

Verksamhetsuppföljning Skolörtens servicehus 2022



**Stockholms
stad**

1. Basuppgifter:

Servicehus: Skolörtens servicehus

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Adress:

Sandviksvägen 155, 165 70 Hässelby

Verksamhetschef/enhetschef:

Amanda Farhadian

Telefon:

08-508 04 260

Antal lägenheter totalt:

88

Uppföljningen utförd av:

verksamhetsuppföljare:
Muriel Barrientos, verksamhetscontroller
Kirsti Arama, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Från utföraren medverkade:

samordnare
HSL biträdande chef/ssk
undersköterska

Datum för uppföljningen (åå/mm/dd):

220405

2. Sammanfattning:

Sammanfattning:

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten delvis uppfyller de krav som ställs för att ge en säker vård och omsorg av god kvalitet.

Verksamhetens styrkor utifrån verksamhetsuppföljningen är förbättringsarbetet av den sociala dokumentationen och dokumentationen gällande hälso- och sjukvård vilket gett goda resultat. Verksamhetens aktiva värdegrundsarbetet återspeglas i resultaten av brukarundersökning och kvalitetsuppföljning på individnivå.

Ett fortsatt övergripande utvecklingsområde är att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet i syfte att tillvarata och systematiskt arbeta för att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker.

Verksamheten har upprättat en handlingsplan för att åtgärda identifierade brister och utvecklingsområden.

a) Följande brister finns vid denna uppföljning:

verksamheten har inkommit med en del kompletteringar/åtgärder efter genomförd verksamhetsuppföljning.

verksamheten behöver utveckla och förbättra arbetet med resultatet av genomförda egenkontroller, inkomna synpunkter/ avvikelser och externa uppföljningsresultat behöver verksamheten i större utsträckning än i dag analysera resultaten och vidta åtgärder som dokumenteras och följs upp.

Verksamheten saknar ett systematiskt arbetssätt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet utifrån inkomna synpunkter/avvikelser. Verksamheten behöver dokumentera inkomna synpunkter/avvikelser SoL i större utsträckning. Vidare behöver samtliga synpunkter/avvikelser utredas, analyseras, åtgärdas och följas upp.

Rutinerna för att genomföra egenkontrollerna varierar kvalitetsmässigt en del rutiner för egenkontroll behöver bli mer beskrivande och förklara hur egenkontrollen ska genomföras och sammanfattas/analyseras/följas upp.

Livsmedelshantering- rutiner och resultat av genomförd egenkontroll saknas

Befintlig riskanalys behöver förtydligas och följas upp mer kontinuerligt.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydlig när det gäller arbetet med HSL dock saknas liknande struktur när det gäller SOL.

b) Följande brister är kvarvarande sedan

föregående verksamhetsuppföljning:

Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):

221230

3. Ledning

Ledning:

- Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen är utsedd
- Ansvarig för den dagliga driften är närvarande och delaktig i verksamheten
- Arbetsledning dygnet runt är tydligt utpekad i den lokala rutinen
- Informationen om verksamheten på Stockholms stads hemsida stämmer

Eventuella kommentarer avseende ledning:**4. Hälso- och sjukvårdspersonal:****Hälso- och sjukvårdspersonal:**

- Sjuksköterska finns enligt 11 kap 4§ hälso-och sjukvårdslagen (motsvarande MAS)
- De enskilda har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

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

2,86

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

0,75

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

0,5

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilt team	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilt team	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Mobilt sjukskötersketeam, Big Care, på kvällar och nätter

5. Omvårdnadspersonal:

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

23,98

Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

3,81

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

10

Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent (*inga decimaler*):

77

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Antal anställda totalt:

6. Rutiner och dokument för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
1) Introduktion av nyanställd personal alla kategorier	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Kontaktmannaskap	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Gemensam plan för kompetensutveckling	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Beskrivning av verksamhetens värdegrundsarbete	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Social dokumentation	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Ny kund	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Avslut av kund	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Åtgärdskedja vid trygghetslarm	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Hantering av nycklar eller motsvarande	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Hantering av privata medel eller motsvarande	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Basala hygienrutiner	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Livsmedelshantering	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Förebyggande och behandling av undernäring enligt SOSFS 2014:10	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Fotsjukvård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Medicintekniska produkter i enlighet med HSLF FS 2021:52	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Verksamheten har satt upp informationskärmar (touchfunktion) i personalutrymmet där verksamhetens rutiner finns tillgängliga för personalen.

2. Rutinen beskriver kontaktmannens ansvarsområden/arbetsätt, rutinen ska skrivas under av respektive kontaktman.

3. Kompetensutvecklingsplanen utgår delvis från verksamhetens behov.

Följande utbildningar saknas i kompetensutvecklingsplanen:

HSL: utbildning för förflyttningsteknik.

4. Verksamheten har tagit fram en lokal värdegrund med tillhörande värdegrundstavlur som är uppsatta i personalrummen. Verksamheten använder sig av Stockholms stads värdegrundslåda som även används också som underlag vid reflektionsträffarna 1ggr/mån, å1tim, 4 reflektionsledare. Verksamheten har tagit fram en mapp med diskussionsfrågor kring etik. Verksamheten saknar minnesanteckningar från reflektionstimmarna.

reflektion en gång i månaden, fyra reflektionsledare. obligatoriskt. etiska frågor- en mapp med diskussionsfrågor.

9. Verksamheten använder sig av digitala lås.

11. Rutinen saknade information om gällande hygienobservationer men har åtgärdats, samt basala hygienrutiner vid hantering av MTP.

12: Rutiner för livsmedelshandel saknar information om hur livsmedel/matlådor ska hanteras i verksamheten/hos brukare.

18. MTP-rutin finns delvis. Rutinen saknar en tydlig ansvarsfördelning samt en tydlig beskrivning kring hur personal ska arbeta.

Följande information saknas i rutinen:

- vem som ger behörighet att förskriva hjälpmedel efter säkerställa om kompetens samt hur kompetensen säkerställs
- vem som är utbildningsansvarig för Medicintekniska produkter
- vem som ger behörighet för beställning i Agresso och Beställningsportalen
- vid avvikelser och tillbud vem som är anmälningsansvarig till Läkemedelsverket.

MAR rekommenderar att verksamheten skapar en rutin för skyddsåtgärder.

- Verksamhetens rutiner för beställningar, t ex vem som beställer vad och var dokument förvaras.

- Vem bekostar basmadrass vid förskrivning av vårdäng. Detta bör framgå här.

7. Samverkan:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för intern samverkan finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för extern samverkan finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Rutin för extern och intern samverkan finns, samtliga samverkanspartners finns med i rutinen.
I delen för extern samverkan saknas information gällande om det genomförs samverkansmöten ex. 1 ggr/termin med ex. Big Care och läkarorganisationen.

8. Riskanalys:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för riskanalys finns	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultat från riskanalys finns	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Verksamheten har upprättat flera olika riskanalyser utifrån verksamhetens behov. Konsekvenserna i riskanalysen behöver identifieras samt tydliggöras i syfte att ta fram relevanta åtgärder. Med hjälp av personalens medverkan kan konsekvenser utifrån faktiska arbetssätt tas fram. Kontinuerlig uppdatering av riskanalyserna saknas, verksamheten behöver revidera samt följa upp att riskanalysen uppdateras. (kvarstående utvecklingsområde)

9. Avvikelsehantering:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för avvikelsehantering finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden till IVO (Lex Sarah) finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada till IVO (Lex Maria) finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avvikelser, klagomål och synpunkter används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

verksamheten saknar ett systematiskt arbetssätt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet utifrån inkomna synpunkter/avvikelser. (kvarstående) Verksamheten behöver dokumentera inkomna synpunkter/avvikelser SoL i större utsträckning. Vidare behöver samtliga synpunkter/avvikelser utredas, analyseras, åtgärdas och följas upp.

I rutinen för Avvikelsehantering framgår mestadels exempel på SOL avvikelser. Rutinen saknar HSL exempel, men efter verksamhetsuppföljning har dessa lagts till.

Lex Maria-Rutin: Hänvisning till stadens riktlinjer saknas.

10. Egenkontroll:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för egenkontroller finns	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) uppfyller ställda krav	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultat från egenkontroller av basal hygien finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från egenkontroller används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från externa uppföljningar används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Verksamheten har ett årshjul för egenkontroller, resultat av egenkontroller följs upp på månadsmöten. upprättade handlingsplaner i syfte att åtgärda och följa upp bristerna saknas.

Genomförda egenkontroller saknar delvis dokumentation/tillhörande analys, resultat och åtgärder.

Rutinerna för att genomföra egenkontrollerna varierar kvalitetsmässigt en del rutiner för egenkontroll behöver bli mer beskrivande för att förklara hur egenkontrollen ska genomföras och sammanfattas/analyseras/följas upp.

Egenkontroller:

Dokumentation SoL (SOSFS 2014:5) 13- förbättring har skett sedan föregående egenkontroll. Genomförd egenkontroll saknar uppföljningsdatum.

Dokumentation hälso- och sjukvård (PDL 2008:355 och SLF-FS 2016:14) har genomförts enligt stadens mall (10 journaler har granskats) och är bra.

Delegering, verksamheten har tagit fram ett dokument/Excel fil där det tydligt framgår vilka delegeringar som behöver förnyas. Resultat ua.

Läkemedelshantering- av genomförda egenkontroller för signeringslistor (administrerad läkemedel av baspersonal) framgår att det fortfarande finns brister trots åtgärder som vidtagits, Utbildningar i läkemedelshantering ska genomföras, som en ytterligare åtgärd.

Basala hygienrutiner- egenkontroll sker genom egenskattning men även med observationer.

Medicintekniska produkter,

Egenkontroll baspersonalens MTP är riktigt bra! Verksamheten har inkommit med information om genomförda egenkontroller/MTP (maj -22), som sjuksköterska ansvar för. Resultatet av dessa är ua.

Livsmedelshantering- egenkontroll saknas/genomförs inte- kvarstående brist sedan 2020 (enligt åtgärdsplan)

digitala lås- egenkontroll genomförs endast i syfte att säkerställa att batteri finns i.

Larmloggar- resultat av genomförd egenkontroll saknas.

11. Processer och förankring:

	Ja	Delvis	Nej
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydlig när det gäller arbetet med HSL dock saknas liknande struktur när det gäller SOL. Verksamheten behöver säkerställa att personalen medverkar i kvalitetsarbetet.

12. Nationella kvalitetsregister:

Enheten registrerar i Senior alert

Enheten registrerar i Svenska palliativregistret

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Alla sjuksköterskor ska registrera i palliativt register, vilket inte har skett under 2021. Endast två av tre ordinarie sjuksköterskor har gjort det.