



Uppföljning av ramavtal om enstaka platser och stadens vård- och omsorgsboende för äldre

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Solberga vård- och omsorgsboende
Ägare:	Stockholms stad, Älvsjö stadsdelsförvaltning
Inriktning:	Äldre personer med demensjukdomar
Tillstånd från länsstyrelsen:	ej aktuellt
Adress:	Folkparksvägen 156, 126 39 Hägersten
Verksamhetschef/enhetschef:	Åke Cronander
Telefon:	08-508 21 550, 076-12 21 550
Hemsida:	
Antal boende totalt:	123
Varav antal boende från staden:	120
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Bromma 1, Enskede/Årsta 4, Hägersten 31, Katarina/Sofia 1, Kungsholmen 1, Liljeholmen 8, Maria gamla stan 2, Skarpnäck 8, Skärholmen 3, Vantör 6, Älvsjö 52, Östermalm 4, Danderyd 1, Huddinge 2.
Uppföljningen utförd av:	Edit Fonad
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Verksamhetschef, enhetschefer, sjuksköterskor, omvårdnads- och administrativa personal samt anhöriga/närstående.
Datum för uppföljningen:	2007-05-11

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning utifrån begreppen integritet, gott bemötande, trygghet, inflytande:

Solberga vård och omsorgsboende är ett sjukhem med 123 platser för personer med demenssjukdomar. Boendet ger ett gott intryck. Verksamheten inryms i en fyravåningsbyggnad med 110 permanent, 13 korttids samt 10 daggästplatser. Vissa av bostädernas standard uppfyller inte helt kraven som anges i den nationella handlingsplanen för en fullvärdig bostad. Med anledning av detta har stadsdelsnämnden 2007-05-15 beslutat att dessa brister kommer att åtgärdas under hösten 2007. Enheterna är låsta med kodlås. Synlig kod finns i anslutning till de låsta dörrarna med undantag för de s.k. gruppboendena.

Fokus läggs på de boendes trygghet och säkerhet samt deras integritet och är garanterad genom att det finns personal tillgänglig dygnet runt. De arbetar som kontaktman och sköter den dagliga omvårdnaden. De bemöter de boende med respekt, de tillfrågar och erbjuder hjälp när de ser att någon har svårighet t.ex., att hitta sitt rum eller har svårt att känna igen sin omgivning. Personalbemanningen är tillräcklig och omsättningen är obetydlig. Den intervjuade personalen anger att de är nöjda med ledningen och känner sig trygga på sitt arbete men att de inte alltid hinner med allt bl.a. utevistelserna.

Gruppaktiviteter organiseras och deltagandet är frivilligt. De intervjuade anhöriga angav brister på utevistelse och sysselsättningar på individnivå vilket överensstämmer med observationerna vid besökstillfällena. Måltiderna är styrda av leverantörens tidsschema med undantag för frukost och kvällskaffe. Leverantören erbjuder två maträtter men det är svårt för den dementa boende att själv välja maträtt och därför väljer personalen den maträtt som de tror sig veta att den boende tycker om och kan tillgodogöra sig. Personalen är behjälplig vid måltiderna och erbjuder hjälp till de som behöver.

Dokumentationerna, såväl den sociala och som hälso- och sjukvården, förs via av Stockholms stad uppköpt datasystem. Systemet har ännu många brister som försvårar användbarheten. Omvårdnadspersonalen dokumenterar sedan c:a en månad i det s.k. parasol-systemet och den legitimerade personalen sedan c:a ett halvt år i det s.k. VODOK-systemet.

Otydliga biståndsbeslut försvårar för omvårdnadspersonalen att utforma genomförandeplanerna. De manuella genomförandeplanerna i SoL-dokumentationerna innehåller övergripande formuleringar och flertalet saknar underskrift av de anhöriga/närstående. Utvärderingen av de genomförda insatserna saknas i journalerna. Dessa behöver tydliggöras/åtgärdas. De manuella dokumentationerna förvaras i individuella pärmar och är inlåsta i respektive kontor/matsal.

Skillnader gällande omvårdnadsdokumentationerna för hälso- och sjukvården finns mellan de olika enheterna. Vissa enheter dokumenterar i enlighet med gällande regelverk medan andra saknar aktuella status, anamnes och riskbedömningar. Detta behöver åtgärdas. Läkemedelsordinationer (läkemedelskort) i original förvaras inlåsta tillsammans med SoL-dokumentationerna i respektive kontor/matsal. Dessa ska förvaras i respektive läkemedelsförråd.

Integrerade konkreta mål för ledningssystemet, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitete och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12), är generellt beskrivna i verksamhetsplanen. Mätbara mål saknas. Även ledningssystemet för kvalitetsarbetet i

enlighet SoL (SOSFS 2006:11) uppfyller inte helt kraven. Detta måste åtgärdas.

Kompetensutvecklingen för personalen inriktar sig mot omvårdnaden av dementa personer.

Länsstyrelsen och Socialstyrelsen har gjort ett anmält besök vid korttids-/daggästverksamheten under november 2006. Besöket föranledde några anmärkningar av vilka verksamheten har åtgärdat ett antal.

☐ **Inga avvikelser finns.**

☒ **Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast :vid verksamhetsuppföljningen våren 2008:**

- Ange kodlås vid gruppboendena.
- Komplettera genomförandeplanerna med underskrift av den enskilde och/eller dennes närmaste företrädare.
- Genomför omvårdnadsdokumentationer i enlighet med regelverkets bestämmelser.
- Integrera mätbara mål i verksamhetens kvalitetssystem (verksamhetsplan).

Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade den 12 december 2005 om en uppföljningsmodell för hemtjänst, ledsagning och avlösning. Av beslutet framgår att modellen även ska tillämpas för vård och omsorgsboende. Beslutet innebär bl.a. att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndsområdena och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen. Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till stadsledningskontoret och sammanställas i en rapport till Kommunfullmäktige vartannat år.

Syfte

Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. När det gäller de verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med är det en avtalsuppföljning.

Uppföljningsmallen kan även användas för tillsyn enligt 13 kap 5§ SoL.

Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Besök har genomförts vid flera tillfällen under vecka 20 och 21. Granskning av dokumentationerna, observationer och intervjuer ligger till grund för den medicinskt ansvariga sjuksköterskans bedömning. Beslutet är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter gällande Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Intervjuer har

genomförts med några sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt anhöriga. Dessutom inspekterades läkemedelshanteringen och granskades 12 slumpmässigt utvalda omvårdnadsjournaler, 20 manuella och 6 elektroniskt förda sociala dokumentationer. Verksamhetschefen har berättat tillfälle att lämna synpunkter på uppföljningen.

Personal och ledning

- ☒ Minst en av dem som är ansvarig för driften av verksamheten (verksamhetschef/enhetschef) har:
 - ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
 - Minst 36 månaders praktisk erfarenhet av arbete heltid inom äldreomsorgen, exempelvis som omsorgspersonal eller som arbetsledare.
 - Dokumenterad relevant utbildning, d.v.s. sjuksköterskeutbildning, socionomutbildning med inriktning mot äldre och funktionshindrade eller annan högskoleutbildning som bedöms som likvärdig.
- ☒ All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har för verksamheten adekvat specialistutbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig.
- ☒ Plan finns för personalens kompetensutveckling.
- ☐ Personalen behärskar det svenska språket i tal och skrift.
- ☐ Personalen bär namnskylt.

95 % av vårdbiträdena och undersköterskorna med fast anställning har relevant utbildning.

Personalomsättningen det senast året är 1 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 36/37 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	12-13	12	6	5-6
Sjuksköterska	1-4	2	2	1 för 113 pat.

Kommentar

Uppskattningsvis en fjärdedel av omvårdnadspersonalen har svårigheter att uttrycka sig i skrift och några enstaka har inte namnskylt vid besöksstillfällena. Personalbemanningen är tillräcklig i förhållande till verksamhetens inriktning.

Kvalitetssystem

- ☐ Kvalitetssystem finns som bygger på SOSFS 1998:8.

Kommentar

Verksamheten har ISO-certifierats under 2006 men verksamheten uppfyller inte helt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledning för kvalitet i verksamheten enligt SoL (SOSFS 2006:11).

Boendemiljö

- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter och förvaringsutrymme.
- ☒ De boende som önskar får möblera sitt eget rum. I annat fall svarar utföraren för möbleringen.
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom städmaterial, glödlampor, toalettpapper och tvättlappar.
- ☒ Tillgång till telefon och TV finns i gemensamhetsutrymmen.
- ☐ De boende erbjuds bostad med:
 - ☐ egen toalett.
 - ☐ egen dusch.
 - ☐ egen kokmöjlighet.
 - ☐ tillgång till anhörigrum.

Kommentar

TV finns men inte telefon i gemensamhetsutrymmena. En del boende har TV i bostaden men ett fåtal klarar av att hankas med telefon. Egen toalett och dusch finns inte för dem som bor i dubbelrum. Egen kokmöjlighet finns vid korttidsenheten, plan 1. Speciellt anhörigrum finns inte.

Inflyttning

- ☒ De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

Kommentar

Informationsbroschyrer finns vid entrén och erbjuds till de anhöriga/besökare. Muntlig och skriftlig information erbjuds för samtliga anhöriga/närstående och även de boende som kan tillgodogöra sig den, pga sjukdomsförloppet.

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende.
- ☒ Kontaktmannen är den som i första hand utför vård- och omsorgsinsatserna och är ansvarig för planering av insatser i vardagen.
- ☒ De boende har möjlighet att byta kontaktman.

Kommentar

Kontaktmannaskapets innebörd är integrerat i det dagliga arbetet.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- ☐ Dokumentation finns som innehåller:
 - bakgrundsfakta
 - beskrivning av sociala förhållanden
 - sociala kontaktnät
 - intressen
 - uppgifter om vilka insatser som ska utföras samt när och av vem.
 - uppgifter om de boendes delaktighet i planeringen av insatserna.
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Den manuella dokumentationen har sedan c:a en månad, successivt övergått till ett datoriserat system. Allt dokumenteras numera i form av daganteckningar. Av de manuellt förda individuella planerna är knappt 3 % undertecknade av de äldre eller deras närstående. Otydliga biståndsbeslut försvårar utformningen av genomförandeplanerna.

Brukarinflytande

- ☐ De boende och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan.
- ☒ Förtroenderåd och/eller anhörigråd finns.

Kommentar

De anhörigas/närståendes underskrifter saknas på 97% av de granskade individuella genomförandeplanerna.

Synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering

- ☒ System finns för synpunkts- och klagomålshantering.
- ☒ Information finns så att de boende vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.
- ☐ Rapportering av synpunkter och klagomål sker till den stadsdelsnämnd som avropat platsen.

Kommentar

Två klagomål har inkommit till verksamheten under 2006 men inget av dem har rapporterats till stadsdelsnämnden.

Lex Sarah

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ansvarar för att placerande stadsdelsförvaltning omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.
- ☐ Anmälan enligt Lex Sarah har skett under senaste året. Om ja ange antal avseende vad:

Kommentar

Inga Lex Sarah-anmälningar har förekommit under 2006.

Kost

- ☒ Kosten består av ett tremålssystem (frukost, lunch och middag) med för och eftermiddagskaffe alternativt mellanmål.
- ☐ Maten serveras utifrån de boendes önskemål, exempelvis vegetarisk kost eller maträtter särskilt anpassade med hänsyn till de boendes etniska tillhörighet eller religiösa övertygelse.
- ☒ Tillgång finns till kost efter behov, såsom dietkost, passerad mat och övriga specialkost för olika sjukdomar.
- ☒ Tillgång finns till specialistkompetens i kostfrågor.
- ☐ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet.
- ☐ De boende erbjuds möjlighet att inom ett intervall på timmar själv bestämma när han/hon ska äta.

Måltidernas fördelning över dygnet:

Frukost	7.00-9.00
Kaffe, mellanmål	10.30
Lunch	12.00
Kaffe, mellanmål	14.00
Middag	16.30-17.00
Övriga tider	18.00-19.00

Kommentar

Det finns två maträtter att välja mellan men maten serveras efter personalens erfarenheter,

beroende på vilka maträtter den boende tycker om och i vilken konsistens den enskilde kan tillgodogöra sig den. Serveringen av frukosten är individanpassad men övriga måltider serveras på bestämda tider.

Aktivering

- ☒ De boende erbjuds, utifrån förmåga och önskemål, vardagsnära aktiviteter och stimulans.
- ☒ Som ett komplement till den egna verksamheten sker samarbete med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose de boendes sociala, kulturella, andliga och mentala behov.
- ☐ De boende erbjuds regelbunden utevistelse.

Kommentar

De intervjuade anhöriga anger att information saknas avseende deras närståendes utevistelser. Genomförda utevistelser är dokumenterade. Dokumentation avseende erbjudanden saknas dock.

Hantering av egna medel och nycklar

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av egna medel.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

Kommentar

Ingen av de boende kan hantera sina egna medel och/eller bostadsnycklar.

Ledsagare och tolk

- ☒ Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc.
- ☐ Vid behov anlitas tolk via invandrarbyrå, tolkservice eller liknande.

Kommentar

Behov av tolkservice o.dyl. har inte varit aktuellt.

Städning och tvätt

- ☒ Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls.

- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet och stryks vid behov.
- ☒ Vid behov utförs mindre lagningar av kläder.
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov.

Kommentar

Linneförråd för de som önskar finns mot en avgift av 150 kronor.

Hälso- och sjukvård

- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.
- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § och 2 kap. 5 § FYHS.
- ☒ Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställetiden inte 30 minuter.
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- ☒ De boende har en namngiven läkare.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hur läkare ska kontaktas.
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas vid delegering.
- ☒ De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsintyg för nödvändig tandvård.

Kommentar

Reglerna tillämpas i verksamheten.

Ledningssystem

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

Kommentar

Verksamheten har ISO-certifierats under 2006 men verksamhetens kvalitetssystem uppfyller inte helt Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Lokala rutiner för kvalitet och patientsäkerhet finns men integreringen av hälso- och sjukvården är generellt beskriven. Mätbara mål saknas i verksamhetsplanen.

Avvikelsehantering

- ☒ Rutiner finns och tillämpas vid avvikelsehantering.

Kommentar

Lex Maria

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Maria.
- ☒ Utföraren ansvarar för att placerande stadsdelsförvaltning omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria.
- ☐ Anmälan enligt Lex Maria har skett under det senaste året. Om ja ange antal och avseende vad:

Kommentar

Inga Lex Maria-anmälningar har registrerats under 2006.

Dokumentation av hälso- och sjukvård

- ☐ Omvårdnadsjournaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen.
- ☐ Omvårdnadsjournalen innehåller riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- ☒ Valda delar av omvårdnadsjournalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg.
- ☐ Omvårdnadsplanen inklusive rehabplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet.
- ☒ Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Kommentar

Journalföringen ser olika ut vid olika enheter. Vissa enheter uppfyller kraven helt medan andra saknar såväl riskbedömningar som de lagstadgade dokumentationerna.

Rehabilitering

- ☒ För nyinflyttade boende görs en rehabiliteringsbedömning inklusive ADL av sjukgymnast/arbetsterapeut och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan.
- ☒ Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut behandling individuellt eller i grupp.
- ☒ Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut handledning till övrig personal.
- ☒ Utrustning finns för träning och sjukgymnastik.

Kommentar

Medicintekniska produkter

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2001:12.
- ☒ Föreskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel görs av arbetsterapeut/sjukgymnast.
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska utrustning, den övriga utrustning, de arbetsredskap och de hjälpmedel och förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel mm som åtgår för att fullgöra åtagandet.
- ☐ Inkontinenshjälpmedel är individuellt utprovade av legitimerad personal med föreskrivningsrätt.

Kommentar

Vissa enheter dokumenterar individutprovade inkontinenshjälpmedel, andra gör inte det.

Hygien och MRSA

- ☒ Basala hygienrutiner finns och tillämpas.
- ☒ Vårdprogram finns och tillämpas för boende med MRSA.

Kommentar

Ingen anmärkning.

Läkemedel

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1.
- ☒ Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen.

Kommentar

För flera av vårdtagarna erfordras sannolikt en läkemedelsgenomgång.

Begränsningsåtgärder

- ☒ Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder.
- ☒ Begränsningsåtgärder förekommer avseende:

Sänggrindar och bälten

- ☒ Begränsningsåtgärderna har beslutats av:
Sänggrindar ordinerar av sjuksköterskor och bälten av läkare.

Kommentar

Följer givna regler.

Vård i livets slutskede

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för vård i livets slutskede.
- ☒ Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den boendes önskemål och stöd till den boendes närstående.
- ☒ Döende personer lämnas inte ensamma utan någon i dess närhet.

Kommentar

Vid besökstillfället var inte någon av vårdtagarna i livets slutskede varför rutinernas tillämpning inte kunde kontrolleras.

