

Rio vård- och omsorgsboende - demens



Vård- och omsorgsboende: Rio - demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart / Nämnd:

Attendo Sverige AB

Verksamhetschef / enhetschef:

Christina von Segebaden
Camilla Grimsby Klein

Adress:

Sandhamnsgatan 4, 115 40 Stockholm

Telefon:

08-508 42 251
08- 508 42 271

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:

32

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	5
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	3
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	1
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	20

Uppföljningen utförd av:

Linnéa Svanström Leistedt, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Lili Briese, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Marjo Tuomi, utvecklingssekreterare

Datum för uppföljningen:

MAR har följt upp verksamheten 2/6.
 MAS har följt upp verksamheten 26 maj och vid flera tillfällen i juni och juli.
 Separat uppföljningsmöte med ledningen 8 juni och fokusgrupp med omvårdnadspersonal 30 juni. Flera intervjuer under maj-augusti.

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Vid uppföljningen har MAR haft kontakt med Camilla Bergqvist, leg. arbetsterapeut, Dorota Kulik, leg. Sjukgymnast och Camilla Grimsby Klein, verksamhetschef.
 Vid uppföljningen har MAS haft kontakt med verksamhetscheferna Camilla Grimsby Klein, Jennifer Johanson och flera av sjuksköterskorna både ordinarie och timanställda.
 Vid uppföljningen av den sociala omsorgen medverkade verksamhetscheferna Camilla Grimsby Klein och Jennifer Johanson. Vid fokusgruppsmöte medverkade en undersköterska från varje våningsplan.

Metod för uppföljningen:

MAS har intervjuat verksamhetscheferna Camilla Grimsby Klein, Jennifer Johanson och flera av sjuksköterskorna både ordinarie och timanställda.

MAS har också följt upp verksamheten genom att

- granska ledningssystemet och kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2014
- granska bemanningslistan från juni 2015 gällande hälso- och sjukvårdspersonalen
- granska riskanalysen för sommarbemanningen 2015
- göra anmälda och oanmälda besök i verksamheten
- göra en skriftlig inventering i juni 2015 av samtliga boendes (utan personuppgifter) nutritionsstatus och sjuksköterskornas vidtagna åtgärder
- göra en skriftlig inventering i juni 2015 av samtliga boendes (utan personuppgifter) ordinerade skyddsåtgärder
- granska statistik om rapporterade avvikelser för 2014 och 2015 till och med maj
- granska statistik om uppdaterade bedömningar i juli 2015 av samtliga boendes (utan personuppgifter) risker för malnutrition, fallolyckor och trycksår
- granska verksamhetens mätningar av samtliga boendes natt- och dygnsfasta i nov -14 och maj -15 samt resultaten
- ta del av entreprenörens MAS granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

MAR har intervjuat Camilla Bergqvist, leg. arbetsterapeut, Dorota Kulik, leg. Sjukgymnast och Camilla Grimsby Klein, verksamhetschef, granskat berörda rutiner, tagit del av verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, riskanalys för sommarbemanningen 2015 samt entreprenörens MAS granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Intervjuer med ledningen, fokusgrupp med omvårdnadspersonal, anmälda och oanmälda platsbesök med observationer, granskning av bemanning och av olika dokument, bland annat av ledningssystem.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Sammanfattning av hälso- och sjukvården:
 Sedan föregående uppföljning 2014 har ledningen tillsammans med sin hälso- och sjukvårdspersonal upprättat nya rutiner och uppdaterat befintliga för att säkra kvaliteten i vården av de boende. Hälso- och sjukvårdspersonalen har på ett föredömligt sätt också visat att de kan vårda boende med behov av mer kvalificerad hälso- och sjukvård. Ledningen har även genomfört en omfattande risk- och väsentlighetsanalys och identifierat relevanta riskområden i verksamheten. Utifrån de resultat som framkommit vid 2015 års uppföljning bedömer MAS att förutsättningar finns för att de boende ska få en god och säker hälso- och sjukvård på Rio.

Förbättringsområden inom hälso- och sjukvården som följs upp 2016:

Ledningens skriftliga förtydliganden om

- väsentliga processer och aktiviteter kopplade till berörda rutiner inom ledningssystemet
- samverkan mellan de interna yrkesgrupperna för att säkra kvaliteten av vården och omsorgen om de boende
- den lokala egenkontrollens områden
- ansvaret för vissa identifierade riskområden.

Den samlade bedömningen av uppföljningen av den sociala omsorgen är att utföraren följer lagar, avtal och föreskrifter och har

därmed de förutsättningar som krävs för god och säker verksamhet. Utföraren bör dock utveckla beskrivningen av processer samt tydliggöra rutinerna för riskanalys, samverkan och egenkontroller i ledningssystemet.

Följande avvikelser / brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Samtliga förbättringsområden från förra uppföljningen är åtgärdade.

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*):

3,2

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

0,73

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

0,36

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

0,3

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):

20,06

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

3,79

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

22

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbitråde/undersköterska)

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

91,67 procent av omvårdnadspersonalen har 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

Sedan 2014 års uppföljning har ledningen tillsammans med sina medarbetare utvecklat sitt ledningssystem med bland annat ett flertal lokala och relevanta rutiner för hälso- och sjukvården.

Förbättringsområde: Ledningen behöver utveckla och dokumentera sitt arbete med väsentliga processer och aktiviteter som ska kopplas till befintliga och vid behov nyupprättade lokala rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.

Följs upp 2016.

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

Förbättringsområde: Ledningen behöver tydliggöra de interna yrkesgrupperna som ska samverka för att säkra kvaliteten i vården och omsorgen om de boende.
Följs upp 2016.

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

Ledningen har genomfört en omfattande risk- och väsentlighetsanalys och identifierat relevanta riskområden i verksamheten.
Förbättringsområde: Ansvar för vissa områden som kommuniceras av MAS behöver förtydligas skriftligt.
Fler risker inom verksamheten behöver identifieras i syfte att kunna förekomma dem.
Följs upp 2016.

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

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns behöver utvecklas (3 p)	(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

Ledningen behöver tydliggöra rutinerna för den lokala egenkontrollen och dess områden.
Följs upp 2016.

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

Verksamheten saknar skriftliga rutiner för 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*):

94

Boende från Stockholms stad:

☐ Inga boende från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Godkänd dokumentation om hälso- och sjukvården av entreprenörens MAS som granskat 5 slumpmässigt valda journaler.

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

Eventuell kommentar avseende kvalitetsregister: