



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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Älvsjö sjukhem
Ägare/Entreprenör:	Stockholms stad
Inriktning:	Äldreboende för somatisk sjuka människor
Tillstånd från länsstyrelsen:	Ej aktuellt
Adress:	Armbortsvägen 4-8, 125 44 Älvsjö
Verksamhetschef/enhetschef:	Ann-Christine Hansson
Telefon:	08-508 21 5015
Hemsida:	
Antal boende totalt:	80
Varav antal boende från staden:	80
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Enskede/Årsta/Vantör 5, Farsta 1, Hägersten/Liljeholmen 20, Hässelby 2, Kungsholmen 1, Skärhomen 10, Skarpnäck 4, Södermalm 5, Östermalm 2, Älvsjö 30.
Uppföljningen utförd av:	Edit Fonad
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Ann-Christine Hansson
Datum för uppföljningen:	2007-07-10

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Älvsjö sjukhem inryms i tre femvåningsbyggnader. Sjukhemmet har 80 platser varav 8 korttidsplatser och 72 platser för permanentboende, inklusive avlastningar och växelvård. Boendet är avsett för äldre, somatiskt funktionshindrade, med omfattande vård- och omvårdnadsbehov. Sjukhemmet är delat i två enheter. Enhet 1 är indelad i tre, och enhet 2 i fyra avdelningar. Verksamheten leds av en resultatenhetschef och för närvarande av endast en enhetschef. Dessutom finns omsorgspersonal som tillika är kontaktpersoner samt legitimerad personal d.v.s. omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och viss administrativ personal.

Den årliga verksamhetsplanen, inklusive åtagandena, är grunden för kvalitetsarbetet och följs upp bl.a. i form av dels verksamhetsberättelse och dels tertialrapporter.

Personalomsättningen var 8 %. De flesta av omsorgspersonalen har relativt goda muntliga svenska språkkunskaper medan skrivspråket inte alltid är tillfredsställande. För dessa personer, 6 st, har arbetsgivaren ordnat undervisning i vårdsvenska. Varje boende har namngivna kontaktmän. Inget Lex-Maria- eller Lex-Sarah-ärende har registrerats under 2006 men en anmälan från anhöriga har sänts in till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) avseende bristande vård och omvårdnad.

Rutiner för klagomålshantering finns men ledningssystem avseende kvaliteten för omsorg (SOSFS 2006:11) saknas. De sociala och hälso- och sjukvårdsdokumentationerna uppfyller inte helt kraven enligt givna regler och författningar. Läkemedelshanteringen och rehabiliteringsinsatserna är utan anmärkningar. Behovet av medicintekniska produkter är tillgodosett och hygienföreskrifterna följs. Fysiska begränsningsåtgärder utnyttjas men ordinationerna är inte utvärderade. Riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår samt individutprovade inkontinenshjälpmedel är inte till fullo genomförda.

☐ Inga avvikelser finns.

☒ Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008:

- Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL (SOSFS 2006:11).
- Utvärdering av fysiska begränsningsåtgärder.
- Riskbedömningar och individuella inkontinenshjälpmedel.
- Dokumentation för social omsorg.
- Dokumentation för hälso- och sjukvård..

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 äldreförvaltningen 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:

Rapporten grundar sig på verksamhetsbesök, intervjuer och granskning av dokumentationer, dels för SoL och dels för HSL.

Personal och ledning

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. socionomutbildning med inriktning mot äldre och funktionshindrade, ålderdomshemsföreståndarutbildning, social servicelinje, sjuksköterskeutbildning eller annan eftergymnasial utbildning som ger likvärdiga kunskaper.

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal)

Totalt antal anställda på boendet/enheten: 63 personer varav 12 sjuksköterskor, 1,5 arbetsterapeut, 1,5 sjukgymnast, 0,5 dietist. Därutöver finns 6 timanställda sjuksköterskor och 40 timanställda omsorgspersonal.

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 25 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är anställda tillsvidare

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 100 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senaste året är 8 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 80 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	21	17	12	5
Sjuksköterska	6	2	2	1-2

- ☒ All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har för verksamheten adekvat specialist utbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig.
- ☒ Plan finns för all personals kompetensutveckling.
- ☒ Rutiner finns för introduktion av nyanställda.
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal.
- ☐ All personal behärskar det svenska språket i skrift.
- ☒ Vid behov finns tillgång till vikarier.
- ☒ Personalen bär identifikation med dennes och utförarens namn som är synlig för brukaren.

Kommentar

- Omfattande kompetensutvecklingsprogram för 2007-2008.
- Samtlig personal pratar svenska, dock med mer eller mindre bra med undantag för sex personer. Språkbrytningen skapar oförståelse hos de äldre människorna.
- Svårighet att skriva finns för några omsorgspersonal. Verksamhetsansvariga har anmält sju omsorgspersonal till utbildning i vårdsvenska.
- Omsorgspersonal bär namnskytt. Texten på namnskytlarna är dock för liten för att den äldre människan kunna läsa utan svårighet.

Boendemiljö

- ☐ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring.
- ☒ 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

- Samtliga boende inom enhet 2 har fullvärdiga lägenheter med förvaringsutrymme.
- Flera boende vid enhet 1 delar rum och hygienutrymme. Ombyggnaden till fullvärdiga lägenheter kommer att ske under 2008.
- Särskilt anhörigrum finns inte.

Ledningssystem

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

- Skriftlig beskrivning av ledningssystemet finns inte.

Inflyttning

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

Kommentar

- Vid inflyttning erbjuds information, dels muntligt och dels skriftlig.

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende.
- ☒ När kontaktmannen är i tjänst är det denne som i första hand utför vård- och omsorgsinsatserna och är ansvarig för planering av insatser.
- ☒ Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman.
- ☒ Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för brukarna, dvs. minimerar antalet personal hos brukaren och håller överenskomna tider.

Kommentar

- Verksamheten uppfyller kraven i enlighet med regelverket.

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.

- ☒ Dokumentationens förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

- Dokumentering sker dels manuellt och dels i stadens upprättade paraSoL-programm.
- Bakgrundsfakta saknas vid vissa avdelningar.
- Dokumentering av de boendes intressen är bristfälligt genomfört.
- Uppgifter om vilka insatser som ska genomföras är generaliserade.
- Uppgifter om insatserna och den boendes delaktighet i planeringen är bristfälliga.

Brukarinflytande

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

Kommentar

- Vissa av genomförandeplaner är undertecknade av de anhöriga/närstående.
- Anhörigråd finns med fem deltagande och anhöriga/närstående är inbjudna till boendemötena som anordnas vid 2-4 tillfällen per år.

Synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering

- ☒ System finns för synpunkts- och klagomålshantering.
- ☒ Information finns så att den enskilde 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.
- ☒ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

- Klagomålshanteringen och informationsöverföringen följer riktlinjerna i enlighet med stadsdelsnämndens beslut.

Egenuppföljning

- ☒ Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

Kommentar

- Egenuppföljning sker årligen och redovisas dels i verksamhetsberättelsen och dels i tertialrapport 2. Anhörigenkät genomförs vart annat år men detaljerad egenuppföljning bl.a. avseende matintag, personalbemanning i förhållande till vårdtyngd och utvärdering av de sociala insatserna saknas dock.

Lex Sarah

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett under det senaste året.

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

Kommentar

- I förekommande fall.

Kost

- ☐ Matintaget fördelas jämnt över dygnets vakna timmar, med frukost, lunch och middag samt tre mellanmål med hänsyn tagen till att nattfastan inte överstiger 11 timmar.
- ☒ Kosten är anpassad efter individens behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om "Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg" (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål.
- ☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet.
- ☐ De boende erbjuds möjlighet att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när han/hon ska äta.
- ☒ Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor.
- ☐ Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet.
- ☒ All personal har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning.
- ☒ All personal har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien.
- ☐ Utföraren är registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad eller motsvarande i annan kommun.

Måltidernas fördelning över dygnet:

Frukost	enligt önskemål, kl 7.00-10.00
Mellanmål	
Lunch	kl. 12.00- 12.30
Mellanmål	kaffe och kaffebröd
Middag	kl. 16.00-16.40
Kvällsmål	18.00-18.30
Övriga tider	

Kommentar

-Måltiderna är styrda av matleverantören vilket resulterar i att de boende ej kan bestämma när man vill äta.

- Endast en avdelning serverar mellanmål på förmiddagarna och då serveras endast saft.

- En avdelning anger att ibland serveras nattmål.

- Genomsnittlig nattfasta är 14 timmar men det finns en avdelning där det inte serveras kvällsmål och då blir nattfastan upp till 17 timmar.

- Fortsatt utbildning avseende kost och nutrition samt egenkontrollprogram är inplanerade under hösten 2007.

- Dietist finns tom 2007-12-31 ev. längre.

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

- Aktiviteter erbjuds året runt, såväl inomhus som utomhus. För personer som har mindre förmåga att delta i s.k. öppna aktiviteter erbjuder arbetsterapeuten enskilda aktiviteter eller aktiviteter i mindre grupper t.ex. handträning, enskild gymnastik m.m.

Hantering av egna medel och nycklar

☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av egna medel.

☐ Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

Kommentar

- Rutiner är utarbetade för hantering av egna nycklar men på grund av ev ombyggnad är de

nyinköpta låsanordningarna inte inmonterade.

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

- Verksamheten följer givna regler.

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

- Strykning samt mindre lagning av kläder utförs inte av omsorgspersonalen.

Hälso- och sjukvård

- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- ☒ 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 inställelsetiden inte 30 minuter.
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- ☒ De boende har en namngiven läkare.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas.
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas vid delegering.
- ☒ Ett system finns för regelbundna nutritionsutredningar som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd.
- ☒ De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt

tandvårdsintyg för nödvändig tandvård.

Kommentar

- Följer givna regler.

Ledningssystem

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

Kommentar

- Följer givna regler.

Lex Maria

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Maria.
- ☒ Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria.
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett under det senaste året.

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

Kommentar

- En anmälan från anhöriga till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) gällande bristande vård/omvårdnad.

Dokumentation av hälso- och sjukvård

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

Kommentar

- Fallrisbedömningar är genomförda i sin helhet vid enhet 1 och har påbörjats vid enhet 2.

- Bedömningar avseende trycksår och risk för undernäring saknas helt.

Rehabilitering

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

Kommentar

Följer givna regler och lokala anvisningar.

Medicintekniska produkter

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2001:12.
- ☒ Föreskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel görs av arbetssterapeut/sjukgymnast.
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska 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

- Individuellt utprovade inkontinensskydd är inte genomfört för samtliga vårdtagare.

Hygien och MRSA

- ☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram för MRSA och utrustning (ex. engångshandskar, handsprit) för detta finns tillgängligt för personalen.
- ☒ All personal har utbildning om basala hygienrutiner.
- ☒ Vårdprogram för MRSA tillämpas.

Kommentar

Verksamheten följer basala hygienrutiner.

Läkemedel

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

Kommentar

Verksamheten följer givna regler och författningar.

Begränsningsåtgärder

- ☒ Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder.
- ☐ Inga begränsningsåtgärder förekommer.

Om begränsningsåtgärder förekommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:

- Sänggrindar ordinerar av sjuksköterskor.
- Bälten ordinerar av läkare.

Kommentar

Utvärderingar av begränsningsåtgärderna är inte genomförda.

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

Enligt resultatenhetschefen och tillfrågad personal följs givna riktlinjer.

(

(

(

(