



Handläggare: Gunweig Högberg
Telefon: 08-508 20 505

Till
Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd

Verksamhetsuppföljningar Stureby vård- och omsorgsboende

Svar på skrivelse från Rosa Lundmark(v), Magnus Dannqvist (s) och Jonas Eklund (mp).

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande som svar på skrivelsen.

Lena Holmdahl
Tf stadsdelsdirektör

Kristina Goldring
Äldreomsorgschef

Bakgrund

Vid stadsdelsnämndens sammanträde 2010-11-18 överlämnade Rosa Lundmark (v), Magnus Dannqvist (s) och Jonas Eklund (mp) en skrivelse med frågor om verksamhetsuppföljningar inom Stureby vård- och omsorgsboende.

Ärendets beredning

Ärendet har utarbetats inom avdelningen för äldreomsorg. Ärendet behandlas i stadsdelsnämndens pensionärsråd 2011-02-11.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Klarläggande gällande verksamhetsuppföljningar:

Enligt Äldreförvaltningen ska 90 procent av det uppföljda området finnas för att det ska godkännas, annars saknas det. Verksamhetsuppföljningsgruppen inom avdelningen för äldreomsorg har i verksamhetsuppföljningsmallen dock försökt förtydliga om vissa delar av det uppföljda området funnits genom att skriva att det ”finns delvis” eller ”finns ej för samtliga brukare/boende”. Om andelen varit mycket låg uppges att det saknas. Verksamhetsuppföljningsmallen ska enligt äldreförvaltningen ses som ett mål att sträva efter att uppfylla. Arbetet sker med stöd från stadsdelarnas äldreomsorgsavdelningar och äldreförvaltningen.

I skrivelsen från 2011-11-18 framförs ett antal frågor enligt nedan och förvaltnings svar anges efter respektive fråga:

1. **Den löpande dokumentationen** har under perioden 2006-2010 varit bristfällig.
 - Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa löpande dokumentation på enheten perioden 2006-2010?
 - Anser förvaltningen att det är acceptabelt att enheten ej ännu uppfyller kravet om löpande dokumentation enligt den granskning som förvaltningen genomfört?
 - Vilka åtgärder vidtas för att löpande dokumentation ska återupptas?
 - **Svar:** Arbetet med dokumentation är ett långsiktigt utvecklingsarbete. Förvaltningen arbetar fortlöpande med stöd till enheterna. Särskilda handledare finns inom varje enhet. För att godkännas ska den löpande dokumentationen finnas till 90 %. Att få ett område godkänt är något alla enheter ska sträva gentemot med kontinuerligt stöd från förvaltningen.

2. **Genomförande planer** har under perioden 2006-2010 varit bristfällig.
 - Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa upprättandet av genomförandeplaner på enheten perioden 2006-2010?
 - Anser förvaltningen att det är acceptabelt att enheten ej ännu uppfyller kravet om genomförandeplaner enligt den granskning som förvaltningen genomfört?
 - Vilka åtgärder vidtas för att genomförandeplaner skall upprättas för samtliga boende?
Svar: Att dokumentera genomförandeplaner i Parasol är en arbetsprocess som tar tid att få helt implementerad. För att godkännas ska genomförandeplaner finnas till 90 %. Att få ett område godkänt är något alla enheter ska sträva mot. Dialog förs om brister uppstår och fortlöpande stöd från förvaltningen ges.

3. **Journaler innehåller inte den lagstadgade journalföringen** har under perioden 2006-2010 varit bristfällig.

- Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa journalföringen på enheten perioden 2006-2010?
- Anser förvaltningen att det är acceptabelt att enheten har bristfällig journalföring?
- Vilka åtgärder vidtas för att journalföringen skall ske enligt anvisningar?

Svar: År 2006 införde staden ett nytt databaserat system för dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen, VODOK. Detta system används inom vård- och omsorgsboenden och servicehus. I samband med införandet av detta system utsågs en eller flera handledare inom varje verksamhet. Avsikten med handledare ute på verksamheterna var att kunna ge arbetsplatsnära stöd och utveckling inom dokumentationsområdet.

Under åren har också kontinuerliga handledarträffar genomförts. Detta har skett både genom stadsdelens försorg och i en central dokumentationsgrupp bildad i staden.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under åren haft kontinuerlig kontakt med enhetens ledning för stöd och råd och detta kommer att fortgå.

4. **Aktiviteter för de boende** har under perioden 2006-2010 varit bristfällig och med bristande omfattning och kvalitet.

- Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa möjligheten till aktiviteter för de boende på enheten perioden 2006-2010?
- Anser förvaltningen att det är acceptabelt att enheten har bristfälliga aktiviteter för de boende?
- Vilka åtgärder vidtas för att de boende ska få utevistelser och aktiviteter?
- Vilka aktiviteter finns regelbundet på enheten och vilka anser förvaltningen att det borde finnas?

Svar: Aktiviteter för de boende har erbjudits i varierande grad under åren. År 2007 och 2009 redovisades inga avvikelser gällande aktiviteter eller utevistelse. Däremot finns alltid en utvecklingspotential.

År 2008 erbjöds aktiviteter till varierande grad på de olika gruppboendeenheterna och utevistelse erbjöds till största del under sommartid. Detta bedömdes då som något enheten skulle åtgärda vilket också gjordes.

År 2010 bedömdes igen att enheten inte erbjöd gemensamma aktiviteter och utevistelse i tillräcklig omfattning. Spontana aktiviteter

erbjöds. Enheten erbjuder nu gemensamma aktiviteter i aktivitetscentret "Tussudden" måndag-fredag.

Förvaltningen strävar efter att alla boende ska erbjudas planerade gemensamma aktiviteter och regelbunden utevistelse.

Enligt gällande intraprenadavtal ska två gemensamma planerade aktiviteter erbjudas dagligen för de boende inom samtliga boendeenheter inom Stureby vård och omsorgsboende.

5. När bedömer förvaltningen att det kommer att finnas basala hygienrutiner på enheten?

Svar: Förvaltningen bedömer att basala vårdhygienrutiner kommer att finnas under år 2011.

6. **Valda delar av journalerna ska finnas för berörd personal** har under perioden 2006-2009 saknats eller varit bristfällig för att vid granskningen 2010 saknas helt.

- Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa tillgången till journaler på enheten perioden 2006-2009?
- Anser förvaltningen att det är acceptabelt att det nu helt upphört med tillgången till journaler enligt den granskning som förvaltningen genomfört?
- Vilka åtgärder vidtas för att tillgången till journaler skall återupptas?

Svar: Att enheten ska se till att delar av omvårdnadsordinationerna ska finnas tillgängliga för övrig personal har påtalats. Uppföljning av att detta åtgärdats kommer att genomföras vid nästkommande verksamhetsuppföljning.

7. **Vårdplaner** har under perioden 2006-2010 varit bristfällig.

- Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa upprättandet av vårdplaner på enheten perioden 2006-2010?
- Anser förvaltningen att det är acceptabelt att bristen på upprättade vårdplaner fortfarande kvarstår enligt den granskning som förvaltningen genomfört?
- Vilka åtgärder vidtas för att upprättandet av vårdplaner skall ske?

Svar: Enheten har gjort riskbedömningar men inte fullt ut dokumenterat förslag och åtgärder i vårdplanerna. Stadsdelens medicinskt ansvariga sjuksköterska ger stöd och vägledning i hur arbetet med detta kan utvecklas och förbättras.

8. **ADL- bedömning och rehabplaner** har under perioden 2006-2009 varit bristfällig.

- Vilka åtgärder har förvaltningen vidtagit för att säkerställa upprättandet av ADL-bedömningar och rehabplaner på enheten perioden 2006-2010?
 - Anser förvaltningen att det är acceptabelt att enheten ännu ej upprättat rehabplaner och ADL-bedömningar för samtliga boende enligt den granskning som förvaltningen genomfört?
 - Vilka åtgärder vidtas för att upprättandet av rehabplaner och ADL-bedömningar skall ske?
Svar: Vid 2009 års uppföljning fanns både ADL- och funktionsbedömningar samt rehabplaner upprättade. Vid 2010 års uppföljning fanns detta dock ej för samtliga boende. Efter varje dokumentationsgranskning sker återkoppling till berörda sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom enheten där brister redovisats och råd ges om arbetssätt för att komma tillrätta med bristerna.
9. Från föregående verksamhetsuppföljning saknas nu funktionsbedömning för samtliga boende.
- Bedömer förvaltningen detta som acceptabelt?
Svar: Funktionsbedömning bör finnas för samtliga boende.
10. När bedömer förvaltningen att en intraprenad som missköter väsentliga delar av åtagandet varvid flertalet är lagstadgade eller enligt olika myndighetsdirektiv skall fråntas uppdraget?
Svar: Detta kan inte besvaras generellt utan bedöms från fall till fall.
11. På vilket sätt följer förvaltningen upp verksamhetsuppföljningen med verksamheten?
Svar: Förvaltningen kontrollerar att återkoppling av vidtagna åtgärder redovisas. Vid behov tas ytterligare kontakt med verksamheten.
12. Varför dokumenteras inte arbetet och kontakterna mellan förvaltningen och enheten mellan verksamhetsuppföljningarna?
Svar: Arbetet och kontakterna mellan förvaltningen och verksamheten dokumenteras och är arbetsmaterial till kommande verksamhetsuppföljning. Däremot dokumenteras inte kontakter som tas ut ex i form av stöttande samtal.
13. Vilka av påpekandena i uppföljningen betraktas enligt följande kriterium ”Åtgärdade avvikelser kommer att redovisas till förvaltningen, platsbesök kommer endast att utföras om avvikelser bedömts vara till fara för de brukare/boende enheten arbetar gentemot”?
Svar: Se svar under punkt 10.



14. Hur kommer förvaltningen agera och/eller bedöma om i det fall enheten redovisat att man åtgärdat en brist men att den kvarstår vid nästkommande verksamhetsuppföljning?

Svar: Förvaltningen kommer då att ta upp detta och efterfråga anledningen för att sedan ge stöd och vägledning för att se till att bristen snarast åtgärdas.

Bilaga

Skrivelsen om verksamhetsuppföljningar Stureby vård- och omsorgsboende.