



Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2017-10-26

Uppföljning av Skolörtens servicehus som drivs i egen regi

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av upp-
följningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av
Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verk-
samheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som
ligger utanför Stockholms Stad.

I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av
Skolörtens servicehus. Servicehuset drivs i egen regi och är beläget i
Åkermynatan. Skolörten har 137 lägenheter totalt. I dagsläget bor 94
personer på servicehuset varav 81 kommer från Hässelby-Vällingby.
Målgruppen är äldre personer som är i behov av särskilt boende utan
hellygnsomsorg.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren
till stor del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar
och föreskrifter. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att ut-
veckla sitt ledningssystem tillsammans med tillhörande processer
och rutiner.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för beställare äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Ärendet

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad. Syftet är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter samt eventuella förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån en mall som äldreförvaltningen tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden.

Privata utförare i stadsdelen följs upp på uppdrag av äldrenämnden som är ytterst ansvarig för verksamheterna. Ärendet är då enbart för kännedom för nämnd. För verksamheter i egen regi samt de som drivs på entreprenad, är det stadsdelsnämnden som är ytterst ansvarig. 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 Skolörtens servicehus den 2 juni 2017. Från utföraren deltog enhetschef samt två biträdande enhetschefer. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Skolörtens servicehus drivs i egen regi och är beläget i Åkermymtan. Skolörten har 137 lägenheter totalt. I dagsläget bor 94 personer på servicehuset varav 81 är från Hässelby-Vällingby. Målgruppen är äldre personer som är i behov av särskilt boende utan heldygnsomsorg.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Resultatet av Hälso- och sjukvårds dokumentations egenkontroll visar att flertalet brister kvarstår och behöver åtgärdas, bland annat riskbedömningar.

- Verksamhetens egenkontroll av SoL dokumentationen visar att verksamheten behöver säkerställa att den löpande dokumentationen enligt SoL skrivs i större utsträckning.
- Verksamhetens egenkontroller saknar resultat och analys undantaget den genomförda egenkontrollen av SoL- dokumentation. Rutiner för egenkontroll behöver omfatta fler områden.
- Medicintekniska produkter saknar lokala rutiner som komplement till de befintliga mer övergripande rutinerna.
- Sammanfattning, analys och åtgärdsplan av risk och konsekvensanalysen.
- Verksamheten tillämpar inte kvalitetsregistret Senior alert.

Kvarstående brister från föregående år:

- Resultatet av Hälso- och sjukvårds dokumentations egenkontroll visar att flertalet brister kvarstår och behöver åtgärdas.
- En rutin för egenkontroll för basala hygienrutiner har framtagits. Verksamheten har inte redovisat genomförd egenkontroll samt resultat.
- Verksamhetens egenkontroll av SoL dokumentationen visar att verksamheten behöver säkerställa att den löpande dokumentationen enligt SoL skrivs i större utsträckning.
- En rutin för egenkontroll har framtagits. Verksamheten har inte redovisat den egenkontroll av medicintekniska produkter som utförs av omvårdnadspersonal.

Förvaltningen har begärt att utföraren ska åtgärda bristerna. Vid verksamhetsuppföljningen 2018 kommer bristerna följas upp.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Verksamhetsuppföljning Skolörtens servicehus 2017

**Stockholms
stad****Servicehus: Skolörtens servicehus****Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby****Verksamhetschef/enhetschef:**

Eva Ingstrand

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

08-508 12 371

Verksamhetens regiform:☒ Kommunal regi☐ Entreprenad**Antal lägenheter totalt:**

137

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	16
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	

Hässelby-Vällingby	81
Kungsholmen	2
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	5
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	4
Södermalm	1
Älvsjö	
Östermalm	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på servicehuset. Intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Muriel Barrientos, verksamhetscontroller
Kirsti Arama, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Marianne Ankersjö, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Datum för uppföljningen:

2017-06-02

Från utföraren medverkade:

Eva Ingstrand enhetschef, Jenny Granskog, bitr.enhetschef, Bintou Tent bitr.enhetschef

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren till stor del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att utveckla sitt ledningssystem tillsammans med tillhörande processer och rutiner. Vidare behöver verksamheten planera för implementering av nya processer och rutiner som har tillkommit och som ska tillkomma. Verksamheten har påbörjat arbetet med att implementera samtliga nya rutiner som tillkommit sedan föregående uppföljning.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

- Resultatet av Hälso- och sjukvårds dokumentationens egenkontroll visar att flertalet brister kvarstår och behöver åtgärdas, bland annat riskbedömningar.
- Verksamhetens egenkontroll av SoL dokumentationen visar att verksamheten behöver säkerställa att den löpande dokumentationen enligt SoL skrivs i större utsträckning.
- Verksamhetens egenkontroller saknar resultat och analys undantaget den genomförda egenkontrollen av dokumentation. Rutiner för egenkontroll behöver omfatta fler områden.
- Lokala rutiner för Medicintekniska produkter behöver kompletteras med hur kompetensen kring medicintekniska produkter säkerställs.
- Sammanfattning, analys och åtgärdsplan av risk och konsekvensanalysen.
- Verksamheten tillämpar inte kvalitetsregistret Senior alert.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

- Verksamhetens egenkontroll av SoL dokumentationen visar att verksamheten behöver säkerställa att den löpande dokumentationen enligt SoL skrivs i större utsträckning.
- Resultatet av Hälso- och sjukvårds dokumentationens egenkontroll visar att flertalet brister kvarstår och behöver åtgärdas.
- En rutin för egenkontroll för basala hygienrutiner har framtagits. Verksamheten har inte redovisat en genomförd egenkontroll och dess resultat.
- En rutin för egenkontroll för medicintekniska produkter har framtagits. Verksamheten har inte redovisat den egenkontroll av medicintekniska produkter som utförs av omvårdnadspersonal.

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:

Verksamhetschef:

- ☒ Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är utsedd

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes förnamn

☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §

☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

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

3,25

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

0

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

1,25

**Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

1,7

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:

Careteams mobila sjukskötersketeam ansvarar jourtid

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll:

37

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

34,1

Antal omvårdnadspersonal natt:

5

Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):

4

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

180

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)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Ovanstående uppgifter är inhämtade muntligen från utföraren.

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:

Risikanalys:

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

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Senast utförd riskanalys genomfördes 170602 för flertalet riskområden.

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐
Rutiner för anmälan av vårdskada (Lex Maria) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:**Egenkontroll:**

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

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutiner för egenkontroll behöver omfatta fler områden. För genomförd egenkontroll skall analys och åtgärdsplan finnas.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐

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/dokument:

Lokala rutinen för Medicintekniska produkter behöver kompletteras med beskrivning av hur kompetens kring hantering av hjälpmedel säkras.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Huvudprocesserna är identifierade. I vissa processbeskrivningar saknas dock information om vem som ansvarar för uppdatering, var informationen ska finnas tillgänglig, och hur den ska implementeras.

I praktiken meddelas nya rutiner på arbetsplatsträffar och kvalitetsråd en gång per månad.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Signeringslista för att all personal tagit del av nya rutiner skall introduceras i verksamheten.

Kvalitetsregister:

- ☐ Enheten registrerar i Senior alert
- ☒ Enheten registrerar i Svenska palliativregistret

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Verksamheten har på grund av personalomsättning inte kunnat registrera i Senior Alert.

Social dokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

10 granskade akter i egenkontrollen. Samtliga innehöll genomförandeplaner dock saknas vem som upprättat planen. Avseende den löpande dokumentationen saknade flera akter veckovis sammanfattning och några saknade nästan helt dokumentation.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation:

Egenkontrollen av hälso-och sjukvårdsdokumentationen visar brister bl.a. i vårdprocesser (fokus på nutrition och måltidsituation, som har granskats) riskbedömningar med påföljande hälsoplaner och teamarbetet. Under hösten 2017 kommer verksamheten att ha utökad utbildning i dokumentation.

Dokumentationsförvaring:

☒ Personakt/journal förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

De boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☒ Skriftlig information

Stimulans:

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☐ Samarbete sker med frivilligorganisationer

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen i en lokal på Skolörtens servicehus.