Handläggare: Ann-Sophie Rüder
Telefon: 08/ 508 14 090

Till
Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd

Verksamhetsuppföljning av Enskededalens Servicehus

Förvaltningens förslag till beslut

Rapporten godkännes.

Gillis Hammar
Stadsdelsdirektör

Kristina Goldring
Äldreomsorgschef

Ärendets beredning

Ärendet har utarbetats inom äldreomsorgens ledning i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).
Ärendet behandlas i stadsdelsnämndens pensionärsråd 2009-06-05.

Bakgrund

Äldreomsorgens ledningsgrupp svarar för uppföljningen av utförarenheterna inom äldreomsorgen.

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 att alla verksamheter

som är belägna inom stadsdelsnämndsområdena och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen.

Samtliga uppföljningar ska dokumenteras i mall framtagen av Äldreförvaltningen. Mallen har omarbetats för verksamhetsuppföljningar utförda from år 2009 då verksamhetsuppföljningarna kommer att datoriseras och läggas in i ”Jämför service” på stadens hemsida. När detta arbete är klart ska medborgarna kunna gå in på nätet och söka efter information angående olika äldreomsorgsverksamheter. Först ska en beskrivning av enheten finnas och därefter ska man kunna ”klicka fram” en verksamhetsuppföljning gällande den inriktning man är intresserad av. Detta innebär att en enhet med både somatiska avdelningar (sjukhem) och demensavdelningar (gruppboende) kommer att följas upp genom olika mallar.

Enskededalens Servicehus är ett äldreboende med 201 lägenheter. Enheten omfattar 197 permanenta servicehuslägenheter samt 4 lägenheter för tillfälligt boende. Skogsgläntans gruppboende tillhör organisatoriskt Enskededalens Servicehus och består av de tre små gruppboendena Grangården, Poppelgården och Smultronhemmet. På gruppboendena bor sju till åtta boende med varsin lägenhet samt gemensamhetsutrymme.
Ledningen består av en enhetschef, tre biträdande enhetschefer och en samordnare. Enheten kommer from 2009-10-01 att drivas på entreprenad av företaget Äldre Liv.

Verksamhetsuppföljningen utfördes den 27 februari samt den 3 mars 2009 av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och administrativ sekreterare med ansvar för verksamhetsuppföljning inom äldreomsorgen. En genomgång av verksamheten genomfördes tillsammans med enhetschef, tre biträdande enhetschefer, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. 25 % av dokumentationen granskades. Inom Enskededalens Servicehus har ett aktivt utvecklingsarbete pågått sen föregående års verksamhetsuppföljning.

Förvaltningens bedömning

Enskededalens Servicehus bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en verksamhet som erbjuder de boende ett stort utbud av aktiviteter genom den sociala mötesplatsen, ”Knuten”, som finns inom servicehuset. De boende erbjuds utifrån behov gemensam frukost och lunch på ”Knuten”. Verksamheten erbjuder även olika utflykter och uppträdande samt varje onsdag ”soppkväll” för

de boende. Servicehuset har en stor gemensam innergård som inbjuder till promenader och social samvaro.
Enskededalens Servicehus brister dock i dokumentation både enligt SoL (socialtjänstlagen) och HSL (hälso- och sjukvårdslagen). Vid granskning av 25 % av SoL-dokumentationen fanns genomförandeplaner till 50 % och den löpande dokumentationen fanns till 72 %. Vid granskning av 25 % av HSL-dokumentationen fanns journalerna gällande den lagstadgade journalföringen till 60 %. Riskbedömningar för fall fanns till 72 %, för trycksår till 53 % och för undernäring till 62 %.
Dessa brister bedöms som allvarliga då helheten av dokumentationen är mycket värdefull för den enskildes rättssäkerhet.

Skogsgläntans gruppboendes dokumentation gällande både SoL och HSL bedöms finnas men behöver delvis utvecklas.

Enskededalens Servicehus och Skogsgläntans gruppboende måste prioritera arbetet med att få en bättre struktur på kommunikationen mellan sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Vissa delar bör utvecklas för att Enskededalens Servicehus verksamhet ska fungera bättre.
Följande åtgärder behöver vidtas:

- Löpande dokumentation ska finnas för samtliga boende.
  Vid granskning av 25 % av dokumentationen fanns löpande dokumentation till 72 %. Arbete pågår.
- Genomförandeplaner ska finnas för samtliga boende samt innehålla samtliga delar som efterfrågas i stadens uppföljningsmall.
  Vid granskning av 25 % av dokumentationen fanns genomförandeplaner till 50 %. Arbete pågår.
- Rutiner ska finnas för hur personal ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi.
  Stadsdelens dietist arbetar med att ta fram ett gemensamt material med rutiner som verksamheterna ska arbeta utifrån.
- Ett system för regelbundna nutritionsutredningar ska finnas som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd.
  Stadsdelens dietist arbetar i nuläget med att utforma ett system gällande nutritionsutredningar.
- Journaler för boende inskrivna i hemsjukvården ska finnas som innehåller den lagstadgade journalföringen.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns journaler till 60 %.

- Riskbedömningar ska finnas för fall, undernäring och trycksår.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns riskbedömningar för fall till 72 %, för undernäring till 62 % och trycksår till 53 %. Arbete pågår.
- Vårdplan inklusive rehabplan ska finnas och vara uppdaterad.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns vårdplaner till 34 %.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns rehabplaner till 21 %.
  Arbete pågår.
- Rehabiliteringsbedömning inklusive ADL ska finnas.
- Lokala rutiner SOSFS 2008:1 (medicintekniska) ska finnas.
- Samtlig personal ska ha utbildning om basala hygienrutiner.
  Några medarbetare har tidigare deltagit i utbildning om basala hygienrutiner.
- Lokal instruktion i enlighet med SOSFS 2000:1 (läkemedel) ska finnas.

Vissa delar bör utvecklas för att Skogsgläntans verksamhet ska fungera bättre. Följande åtgärder behöver vidtas:

- Genomförandeplaner finns för de boende men måste utvecklas för att innehålla samtliga uppgifter enligt stadens uppföljningsmall.
- De boende erbjuds ej möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet.
- Ett system för regelbundna nutritionsutredningar ska finnas som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd.
  Stadsdelens dietist arbetar i nuläget med att utforma ett system gällande nutritionsutredningar.
- Vårdplan inklusive rehabplan ska finnas och vara uppdaterad.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns vårdplaner till 83 %.
  Vid granskning av 25 % av journalerna fanns rehabplaner till 29 %.
  Arbete pågår.
- Rehabiliteringsbedömning inklusive ADL ska finnas.
- Sjukgymnast/arbetsterapeut ska ge behandling individuellt eller i grupp.
  Behandling ges enbart individuellt vid fraktur.
- Utrustning ska finnas för träning och sjukgymnastik.
  Det finns att tillgå på Enskededalens Servicehus.
- Lokala rutiner SOSFS 2008:1 (medicintekniska) ska finnas.
- Samtlig personal ska ha utbildning om basala hygienrutiner.
  Några medarbetare har tidigare deltagit i utbildning om basala hygienrutiner.
- Lokal instruktion i enlighet med SOSFS 2000:1 (läkemedel) ska finnas.

- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska finnas.
  Finns för tidigare år men saknas för år 2008. Kvalitetsgranskning inplanerad under hösten 2009.

Ovanstående avvikelser ska vara åtgärdade senast 2009-09-15 och redovisas därefter snarast till stadsdelsnämnden.

Inom Enskededalens Servicehus har ett aktivt utvecklingsarbete pågått sen föregående års verksamhetsuppföljning.

De avvikelser som fanns vid föregående uppföljning på Enskededalens Servicehus var:
Plan för kompetensutveckling ska finnas.
Vård- och omsorgspersonalen har nu slutfört en utbildning i Kravmärkt Yrkesroll. Utbildningen har gett en fördjupad analys av personalens kompetens och resultatet och har används till att ta fram en gemensam kompetensutvecklingsplan.
Rutiner för introduktion av nyanställda ska uppdateras.
Det är utfört.
Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11 ska finnas.
Ett arbete pågår på avdelningen för äldreomsorg med att ta fram ett enhetligt ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11.
Utföraren ska arbeta med att uppnå bättre kontinuitet för brukarna.
Schemat har omarbetats för att uppnå bättre kontinuitet.
Genomförandeplaner ska finnas för alla brukare
Vid granskning av 25 % av genomförandeplaner fanns dessa till 50%. Detta är en förbättring från föregående uppföljning. Enheten arbetar med att åtgärda de dokumentationsbrister som fortfarande finns. Handledare i dokumentation finns på enheten som stöd för personalen och tid för dokumentation finns inom arbetsschemat.
Löpande dokumentation ska finnas för alla brukare.
Vid granskning av 25 % av den löpande dokumentationen fanns dessa till 72 % Detta är en klar förbättring från föregående uppföljning. Enheten arbetar med att åtgärda de dokumentationsbrister som fortfarande finns. Handledare i dokumentation finns på enheten som stöd för personalen och tid för dokumentation finns inom arbetsschemat.

Regelbunden egenuppföljning av verksamheten ska finnas.
En brukarundersökning genomfördes under hösten 2008 och planer finns på att årligen genomföra en brukarundersökning.

Åtgärdskedja för att besvara och rycka ut på larm ska finnas.
Den har nu utarbetats.
Ett egenkontrollprogram gällande kost ska finnas.
Enheten har arbetat aktivt med att införa ett egenkontrollprogram och det finns nu.
Enheten ska registreras som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen.
Enheten är nu registrerad.
Journaler som innehåller lagstadgad journalföring ska finnas.
Vid granskning av 25 % av journalerna fanns nu lagstadgad journalföring till 60 % vilket är en förbättring sedan föregående uppföljning.
Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska finnas.
Vid granskning av 25 % av journalerna fanns riskbedömningar för fall till 72 %, för undernäring till 62 % och trycksår till 53 % vilket är en förbättring sedan föregående uppföljning.
Vård- och rehabiliteringsplan ska finnas och uppdateras minst en gång per år.
Vid granskning av 25 % av journalerna fanns vårdplaner till 34 % och rehabplaner till 21 % vilket är en förbättring sedan föregående uppföljning.
Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel ska finnas.
Det finns nu.

De avvikelser som fanns vid föregående uppföljning på Skogsgläntans Gruppboende var:
Kompetensutvecklingsplan för personalen ska finnas.
Vård- och omsorgspersonalen har nu slutfört en utbildning i Kravmärkt Yrkesroll. Utbildningen har gett en fördjupad analys av personalens kompetens och resultatet och har används till att ta fram en gemensam kompetensutvecklingsplan.
Namnskyltar ska bäras av samtlig personal.
Det görs nu.
SoL-dokumentationen är i stora delar bristfällig och måste åtgärdas för att uppfylla kraven på dokumentation enligt socialtjänstlagen.
Dokumentationen har förbättrats märkbart och genomförandeplanerna behöver endast kompletteras med vissa uppgifter.
System för synpunkts- och klagomålshanteringen ska upprättas.
Systemet finns nu upprättat.
Tillgång till specialistkompetens i kostfrågor ska finnas.
Det finns nu.
Planerade aktiviteter ska erbjudas de boende.
Det erbjuds nu.
Regelbunden utevistelse ska erbjudas de boende.
Det erbjuds nu.

Rehabiliteringsbedömning inklusive ADL ska upprättas vid inflyttning.
Det har ej funnits möjlighet att prioritera detta arbete men det kommer att åtgärdas snarast.
Enheten ska ta fram en plan för hur träning och sjukgymnastik ska tillgodoses om behov uppstår.
Enheten har prioriterat detta vid frakturer.
Inkontinenshjälpmedel ska vara individuellt utprovade av legitimerad personal.
Det finns nu.
Rutiner och dokumentation gällande begränsningsåtgärder ska implementeras i verksamheten.
Det är implementerat nu.

Ovanstående avvikelser är vid denna uppföljning delvis eller helt åtgärdade.

Dokumentation
Enheten har utbildat sex vårdbiträde/undersköterskor och en samordnare till handledare i SoL-dokumentation. Samordnaren finns som stöd på enheten för de sex handledarna. Alla kontaktmän har fått handledning i hur de ska dokumentera. Tid för dokumentation bedöms finnas inom ramen för arbetsdagen. Biträdande enhetschefer gör stickkontroller på den sociala dokumentationen. Ständigt arbete pågår.
Inom stadsdelsförvaltningen finns en sjuksköterska med uppgift att utbilda och handleda sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter i HSL-dokumentation.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska utför kontinuerligt under året granskning av HSL-dokumentation.
Under våren har sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom stadsdelens äldreomsorg under en dag fått vidareutbildning i det dokumentationsansvar som åligger all hälso- och sjukvårdspersonal.

Nattbesök på enheterna genomfördes natten mellan den 23 och 24 april 2009 av tjänstemän från äldreomsorgens ledningsgrupp. De bedömde att enheterna fungerade tillfredställande under besöket.

Förvaltningens förslag
De avvikelser som fanns vid denna verksamhetsuppföljning kommer att följas upp genom besök på enheten. Resultatet kommer att redovisas vid stadsdelsnämndens möte i december månad 2009.
Förvaltningen föreslår att rapporten godkännes.