är för personer med demenssjukdom och 58 platser är med somatisk inriktning.

Kvarstående brister från föregående år:

- Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Rutiner behöver även upprättas över hur egenkontrollen utförs, att egenkontroll görs samt med vilken frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- En övergripande riskanalys behöver upprättas samt en redogörelse för hur verksamheten arbetar för att förebygga och hantera eventuella risker.

- Brister angående den löpande dokumentationen, avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen samt social dokumentation kvarstår

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten behöver identifiera alla sina processer
- Verksamheten behöva identifiera sin externa samverkan. Rutiner behöver även upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt.
- Rutin för sammanställning och analys av inkomna avvikelser behöver upprättas samt rutin för återkoppling av resultaten för justering i verksamhetens processer

Förvaltningen har därför begärt att utföraren utarbetar en åtgärdsplan som visar hur man arbetar för att komma tillrätta med bristerna. En åtgärdsplan har lämnats in i tid. Planen beskriver vad som har åtgärdats redan och vad verksamheten arbetar med inom samtliga utvecklingsområden samt när det ska vara klart. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under hösten.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Bilaga 1.

Vård- och omsorgsboende: Koppargårdens vård- och omsorgsboende - Demens**Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby****Avtalspart/Nämnd:**

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Jeanette Whalberg

Adress:

Bättringsvägen 5 - 9, 162 52 Vällingby

Telefon:

08-508 04805

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:

87

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	14
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	40
Kungsholmen	1
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	2
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	15
Södermalm	
Älvsjö	1
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller Eva Ingstrand MAS Marianne Ankersjö MAR.

Datum för uppföljningen:

Den 15 april 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

enhetschef Jeanette Whalberg, bitr enhetschef Azra Beslija, bitr enhetschef Rateb Bitar, bitr enhetschef Gudrun Sköldhammar, Efti Karami sjuksköterska samt Horriyeh Hashemi sjuksköterska

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till viss del har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter. Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med sina processer, riskanalyser, egenkontroll samt samverkan. Utifrån den samlade bedömningen har verksamheten till stor del förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård men med visst behov av att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inom 4 månader Verksamheten behöver identifiera sina processer Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med riskanalys, avvikelser och egenkontroll. Verksamheten behöva identifiera sin externa samverkan. Rutiner behöver även upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt. HSL dokumentationen behöver förbättras avseende löpande dokumentation, hjälpmedelsförskrivningar, epikriser, hälsoplaner samt riskbedömningar. För de brister som påtalats, har verksamheten lämnat in en åtgärdsplan. Inför uppföljning 2016: Den sociala dokumentationen behöver utvecklas.

Återkoppling föregående års uppföljning:**Återkoppling av föregående års uppföljning. Sammanfattning:**

Vid årets uppföljning kvarstår brister gällande ledningssystem samt viss brist gällande den sociala dokumentationen Hälso- och sjukvård: -Brister gällande den löpande dokumentation, avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen. -Hälsoplaners utformning -Dokumentationens innehåll vid hjälpmedelsförskrivningar.

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:**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):

7

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

1,23

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

0,8

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

0,4

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*):

53,51

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

12,05

Andel timanställd omsorgspersonal, 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 ledning och personal:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från enhetschef som även informerar om att verksamheter arbetar med att kartlägga personalens behov av utbildning gällande det svenska språket i tal och skrift och ger kontinuerligt utbildning efter behov

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 påbörjat arbetet med att identifiera sina processer.

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

Verksamheten saknar rutin för hur den interna och externa samverkan ska ske. Verksamheten behöver även identifiera sina externa samverkanspartner

Risicanalys:

	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	☒	☐	☐	☐

Risicanalys har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Rutin för riskanalys fanns men verksamheten kunde inte uppvisa dokumentation på genomförda riskanalyser på en övergripande nivå

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

Verksamhetschef uppger att de sammanställer, analyserar och återkopplar avvikelser på kvalitetsråd 1 gång varje månad, dock saknas skriftlig rutin.

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

Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Verksamheten behöver även beskriva hur arbetsuppgifterna med egenkontrollen är fördelade inom enheten samt dokumentera hur verksamheten arbetar med de åtgärder som krävs utifrån egenkontrollens resultat.

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

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):

42

Boende från Stockholms stad:

☒ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Verksamheten behöver upprätta egenkontroller för att säkerställa att dokumentation förs enligt gällande lagstiftning. Vid en traditionell granskning av genomförandeplaner visade att det inte alltid framkommer av genomförandeplanerna vem som deltagit vid upprättande av planen. På flertalet av genomförandeplanerna saknades även underskrifter. Av den löpande dokumentationen enligt Sol som granskades framkom att dokumentationen inte alltid förs regelbundet samt inte alltid gällande rätt saker.

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:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från enhetschef

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:

Powered by  quicksearch

Vård- och omsorgsboende: Koppargårdens vård- och omsorgsboende - Somatisk

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart/Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Jeanette Wahlberg

Adress:

Bättringsvägen 5 - 9, 162 52 Vällingby

Telefon:

08-508 04805

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:

58

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	9
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	1
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	32
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	6
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	3
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller, Eva Ingstrand MAS samt Marianne Ankersjö MAR.

Datum för uppföljningen:

Den 15 april 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

enhetschef Jeanette Whalberg, bitr enhetschef Azra Beslija, bitr enhetschef Rateb Bitar, bitr enhetschef Gudrun Sköldhammar, Efti Karami sjuksköterska samt Horriyeh Hashemi sjuksköterska

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till viss del har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter. Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med sina processer, riskanalyser, egenkontroll samt samverkan. Utifrån den samlade bedömningen har verksamheten till stor del förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård men med visst behov av att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inom 4 månader Verksamheten behöver identifiera sina processer Ledningssystemet behöver utvecklas så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med riskanalys, avvikelser och egenkontroll. Verksamheten behöva identifiera sin externa samverkan. Rutiner behöver även upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt. HSL dokumentationen behöver förbättras avseende löpande dokumentation, hjälpmedelsföreskrivningar, epikriser, hälsoplaner samt riskbedömningar. För de brister som påtalats, har verksamheten lämnat in en åtgärdsplan. Inför uppföljning 2016: Den sociala dokumentationen behöver utvecklas ytterligare

Återkoppling föregående års uppföljning:**Återkoppling av föregående års uppföljning.
Sammanfattning:**

Vid årets uppföljning kvarstår följande utvecklingsområden: -Brister gällande riskanalys och egenkontroll kvarstår -Förbättring har skett gällande den sociala dokumentationen men viss brist kvarstår -Brister angående den löpande dokumentation, avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen kvarstår. HSL dokumentationen

behöver förbättras avseende löpande dokumentation, hjälpmedelsförskrivningar, epikriser Hälsoplaners utformning Dokumentationens innehåll vid hjälpmedelsförskrivningar.

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:**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):

5,15

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

0,82

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

1,2

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

0,6

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*):

32,25

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

7,87

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

18

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:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från enhetschef som även informerar om att verksamheter arbetar med att kartlägga personalens behov av utbildning gällande det svenska språket i tal och skrift och ger kontinuerligt utbildning efter behov

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 påbörjat arbetet med att identifiera sina processer

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

Verksamheten saknar rutiner för hur den interna och externa samverkan ska ske. Verksamheten behöver även identifiera sina externa samverkanspartner

Risikanalys:

	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	☒		☒	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Rutin för riskanalys fanns men verksamheten kunde inte uppvisa dokumentation på genomförda riskanalyser på en övergripande nivå

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

Verksamhetschef uppger att de sammanställer, analyserar och återkopplar avvikelser på kvalitetsråd 1 gång varje månad, dock saknas skriftlig rutin.

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

Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Verksamheten behöver även beskriva hur arbetsuppgifterna med egenkontrollen är fördelade inom enheten samt dokumentera hur verksamheten arbetar med de åtgärder som krävs utifrån egenkontrollens resultat.

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

En övergripande rutin för Medicintekniska produkter finns i staden men en lokalt anpassad rutin behöver upprättas.

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):

34

Boende från Stockholms stad:

☒ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Verksamheten behöver upprätta egenkontroller för att säkerställa att dokumentation förs enligt gällande lagstiftning. Vid en traditionell granskning av genomförandeplaner visade att det inte alltid framkommer av genomförandeplanerna vem som deltagit vid upprättande av planen. På flertalet av genomförandeplanerna saknades även underskrifter. Av den löpande dokumentationen enligt SoL som granskades framkom att dokumentationen inte alltid förs regelbundet samt inte alltid gällande rätt saker.

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:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från enhetschef

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete saknas

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:

Powered by  quicksearch



Åtgärdsplan Verksamhetsuppföljning Koppargården 2015

Nr	Prioriterat område	Åtgärd	Ansvarig	Klart
1	Identifiering av enhetens processer	Punkt 1-4 Arbetet med dessa punkter pågår. Arbetsgrupp bestående av enhetschefer och biträdande enhetschefer inom särskilt boende har träffats för att hitta gemensamma processer inom området. Dessa är framtagna 7/5. Ett första utkast är gjort och processerna går nu igenom och fastställas för att sedan anpassas lokalt till resp enhet.	Enhetschef	2015-06-15
2	Egenkontroll av verksamhetens samtliga områden		Enhetschef	2015-10-31
3	Övergripande riskanalys		Enhetschef	2015-09-30
4	Identifiera extern samverkan		Enhetschef	2015-09-30
5	Rutin för sammanställning och analys av inkomna avvikelser samt återkoppling	Punkt 5-7 Rutiningrupp är utsedd och ser nu över enhetens rutiner. Enhetens samtliga rutiner håller på att gås igenom, uppdateras och implementeras	Enhetschef Biträdande enhetschefer	2015-08-31
6	Upprättande av lokal rutin för egenkontroll av MTP		Enhetschef Biträdande enhetschefer	2015-08-31

Bj/999 2.



7	Upprättande av rutin för egenkontroll av HSL- dokumentation			Enhetschef Biträdande enhetschefer	2015-08-31
8	Förtydliga orsak och resultat av åtgärder	Punkt 8-13 Dessa punkter avser HSL- dokumentation. HSL- ansvariga sjuksköterskor har gått igenom brister och skapat en åtgärdsplan med enhetens sjuksköterskor om när påtalade brister skall var åtgärdade.		HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
9	Dokumentera samtycke för skyddsåtgärder			HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
10	Uppdatera riskbedömningar			HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
11	Avsaknad av epikriser i många fall			HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
12	Överflytt av aktuella hälsoplaner från det gamla till det nya journalsystemet			HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
13	Öka andel hälsoplaner som innehåller åtgärder			HSL- ansvariga SSK	2015-05-30
14	Utveckla hälsoplaner inom området rehabilitering	Punkt 14-15 Sjukgymnast och arbetsterapeut har åtgärdat påtalade brister i dokumentationen enligt åtgärdsplan.		Sjukgymnast Arbetsterapeut	2015-07-31
15	Dokumentera hjälpmedelsförskrivningar			Sjukgymnast Arbetsterapeut	2015-07-31



VERKSAMHETSUPPFÖLJNING

Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning genomförde den 15 april 2015 en verksamhetsuppföljning av Koppargårdens vård- och omsorgsboende.

Förvaltningen kan konstatera att verksamheten avviker från gällande lagar och föreskrifter på följande områden:

- Verksamheten behöver identifiera sina processer
- Egenkontrollen behöver utvecklas så att den omfattar verksamhetens alla områden. Rutiner behöver även upprättas över hur egenkontrollen utförs, att egenkontroll görs samt med vilken frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten behöver även beskriva hur arbetsuppgifterna med egenkontrollen är fördelade inom enheten samt dokumentera hur verksamheten arbetar med de åtgärder som krävs utifrån egenkontrollens resultat.
- En övergripande riskanalys behöver upprättas samt en redogörelse för hur verksamheten arbetar för att förebygga och hantera eventuella risker.
- Verksamheten behöver identifiera sin externa samverkan. Rutiner behöver även upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt
- Rutin för sammanställning och analys av inkomna avvikelser behöver upprättas samt rutin för återkoppling av resultaten för justering i verksamhetens processer

Följsamheten till Stadens rutiner för hälso- och sjukvårdsdokumentation behöver förbättras.

- Lokal rutin för egenkontroll av medicintekniska produkter behöver upprättas
- Lokal rutin för egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation behöver upprättas.
- Löpande dokumentation gällande orsak och resultat av åtgärder behöver förtydligas
- Hjälpmedelsföreskrivningar dokumenteras ej i enlighet med föreskrivningsprocessens krav. För rörelselarm och andra

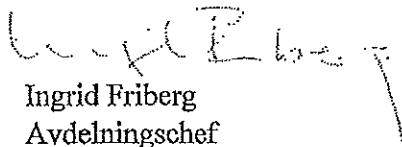


skyddsåtgärder saknas ofta samtycke. Samtycket ska dokumenteras i samband med förskrivningen.

- Riskbedömningar behöver uppdateras vid förändrat hälsotillstånd
- Epikriser finns i några journaler men saknas över lag
- Samtliga aktuella hälsoplaner ska vara överflyttade från gamla till nya journalsystemet så de blir lättillgängliga i vårdarbetet.
- Andelen hälsoplaner som innehåller åtgärder behöver öka.
- Hälsoplaner inom området för rehabilitering behöver utvecklas.

Med anledning av detta begär förvaltningen in en åtgärdsplan. Av åtgärdsplanen ska det framgå att bristerna kommer att åtgärdas inom 4 månader från dagens datum. Åtgärdsplanen ska vara inskickad till förvaltningen senast den 11 maj 2015. Om du har frågor kan du kontakta Ann-Charlotte Ohlsson på telefon 08-508 04 883 som du även skickar/mailar åtgärdsplanen till.

Adress:
Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning
Box 3424
164 23 Hässelby


Ingrid Friberg
Avdelningschef