



SAMMANTRÄDE 13 DECEMBER 2011

Till
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Avtals- och ramavtalsuppföljning av Koppargårdens vård och omsorgsboende 2011

Förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens avtalsuppföljning av Koppargårdens vård och omsorgsboende och överlämnar den till Socialstyrelsen.
2. Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens ramavtalsuppföljning av Koppargårdens vård och omsorgsboende och överlämnar den till stadens äldreförvaltning.
3. Stadsdelsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att bedömda avvikelser åtgärdas inom utsatt tid.

Leif Spjuth
stadsdelsdirektör

Annica Dominus
avdelningschef

Sammanfattning

Förvaltningen har under hösten 2011 genomfört avtals- och ramavtalsuppföljning på Koppargårdens vård och omsorgsboende med syfte att kontrollera verksamhetens följsamhet avseende avtal, ramavtal, lagar, forskrifter och riktlinjer. Verksamhetens seriositet följs upp av äldreförvaltningen. Förvaltningen har gjort en samlad bedömning och funnit att verksamheten i stort sett fungerar väl. De bedömda avvikelser och utvecklingsområden som identifierats har förvaltningen förmedlat till Carema med en tidsplan för åtgärdande. Förvaltningen kommer att följa upp att bedömda avvikelser åtgärdas inom utsatt tid.

Bilaga 1 Sammanställning av bedömda avvikelser med plan för uppföljning.

2 Redogörelse från Carema Care av vidtagna åtgärder.

Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningen för äldreomsorg och av Mas. Ärendet har behandlats i samverkansgrupp den 1 december 2011. Ärendet har behandlats i lokala pensionärsrådet den 5 december 2011.

Ärendet

Förvaltningen har under hösten 2011 genomfört avtals- och ramavtalsuppföljning på Koppargårdens vård och omsorgsboende med syfte att kontrollera verksamhetens följsamhet avseende avtal, ramavtal, lagar, föreskrifter och riktlinjer. Verksamhetens seriositet följs upp av äldreförvaltningen.

Avtals- och ramavtalsuppföljningen på Koppargårdens vård och omsorgsboende genomfördes under tre heldagar, 19-21 oktober 2011, av avdelningschef, utvecklingssekreterare samt MAS i Hässelby- Vällingby stadsdelsförvaltning. Från Carema Koppargården medverkade verksamhetschef, enhetschefer, gruppchef (sjuksköterskor) Caremas MAS och arbetsterapeut.

Metoden för uppföljningen har varit intervjuer med ledning, personal och boende, kontroller av styrdokument och arbetsscheman, observationer i verksamhetens lokaler samt stickprovskontroller av dokumentationen.

Som underlag för avtalsuppföljningen användes frågeformulär utifrån avtalet, Caremas anbud och koncept "Den goda dagen", samt inkomna klagomål/avvikelser och förvaltningens fyra oanmälda besök i verksamheten under året.

Som underlag för ramavtalsuppföljningen användes stadens gemensamma mall för verksamhetsuppföljning med anvisningar.

Förvaltningen har begärt in följande underlag från Carema:

- Sjuksköterskebemanning med namn och tjänstgöringsgrad.
- Rehabbemanning med namn och tjänstgöringsgrad.
- Täthetsschema för omvårdnadspersonal per enhet med namn och utbildning.
- Skriftliga rutiner för överrapportering mellan arbetspass.
- Verksamhetens information om meddelarfrihet.
- Sammanställning om arbetsskador och skyddsron.
- Lokal rutin för hot och våld.
- Caremas medarbetarenkät Koppargården med handlingsplan.
- Städplan för hela huset.

- Lokal rutin för städning i boenderum.
- Lokal rutin för krisstöd vid en krissituation.
- Arbetsbeskring för kontaktmannaskap och ”stentavla”.
- Rutin för överrapportering mellan arbetspass.
- Skriftlig inflyttningsinformation.
- Uppgraderade konceptet ”Den goda dagen”.
- Caremas egen brukarundersökning.
- Lokal rutin för de boendes privata medel och lägenhetsnycklar.
- Protokoll från livsmedelsverkets inspektion 2011-02-17.
- Kostombud med namn och vilken avdelning.
- Lokal rutin för beredning, tillagning och uppläggning av måltid.
- Veckomatsedel och rutiner för egenkontroll avseende livsmedel.

Carema har tillhandahållit allt material förvaltningen efterfrågat.

Carema har ansvaret för driften av Koppargårdens vård och omsorgsboende sedan den 15 september 2008. Verksamheten omfattar korttidsvård, gruppboende och sjukhem med totalt 232 antal platser, fördelade på åtta våningsplan. Plan 1-3 är gruppboende med 76 platser, plan 4-8 är sjukhem med 142 platser. Plan 1 inrymmer 14 korttidsplatser. Plan 4 är under omvandling till gruppboende enligt nämndbeslut 2010-12-14. Beläggningen vid uppföljningen var 97 %. Carema driver även de två dagverksamheterna i bottenplanet á 17 platser vardera på tilläggsavtal. Verksamheten har en verksamhetschef, tre enhetschefer, fyra gruppchefer för hälso- och sjukvårds personal (en per två plan) och 16 gruppchefer (två per plan) som ansvarar för omvårdnadspersonalen.

Bedömda och åtgärdade avvikelser 2010:

Personaltäthet och överlappningstider

Arbetstiden på kvällen har förlängts till 21.10 och på morgonen till 07.10. I nya schemat börjar eller slutar eftermiddagspersonalen inte samtidigt, utan går omlott med varandra.

Förankring av bemötande

Carema har infört ett verktyg för att lyfta värderingsfrågor i arbetsgruppen. Gruppcheferna är aktiva ute på avdelningarna och handleder sina medarbetare.

Omvårdnad ur ett rehabiliterande synsätt

Utbildningar har hållits i funktionsbevarande arbetssätt. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter deltar på APT där frågan behandlas samt handleder personalen praktiskt och kontinuerligt i funktionsbevarande arbetssätt.

Aktivt liv

Ny rutin har skapats att gruppchefen påminner om dagens aktiviteter vid personalens morgonrapport. Kontaktpersonen har fått ett tydligare uppdrag att följa upp och göra avstämning med den boende, eller i förekommande fall

närstående, om aktiviteterna. Aktivitetsansvarig på varje avdelning har också fått ett tydligare ansvar.

Flytt av dokumentationshörna

Carema har flyttat dokumentationshörnor till annat utrymme på avdelningen som är avsatt som kontorsrum för personalen.

Sekretesshandlingar ska förvaras inlåsta

Alla sekretesshandlingar är nu inlåsta.

Översyn av aktuella rutiner och checklistor

Carema har sett över aktuella rutiner och checklistor. Onödiga checklistor och pärmar har tagits bort. Dokumentation sker via datasystem.

Nyckelrutiner.

Personalen har uppdaterats i nyckelrutinen. Gruppchef ansvarar för kontroll.

Svenska språket

Carema har haft 15 medarbetare på språkutbildning i svenska språket under hösten 2010 och 15 under våren 2011.

Omklädningsmöjligheter för timanställda

Carema har i dialog med Micasa inrett lokalyta i källaren som omklädningsrum.

Narkotikakontroller och redovisning

Carema har gjort egenkontroller som visat att narkotikakontroller och redovisning har fungerat. Carema fortsätter med egenkontroller för att få efterlevnad till fullo.

Översyn att giltig ordinationshandling finns

Översyn gjordes direkt av Carema. Problemen på de tre avdelningarna kvarstod dock vid uppföljning 28 januari 2011. Vid uppföljning september 2011 konstaterades att problemet är åtgärdat.

Läkemedelshantering enligt avtal

Lås har bytts ut till förrådet i källaren. De tre buffertförråden är numera hopslagna till ett, som finns på plan 1.

Redovisning av avtalsuppföljningen 2011

Avtalsvillkor

1.2 Avtalstid och tillträde

Avtalstiden är från och med 2008-07-01 till och med 2011-09-30 med möjlighet till förlängning i två gånger två år.

1.4 Skatter m.m.

Carema uppfyller sina skyldigheter.

Omsorg och insatser för den enskilde

2.1 Omsorg och insatser för den enskilde

Entreprenören svarar för omvårdnads- och serviceinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå, dygnet runt. Insatserna

bygger på en helhetssyn av de boendes situation, möjligheter och behov. Följsamhet i båda kriterierna.

2.2 Självbestämmande och integritet

Den boende, närstående och gode män har rätt att delta i alla beslut som rör den egna personen. Ett välkomstsamtal genomförs inom sju dagar från inflytt där anhöriga och gode män bjuds in om den boende önskar. Kontaktmannen gör tillsammans med kunden och närstående en genomförandeplan senast 14 dagar efter inflytt. Genomförandeplanen är ett levande dokument som bygger på daglig och veckoplanering av insatser utifrån den boendes specifika behov och önskningsar, så att den boende styr sin vardag. Senast efter 14 dagar från inflytt görs också ett uppföljningssamtal med den boende och/eller närstående om hur inflyttningen fungerat.

Verksamheten har tidigare haft anhörigråd avdelningsvis men kommer framöver att dela upp det efter inriktning – somatisk och demens. Sammanträden genomförs två gånger per år och protokollförts. Boende och anhöriga kan ta del av protokollen via anhörigpärm som finns i dagrummet på varje våningsplan. Dessa var dock inte uppdaterade med senaste protokollet vid förvaltningens besök i lokalerna. Man har försökt anordna fika med anhöriga på varje våning men detta har inte fungerat fullt ut men man jobbar vidare med detta. Skriftlig information om verksamheten utgår kvartalsvis till boende och närstående.

2.3 Trygghet och kontinuitet

Verksamheten är bemannad med personal dygnet runt. De boende har larm så de kan påkalla hjälp vid behov. Alla boende har en namngiven kontaktperson och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För de demenssjuka som själva inte kan larma finns olika typer av tekniska larm och checklistor för tillsyn.

Så länge Carema inte får synpunkter angående larmanrop kontrolleras inte larmrapporter (för att kontrollera svarstider etc.) på larm. Denna form av egenkontroll är ett utvecklingsområde. Förvaltningen ger tips om tillvägagångssätt.

2.4 Gott bemötande

Carema är ett värderingsstyrt företag med tydliga förväntningar på sina medarbetare som delges vid nyanställning. Konceptet ”den goda dagen” har uppgraderats och förankring pågår. Under planeringsdagarna blandade man grupperna för att få nya diskussioner kring värderingar och hur det fungerar i vardagen. Varje gruppchef har uppdraget att arbeta vidare med värderingsfrågor i personalgrupperna. Varje grupp ska sammanställa vad de är bra på, vad som kan bli bättre och vad de är mindre bra på. Resultatet ska presenteras för regionchef.

Gott bemötande är ett kriterium som beaktas vid lönesamtal. Vid besök i lokalerna kunde förvaltningen konstatera att personalen gav de boende ett gott bemötande.

2.5 Service och omvårdnad

Service och omvårdnad utgår ifrån teamarbete. Arbetsterapeut och gruppchef instruerar omvårdnadspersonal i utförandet och ger tips om tillvägagångssätt. Teammöten hålls en gång per vecka för ärendegenomgångar där alla personalkategorier är representerade. Rehabbedömningar sätts in i boendepärmarna och det varierar om de även blir en del av genomförandeplanerna. Utgångspunkter i omvårdnaden är de boendes individuella behov och önskemål samt att funktioner upprätthålls och social isolering motverkas. Gruppchefer kontrollerar att personalen inte hjälper för mycket och att tillräcklig tid avsetts så att den boende får använda sina kvarvarande funktioner. Vid årets planeringsdagar arbetade man med ett salutogent program där förankring av Caremas koncept ingick.

För boende som har större behov av insatser än genomsnittet ges personalen utbildning när den boende flyttar in. Demenskoordinator handleder omvårdnadspersonal i vården av demenssjuka. Personalen på demensenheterna har utbildning inom demens och en Silvia syster finns på varje våning. På våning 4 som omvandlas till gruppboende har all omvårdnadspersonal fått en tvådagars demensutbildning.

De boendes behov styr om man tar in extra resurser. Vid besök på avdelningarna framkom att två boende har kontinuerligt ”extravak” på grund av fallrisk och motorisk oro.

Nattetid tjänstgör två sjuksköterskor på hela verksamheten och två omvårdnadspersonal per våningsplan, undantaget plan 1 där tre omvårdnadspersonal tjänstgör. Sjuksköterskorna är arbetsledare nattetid med tydliga mandat. Skriftliga rutiner finns för tillvägagångssätt vid oförutsedda/akuta händelser. Rutin för nattsjuksköterskans nattrundor finns.

2.6 Aktiv och meningsfull tillvaro

I genomförandeplanen får kunden själv definiera vad som är en meningsfull dag. Kontaktpersonen ansvarar för att den boende upplever meningsfullhet enligt plan. Två generella aktiviteter anordnas vardagar i Träffen. Aktivitetsscheman finns anslagna på varje enhet. Pubaftnar anordnas var sjätte vecka. Rehabpersonalen är delaktiga i aktiviteterna och goda förebilder i verksamheten samt bidrar med glädje och entusiasm. Andra generella aktiviteter som anordnas för hela huset är bio, spa, taktil massage, kanelbullens dag, mjukisbyxans dag etc. På avdelningarna brukar man prata, sjunga, anordna mysigt på kvällarna, se filmer och sportprogram etc. De boende är delaktiga i att baka, skala potatis, vattna

blommor, vika tvätt etc. Större festligheter anordnas efter säsong som exempelvis kräft- och surströmmingsskiva och nobelmiddag.

Material finns för mindre aktiviteter på avdelningarna, såsom spel, pussel, bollar, ballonger etc. En trubadur underhåller två gånger per vecka och alternerar mellan avdelningarna. På helger kommer ”Ung omsorg” och håller i aktiviteter och underhållning på alla avdelningar. Carema arbetar med att ta fram strategier för individuella aktiviteter för boende med BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens).

Aktivitetsråd med aktivitetsansvariga från varje våningsplan hålls en gång per månad för tips, idéer och planering av aktiviteter. Där får de boende gärna delta och man frågar de boende vad de är intresserade av. Carema genomför egen brukarundersökning för identifiering av utvecklingsområden. Alla boende får erbjudande om utevistelse/promenad tre gånger per vecka men några går ut oftare. Man diskuterar att införskaffa personaljackor till avdelningarna så att promenader ska kunna ske mer spontant när det är kallt ute. Kurator och två anhörigombud finns inom verksamheten som stöd för närstående. Daisyspelare och förstoringsglas saknas i de flesta bibliotek, vilket ska finnas enligt avtal.

2.7 Kontaktmannaskap

Carema har en tydlig arbetsbeskrivning av vad som ingår i kontaktmannens uppdrag och som medarbetaren skriver under vid nyanställning. I kontaktpersonens uppdrag ingår att upprätta genomförandeplan i samråd med den boende eller anhörig/ombud, uppmärksamma kulturella aspekter, följa med på aktiviteter, upprätthålla kontakter med anhöriga samt att ha gemensam tid med den boende. Definitionen av ”egen tid” är att kontaktmannen ska komma överens med den enskilde om vad denne vill göra. För de boende med annat språk och kulturell bakgrund försöker man att koppla ihop personal och boende språkmässigt men även efter intressen. Man arbetar också för att samla information från anhöriga om traditioner etc. som är viktiga att beakta vid dödsfall. Tolk har inte behövt anlitas. Kontakt med anhöriga erbjuds en gång per månad, detta dokumenteras. Den boende får byta kontaktperson om så önskas.

2.8 Kvarboende

Efterlevs.

2.9 Hemlighet

Allmänna utrymmen är trevligt inredda. Rummen på korttidsboendet har fått ny inredning och blivit mer hemtrevliga. Personalen har själva varit delaktiga i införskaffande av inredningsmaterial och utformning.

2.10 Ledsagare

Det är i första hand kontaktpersonen som ledsagar den boende. Längre utflykter förekommer som exempelvis besök på landställe, sportevenemang och deltagande i familjehögtider. De boende får hjälp med att göra småärenden, mindre inköp och liknande.

2.11 Städning

Storstädning genomförs regelbundet. Städplan finns för hela verksamheten som förvaltningen godkänt. Kontaktpersonen ansvarar för städning i den boendes lägenhet minst en gång per vecka och vid behov.

2.12 Kläder, textilier och tvätt

Kontaktperson ansvarar för den boendes tvätt. Carema planerar för en tvättskola så att viss personal får specialistkunskaper inom tvättförfarande. En av de boende har framfört intresse att hålla i den.

2.13 Bibliotek

Biblioteket håller inte öppet men det är inte Carema som äger frågan utan kulturförvaltningen. Carema har bitt förvaltningen om draghjälp i den frågan.

2.14 Telefoni, TV och dagstidning

Tillgång till TV i gemensamhetsutrymmen samt dagstidning finns som bekostas av Carema.

2.15 Privata medel

Rutiner finns för de boendes egna medel.

Kost

3.1 Måltidernas innehåll

Kost och måltider levereras från Tibbleköket i Täby, som drivs av Carema. Måltiderna serveras i kök, matsal eller i egna lägenheten utifrån den äldres önskemål. Måltiderna serveras och fördelas jämt över dygnets vakna timmar. Utöver frukost, lunch och middag erbjuds tre mellanmål. Dessert serveras som avslutning på lunchen. Kosten är anpassad efter den boendes behov och aktuella rekommendationer. De boende kan välja mellan två olika maträtter. Vid samtal med några av de boende framkom dock att de inte alltid får veckomatsedeln och möjlighet att välja mat. Det är avdelningens kostombud som ansvarar för måltidsbeställningar. Egenkontroll att de boende erbjuds välja måltid måste göras. Vid inflytt görs en vätske- och måltidsregistrering under tre dygn för att identifiera eventuella avvikelser. Även sittställning och tänder observeras.

Dietist kommer i slutet av oktober för att utbilda sjuksköterskor i kost och nutrition.

3.2 Måltidsmiljön

Måltidsmiljön utformas utifrån Caremas koncept om den goda dagen.

Rehabpersonal hjälper till med tips om bordsplaceringar. Alla enheter anstränger sig för att duka fint. Lugn och ro råder vid måltiden. Disk och annat plock som är störande väntas med till efter måltiden. Personalen sitter med under måltiden. På helger dukas extra fint och på en av helgdagarna serveras trerättersmiddag med fördrink och vin eller öl till måltiden. Tårta serveras till eftermiddagskaffet.

Ett projekt pågår på plan 2 där Silviasystemen har köpt in porslin och dukar för att underlätta matintag för demenssjuka. Kulinariska högtider uppmärksammas och de boende får önska mat på sin födelsedag. Att ta fram rutiner för kontroll att nattfastan inte överstiger 11 timmar är ett utvecklingsområde.

3.3 Kostansvarig

Varje chef är för närvarande kostansvarig. Förvaltningen anser att det bör vara verksamhetschef. Nöjdheten med maten diskuteras muntligen. Utvärdering sker via enkät en gång per år. Detta är ett utvecklingsområde.

Personal, arbetsledning mm

4.1 Verksamhetschef

Överensstämmer med de krav som ställs. Tillförordnad verksamhetschef i nuläget.

4.2 Platsansvarig

Det finns en platsansvarig för utförande av tjänsten med erforderliga kunskaper.

4.3 Arbetsledning

Rutiner finns.

4.4 Personal, omfattning, utbildning

Verksamheten är bemannad dygnet runt med den personalstyrka som behövs för uppdraget. Tid för överrapportering finns. Skriftliga rutiner för överrapportering finns. För personal som inte fullgott behärskar svenska språket pågår språkutbildning. Språkbud finns. Antal utbildningstimmar för 2011 redovisas till förvaltningen senast 2012-01-10.

4.5 Sekretess

Personalen skriver på sekretess vid nyanställning. Finns i personalakten.

4.6 Meddelarfrihet

Företaget har en mediapolicy som är känd. Policyn har tagits fram på APT.

4.7 Antidiskriminering

Entreprenören följer antidiskrimineringslagstiftning.

4.8 Arbetsmiljö

Entreprenören bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Protokoll från skyddsrondd har lämnats in till förvaltningen. 10 arbetsskador har anmälts under 2011 avseende två stickskador vid provtagning, tre fallskador (halkat och snubblat), två slag och bett från kund, en skärskada och en ryggskada vid omsorgsarbete. Carema anlitar Svea städ som underentreprenör.

4.9 Rekrytering av personal

Carema anger som krav att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha minst två års erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen. I avtalet har man åtagit sig att begära tre års erfarenhet. Bland rehabiliteringspersonalen är tre nyutexaminerade (en vikarierande arbetsterapeut och två vikarierande sjukgymnaster).

Kravprofilen vid rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal behöver förbättras.

Utbildning för närstående i funktionsbevarande förhållningssätt erbjuds individuellt, vilket är svårt att säkerställa i den omfattning som avtalats.

Arbetspassbyten sker mycket sällan tack vare att personalen har önskeschema via det databaserade IT programmet "Medvind". Skriftliga rutiner vid vakanser saknas.

4.10 Hälso- och sjukvård

Entreprenören svarar för hälso- och sjukvården och följer lagar, förordningar och riktlinjer som reglerar området.

4.11 MAS

Entreprenören har en intern MAS som ansvarar enligt 24§ Hälso- och sjukvårdslagen och 7 kap. 3§ patientsäkerhetsförordningen. Rutiner och riktlinjer för delegering, läkemedelshantering, avvikelshantering, riskbedömningar för fall, malnutrition och trycksår, medicintekniska produkter, dokumentation/journalhantering etc. finns. Rutinerna för dokumentation behöver dock uppdateras med hänsyn till patientdatalagen. Entreprenörens MAS informerar förvaltande nämnds MAS om allvarliga klagomål och avvikelser som leder till anmälan enligt Lex Maria.

4.12 Allmänna hälso- och sjukvårdskrav

De boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har ett helhetsansvar för patientens vård och behandling utifrån det egna yrkesansvaret. Sjuksköterskan ansvarar även för att utföra de ordinationer som utfärdats av läkare. Varje sjuksköterska ansvarar för 13-14 patienter. Arbetar sjuksköterska inte heltid så minskas ansvarsområdet. Rekrytering av sjuksköterskor pågår och under

tiden har verksamheten förstärkts med inhyrda sjuksköterskor. De hälso- och sjukvårdsinsatser som kan utföras efter läkares ordination omfattar t ex. nutrition via sond, syrgaskoncentrator, läkemedel via infusion och injektion, smärtlindring, såromläggningar, blodtransfusioner, provtagningar.

Inom inkontinensområdet finns behov av utveckling avseende utredning och individuell förskrivning av inkontinensskydd. Verksamheten har nu utsett en kvalitetsansvarig sjuksköterska som ska arbeta med att säkerställa inkontinensvården. Cirka 70 % av sjuksköterskorna har genomgått utbildning som ger förskrivningsrätten. I juni var hygiensjuksköterskan från vårdhygien på Koppargården för genomgång av vårdprogrammet för MRSA och ESBL. Under september genomförde hygiensköterska från vårdhygien utbildning i hur egenkontroll av basala hygienrutiner kan genomföras genom självskattning och observationer. Vårdpersonalen har även genomgått Vårdhygiens Webb-utbildning angående basala hygienrutiner.

4.13 Rehabilitering

Sjukgymnast/arbetsterapeut ansvarar för handledning av omvårdnadspersonal i rehabiliterande förhållningssätt samt ansvarar för utprovning, förskrivning och uppföljning av tekniska hjälpmedel.

4.14 Demensvård

Carema arbetar efter evidensbaserat koncept som exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demens. Omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning i demens-ABC. Styrdokument är framtagna utifrån de nationella demensriktlinjerna. Verksamheten har tre Silviasystrar och en ytterligare är under rekrytering. Demenskoordinator finns som handleder personalen och arbetar med anhörigstöd. Personalen får kontinuerlig utbildning utifrån behov. Carema har tagit fram en tvådagars internutbildning. Avdelning 4 är prioriterad. Carema har en forskningsansluten samverkan med flera universitet och högskolor. Forskningsprojekt pågår med levnadsberättelser- en förutsättning för personcentrerad vård och omsorg av personer med demenssjukdom. I maj 2012 påbörjas ett projekt med att mäta demenssjukas upplevelse av trivsel genom tre olika mätinstrument (boende, närstående och personal).

4.15 Vård i livets slut

Verksamheten har anslutit sig till palliativa registret. Rutiner och checklista för vård i livets slut finns. Det finns dock behov av vårdplaneringar och upprätta vårdplaner. Smärtbedömning med VAS skala eller abbey pain scale används inte för att mäta smärta.

4.16 Delegering

Delegering sker i enlighet med SOSFS 1997:14.

4.17 Läkare

Trygghälsa AB har ansvaret för läkarverksamheten. Överenskommelse finns för samverkan och att läkare kontaktas vid behov. Läkaren har "rondliknande arbete" för två avdelningar per dag och finns tillgänglig övrig tid för akuta behov och behov av kontakter med anhöriga. Vissa avdelningar framför att det ibland finns svårigheter när det gäller läkares tillgänglighet. MAS bedömning är att vissa delar av samverkansrutinerna mellan legitimerad personal och läkare behöver förtydligas. Verksamheten har fått i uppdrag att gemensamt ta fram arbetsrutiner. Vid granskning av journaler framkommer brister i att kontakta läkare vid fallolyckor.

4.18 Läkemedelshantering

Vid uppföljningen i slutet av oktober framkom att verksamheten sett över följsamheten till gällande avtal och rutiner som gäller för samlat läkemedelsförråd och individuellt ordinerade läkemedel, som är enskilds egendom. Läkemedel som inte tillhör buffertförrådet och källarförrådet där läkemedel inte får förvaras har enligt uppgift kasserats och åtgärdats.

4.19 Medicintekniska produkter

Rutiner finns och verksamheten genomför regelbundna kontroller. Utbildningar hålls i förflyttningsteknik och handhavande av medicintekniska produkter.

4.20 Medicinsk fotvård

Verksamheten har avtal med fotvårdare med erforderlig kompetens. Medicinsk fotvård utförs på remiss från ansvarig läkare.

4.21 Lifter och andra fastmonterade hjälpmedel

Instruktioner och nödvändig information finns lättillgänglig för personalen. Verksamheten genomför regelbundna kontroller. Följsamhet enligt avtal.

4.22 Tandvård och munhygien

Munhälsobedömning genomförs av Folktandvården genom avtal med Tandvårdstaben inom landstinget. Munhälsobedömningen genomförs i den enskildes lägenhet och personal är enligt uppgift närvarande vid besöket enligt avtal. Nödvändig tandvård utförs ofta av Oral Care enligt önskemål från den enskilde.

4.23 Omhändertagande av avlidna samt transport och förvaring.

Verksamheten har rutiner för omhändertagande av avlidna. Den enskildes kultur och religion beaktas vid omhändertagandet och närstående visas hänsyn och

omtanke. Förvaring sker i eget kylrum på Koppargården som registrerar in och ut transport i speciell liggare.

4.24 Dokumentation enligt patientdatalagen

Dokumentationen som helhet har förbättrats sen föregående uppföljning. Det finns dock kvar behov av utveckling avseende upprättande av vårdplaner.

Förutsättningar och krav på driften

5.1 Lagstiftning, riktlinjer, åtaganden och tillstånd.

Följsamhet enligt avtal.

5.2 Anmälningsskyldighet enligt Lex Sarah

Lokal rutin finns enligt SOSFS 2011:5. Följsamhet enligt avtal.

5.3 Dokumentation enligt SoL

Entreprenören följer bestämmelserna i avtalet. Utvecklingsmöjligheter finns vilka presenteras nedan i ramavtalsuppföljningen. Det finns minst en dokumentationsstödare per plan. Rutiner finns för informationsöverföring mellan arbetspass.

5.4 Samverkan och informationsplikt med förvaltande nämnd

Fungerande samarbete. Kontinuerliga informationsmöten hålls.

5.5 Kvalitets- och ledningssystem

Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11. Arbete pågår med att uppdatera ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 som träder i kraft 1 januari 2012. Verksamheten använder det databaserade systemet Kvalimax.

5.6 Publicering av åtaganden och uppföljningsresultat

Entreprenören har fått information och har kännedom.

5.7 Stadens uppföljning och utvärdering

Förvaltningen har inte fått VP och VB för 2010.

5.8–5.17 Tillsyn, Allmänhetens rätt till insyn, databaserad dokumentation, kostnadsansvar för utskrivningsklar patient, anmälningsskyldighet för ledig plats och skyldighet att ta emot placering, tomplatsförsäljning till annan kommun, skyldighet att stänga våningsplan eller avdelning, in- och utflyttning, miljöarbete, entreprenörens tillgång till lokalerna.

Entreprenören följer avtalet.

5.18 Städning av lokalytor m.m.

En arbetsplan ska finnas som är godkänd av förvaltningen.

5.19 Sophantering

Entreprenören följer avtalet.

5.20 Utrustning och förbrukningsartiklar

Entreprenören tillhandahåller medicinsk utrustning, arbetsredskap och arbetstekniska hjälpmedel samt förbrukningsartiklar inklusive inkontinens hjälpmedel. Vid förvaltningens besök konstaterades att avtalet följs.

5.21–5.25 Larmsystem, telefonabonnemang, säkerhet, lokal beredskapsplan, gåvor och donationer.

Entreprenören följer avtalet.

Redovisning av ramavtalsuppföljning

Ramavtalsuppföljning görs enligt stadens mall en gång per år. Mallen används vid uppföljningar på samtliga boenden som Stockholms stad köper platser på, privata, kommunala och entreprenader. Varje stadsdel har ansvaret att för stadens räkning följa upp de boenden som finns inom stadsdelens område. Äldreförvaltningen har tagit fram anvisningar för hur mallen ska fyllas i och vilka uppgifter svaren ska baseras på. Detta för att resultatet ska bli jämförbart oavsett vilken stadsdel som står bakom uppföljningen. Uppföljningarna görs varje år tillgängliga för medborgarna via Stockholms stads hemsida och tjänsten ”Jämför service”. Uppföljningen är uppdelad i två delar utifrån ansvarsområdena enligt Socialtjänstlagen respektive Hälso- och sjukvårdslagen. För uppföljningen av hälso- och sjukvårdsdelen krävs inte MAS-kompetens men däremot sjuksköterskekompetens.

Antal brukare per uppföljd inriktning

Stadsdelsförvaltning	Korttids-vård *	Grupp-boende	Sjukhem	Dagverk-samhet
Bromma	3	11	14	
Enskede-Årsta-Vantör		3		
Farsta		4		
Hägersten-Liljeholmen		2		
Hässelby-Vällingby	16	78	98	68

Norrmalm		2	1	
Rinkeby-Kista	3		4	
Skarpnäck		1	1	
Skärholmen	1	1		
Spånga-Tensta		3	5	
Södermalm		1	1	
Älvsjö		1		
Östermalm		1		
Totalt	23	108	124	68

*17 beslut är växelvård, dvs. plats delas växelvis med annan boende.

Antal personal

Korttidsvård (14 platser) och gruppboende Plan 1-4

Antal ssk	Antal arb.terapeuter	Antal sj.gymnaster	Antal omv.personal
18+ 1 gruppchef	2	2	96
15,46 årsarbetare	2,0 årsarbetare	2,0 årsarbetare	91,78 årsarbetare

Sjukhem Plan 5-8

Antal ssk	Antal arb.terapeuter	Antal sj.gymnaster	Antal omv.personal
15+ 1 gruppchef	2	2	99
13,16	2,0 årsarbetare.	2,0 årsarbetare	86,98 årsarbetare

Dagverksamhet 34 platser

Antal ssk	Antal arb.terapeuter	Antal sj.gymnaster	Antal omv.personal
Från avd 1 v.b	Från avd 1 v.b	Från avd 1 v.b	6
			5,0 årsarbetare

Andel utbildad omvårdnadspersonal i %

Korttids/gruppboende /sjukhem	Dagverksamhet
Minst 80 %	83 %

Tillsvidareanställd omsorgspersonal i %

Korttids/gruppboende /sjukhem	Dagverksamhet
Minst 75 %	100 %

Boendemiljö

Entreprenören uppfyller samtliga krav.

Städning och tvätt

Entreprenören uppfyller samtliga krav.

Ledningssystem

Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11.

Fel och brister och Lex Sarah

Lokala rutiner finns för fel och brister. Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah (SOSFS 2011:5). Lokala rutiner finns för att placerande nämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.

Dokumentation utifrån bestämmelser i Socialtjänstlagen

Generellt kan sägas att dokumentationen utvecklats sedan tidigare år men att kvaliteten varierar mycket beroende på vem som har dokumenterat.

Gruppboende plan 1-4

Genomförandeplaner finns i samtliga 16 granskade ärenden. Planerna uppfyller alla formella krav men är i flera fall sparsamt skrivna. Rubriken ”färdigheter” i genomförandeplanen används ofta för att beskriva vad den boende *inte* kan. Ett utvecklingsområde är att även fokusera på det den boende faktiskt kan utföra själv eller med lite stöd.

Planerna beskriver vad som ska göras men *hur* det ska göras kan utvecklas så att planen blir mer personlig och säger något om den boende som person.

Rubriken ”aktiviteter” används i de flesta fall för att redogöra för vilka aktiviteter den enskilde vill delta i ur utbudet som finns i huset. Ett utvecklingsområde är att även redogöra för de intressen den boende har i övrigt så att denna information kan användas i utvecklingen av aktivitetsutbudet.

Uppföljningsdatum finns på samtliga planer men det är oklart om uppföljning sker eftersom det inte finns någon ny plan eller är dokumenterat i journalen.

Löpande dokumentation finns i samtliga fall, lite sparsamt i två fall (plan 3) och regelbundet i övriga fjorton ärenden. Majoriteten av anteckningarna är helt relevanta och respektfullt skrivna. I någon anteckning (plan 1) namnges andra boende i journalen.

Ett utvecklingsområde är att även dokumentera uppföljning/åtgärd t.ex. hur hanterar personalen när en boende är utåtagerande eller orolig?

I de fall det i journalanteckningarna framgår att man hittat en framgångsrik strategi så bör denna information läggas in i genomförandeplanen.

Sjukhem plan 5-8

Genomförandeplan finns i femton av sexton granskade ärenden. I nio av de granskade ärendena har den boende inte själv deltagit i upprättandet av planen och har inte heller företrätts av någon annan. Någon förklaring till detta framkommer inte. I övrigt uppfyller planerna alla formella krav.

Rubriken ”färdigheter” i genomförandeplanen används ofta för att beskriva vad den boende *inte* kan. Ett utvecklingsområde är att även fokusera på det den boende faktiskt kan utföra själv eller med lite stöd.

Planerna beskriver vad som ska göras men *hur* det ska göras kan utvecklas så att planen blir mer personlig och säger mer om den boende som person.

Det har blivit vanligare sedan föregående år att sociala aktiviteter ingår i planen men nästan bara utifrån vad huset erbjuder och vad de boende vill vara med på i det utbudet. I enstaka fall framgår enskilda aktiviteter som den boende själv uppskattar. Ett utvecklingsområde är att även redogöra för de intressen den boende har i övrigt så att denna information kan användas i utvecklingen av aktivitetsutbudet.

Uppföljningsdatum finns på samtliga planer men det är oklart om uppföljning sker eftersom det inte finns någon ny plan eller är dokumenterat i journalen.

Löpande dokumentation finns i samtliga fall, lite sparsamt i tre fall (ett fall plan 5 och två fall plan 7) och regelbundet i övriga tretton ärenden. Majoriteten av anteckningarna är helt relevanta men i några fall ligger stort fokus på att anteckna att t.ex. dusch, tvätt eller städning utförts i enlighet med genomförandeplan. I ett par fall finns den boendes egna tid tillsammans med kontaktpersonen dokumenterad där det framgår att tiden använts enligt den boendes önskemål exempelvis bibelläsning eller att lösa korsord tillsammans och samtala.

Vid granskningen av dokumentationen framgår att två i personalen (plan 6) har sådana svårigheter med det svenska språket att det är svårt att förstå den löpande dokumentationen. Språkproblemen leder också till missförstånd och svårigheter i kommunikationen med de boende.

Ett utvecklingsområde är att dokumentera uppföljning/åtgärd exempelvis tillvägagångssätt eller strategier för att hantera en boende som är utåtagerande eller orolig.

I de fall det i journalanteckningarna framgår att man hittat en framgångsrik strategi så bör denna information läggas in i genomförandeplanen.

Korttidsvård

Av 13 granskade genomförandeplaner saknar en boende aktuell genomförandeplan. I ett av fallen saknas kontaktpersonens namn. I planerna framgår inte kundens färdigheter då man valt att beskriva sjukdomstillstånd och behov av hjälpmedel under den rubriken. Genomförandeplanernas kvalitet varierar beroende på vilken kontaktperson som dokumenterat. En del är mycket bra skrivna och en del är tunna i sin beskrivning av hur hjälpen ska utföras. Den löpande dokumentationen är god utom i ett fall där den är bristfällig, endast en anteckning är gjord sedan personen kom in för nio dagar sedan. I ett granskat ärende används ord i beskrivning som kan uppfattas som kränkande för personen själv. Den boendes status kan beskrivas i andra ordalag.

Dagverksamhet

Av 25 granskade genomförandeplaner saknar tre kunder genomförandeplan. I sju fall saknas kontaktpersonens namn och i tio fall saknas information till kund om omsorgsdagboken samt klagomål och synpunkter. Genomförandeplanerna är mycket bra skrivna och man får en bra bild över kundens behov, önskemål och intressen. Dokumentationen är inte granskad på plats varför det inte har varit möjligt att kontrollera om planen är undertecknad.

Den löpande dokumentationen är bristfällig. Det är endast dokumenterat om kund uteblivit och när genomförandeplan upprättats och skickats till biståndshandläggare.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen har gjort en samlad bedömning och funnit att verksamheten i stort sett fungerar väl. De bedömda avvikelser och utvecklingsområden som identifierats har förvaltningen förmedlat till Carema med en tidsplan för åtgärdande. Förvaltningen kommer att följa upp att bedömda avvikelser åtgärdas inom utsatt tid.

Stadsdelsförvaltningen föreslår stadsdelsnämnden att godkänna förvaltningens avtals- och ramavtalsuppföljning av Koppargårdens vård och omsorgsboende och ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att bedömda avvikelser åtgärdas inom utsatt tid.

Bilaga 1

Sammanställning av bedömda avvikelser med plan för uppföljning - Koppargårdens vård och omsorgsboende

<i>Bedömda avvikelser/ utvecklingsområden</i>	<i>Ska vara genomfört</i>	<i>Följs upp av</i>
Sammanställning av kompetensutvecklingsplan för all personal.	För 2012	Utvecklingssekreterare
Kravprofilen vid rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal behöver förbättras.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Egenkontroll att de boende erbjuds att välja mellan två maträtter.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Egenkontroll att larmanrop besvaras inom rimlig tidsgräns.	Under 2012	Utvecklingssekreterare
Egenkontroll för att nattfastan inte överstiger 11 timmar bör göras.	Under våren 2012	Utvecklingssekreterare
Boendes nöjdhet med maten bör följas upp regelbundet, minst två gånger per år.	Under 2012	Utvecklingssekreterare
Uppdatera anhörigpärmar med aktuell telefonlista och senaste protokoll från anhörigråd.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Daisyspelare och förstoringsglas saknas i de flesta bibliotek.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Skriftliga rutiner vid vakanser saknas.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Den löpande sociala dokumentationen på dagverksamheterna är bristfällig.	Omgående	Utvecklingssekreterare
Antal utbildningstimmar för 2011.	Redovisas senast 2012-01-10.	Utvecklingssekreterare

<i>Bedömda avvikelser/ utvecklingsområden</i>	<i>Ska vara genomfört</i>	<i>Följs upp av</i>
Vårdplanering ska göras på alla patienter och fullständiga vårdplaner ska upprättas med en beskrivning av planerade och utförda åtgärder.	20 november 2011 Pågår. Redogörelse för vidtagna åtgärder har inkommit.	MAS
Bunkring av läkemedel, dropp etc. tas bort från källarförråd.	20 november 2011 Åtgärdat	MAS
Följsamhet till gällande avtal för centralt läkemedelsförråd behöver förbättras.	20 november 2011 Åtgärdat	MAS
Följsamhet avseende basala hygienrutiner.	20 november 2011 Redogörelse ej inkommit.	MAS
Saknas fullständig rapportering av avvikelser med orsak, åtgärder och avslut i VODOK.	20 november 2011 Pågår. Redogörelse för vidtagna åtgärder har inkommit.	MAS
Inkontinensutredningar ska dokumenteras.	20 november 2011 Pågår. Redogörelse för vidtagna åtgärder har inkommit.	MAS
Den palliativa vården vid vård i livets slut behöver utvecklas med upprättade vårdplaner och smärtbedömningar.	20 november 2011 Pågår. Redogörelse för vidtagna åtgärder har inkommit.	MAS
Läkare ska kontaktas vid fallolyckor och andra förändringar i patienters	Omgående Pågår. Redogörelse	MAS



hälsotillstånd.	för vidtagna åtgärder har inkommit.	
Rutiner och överenskommelse avseende läkarsamverkan behöver förtydligas och förankras.	20 november 2011 Pågår. Redogörelse för vidtagna åtgärder har inkommit.	MAS