



Kvalitetsuppföljning av äldreomsorgen

Redovisning av uppföljning i förhållande till resultatmål 2012 Vård- och omsorgsboenden

Redovisningen omfattar följande enheter:

Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende
Serafen vård- och omsorgsboende
Solbacken vård- och omsorgsboende
S:t Erik vård- och omsorgsboende

Brukare får god kvalitet och service utifrån planering, uppföljning samt information om rättigheter och valmöjligheter.

Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 (M och S)

Samtliga enheter har övergripande ledningssystem, enheterna behöver dock förtydliga ansvarsfördelning inom ledningssystemets olika ansvarsområden samt implementera i hela personalgruppen. I de centralupphandlade enheterna Alströmerhemmet, St Erik och Solbacken finns det intern MAS, deras uppgift att ta emot och avsluta avvikelser i Vodok har inte fungerat tillfredställande. Alla enheter brister i att hålla sina skriftliga HSL- rutiner aktuella och väl kända i verksamheten.

Synpunkter, klagomål och avvikelsehantering

Samtliga verksamheter har rutiner för synpunkter och klagomål samt rapporterar dessa till stadsdelsnämnden. Skriftlig information finns så att den enskilde vet vart de ska vända sig för att lämna synpunkt. Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa. Lokalt utarbetade rutiner för SoL och HSL avvikelsehantering finns på alla enheter. Rapportering av SoL-avvikelser har successivt ökat under året. Det visar på att allt fler enheter börjat arbeta systematiskt med avvikelsehantering. Verksamheterna dokumenterar inte alla HSL-avvikelser enligt gällande rutiner i VODOK. Verksamhetscheferna behöver bli bättre på att regelbundet ta del av avvikelser och vidta åtgärder.

Lex Sarah och Lex Maria

Alla verksamheter har rutin för anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. Under året har det inkommit fyra anmälningar enligt Lex Sarah, två på Serafen och en på Alströmerhemmet och en på S:t Erik. Under året har det varit en Lex Maria anmälan på Serafen.

Ledningens kompetens, ledning och styrning

Kontinuitet i ledarskapet och ledningens tillgänglighet är av stor betydelse för hur väl arbetet organiseras och utförs inom boendet. Ledningen för boenden inom

Kungsholmen har dokumenterad relevant utbildning och erfarenhet. Cheferna har kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar föreskrifter och allmänna råd. Under året har den övergripande ledningsfunktionen varit stabil på alla boenden utom för S:t Eriks som har bytt verksamhetschef. På både Solbacken och på Serafen har en biträdande chef slutat, tjänsten på Serafen är tillsatt men rekrytering pågår till tjänsten på Solbacken.

Uppföljarnas bedömning är att ledningen överlag behöver vara mer insatta i det dagliga arbetet ute på enheterna för att kunna ha en överblick av vad som sker i verksamheten och planera utvecklingsarbetet utifrån detta. Kontinuerliga egenkontroller har inte genomförts på samtliga enheter. Ledningen på Alströmerhemmet och Serafen har påbörjat att genomföra kontinuerliga egenkontroller av exempelvis hygien och dokumentation.

Brukare har självbestämmande och integritet.

Samtliga som flyttat in på särskilt boende och har ett hälso- och sjukvårdsbehov har en upprättad hälso- och sjukvårdsjournal efter medverkan genom ankomstsamtal. Genomförandeplan enligt SoL upprättas i samråd med den boende men de är inte alltid individuellt utformade. Uppföljningen av genomförandeplanerna behöver förbättras så att aktuellt omvårdnadsbehov alltid framgår.

Bemötande

Inom samtliga verksamheter uppvisar personalen ett gott bemötande gentemot de boende.

Brukare är trygga.

Larm

Samtliga särskilda boenden har välfungerande trygghetslarmsystem och rutiner för att säkra att larm besvaras. Uppföljningen och redovisningen av SoL-avvikelse visar dock att personalen ibland brister i att följa upprättade rutiner. Både Alströmerhemmet och Serafen har förtydligat sina larmrutiner efter incidenter som lett till Lex Sarah-anmälningar.

Telefontillgänglighet

Telefontillgängligheten inom alla boenden är god.

Identifikation

All personal har namnskyftar/identifikation men de glömmer ibland att använda dem.

Information

Vid inflyttning får alla boende både muntlig och skriftlig information.

Brand

Brandlarmet testas kontinuerligt och personalen har brandskyddsutbildning.

Samtliga verksamheter behöver dock förbättra sitt arbete med att ha en årlig brandskyddsgenomgång samt att ge tillfälligt anställda information om hur de ska agera vid brandlarm.

Förvaring dokumentation

Samtliga verksamheter förvarar journalhandlingarna enligt HSL så att obehöriga inte får tillgång till dem. Det brister i hanteringen av avslutade HSL- journaler enligt gällande regler, de förvaras inte alltid brandsäkert. Dokumentation av HSL och SoL sker i stadens datasystem. Samtliga enheter har låsbara skåp för förvaring av SoL dokumentation.

Hantering nycklar och egna medel

Enheternas hantering av egna medel följer stadens riktlinjer. Inom vård- och omsorgsboende hanteras sällan några nycklar, men när det görs finns det rutiner för detta.

Brukarna får bra mathållning i en god måltidsmiljö.

Individuppföljningen visar att majoriteten av de boende är nöjda med hur maten smakar men det är inte lika stor andel som upplever att måltidsmiljön är helt tillfredställande. Alströmerhemmet, Solbacken och Serafen har under året arbetat med att förbättra måltidsituationen. Alla vård- och omsorgsboenden erbjuder minst två rätter att välja på vid måltider. Samliga verksamheter har egenkontrollprogram anpassat efter sin verksamhet men personalen måste bli bättre på att följa det. Mathanteringen behöver förbättras. För att tillgodose brukarnas individuella nutritionsbehov måste utförarna ha en måltidsplanering som avser hela dygnet och där både dag-, kvälls- och nattpersonal är engagerade och har ett gemensamt arbetssätt. Samtliga verksamheter behöver kontinuerligt fortbilda omvårdnadspersonalen i kost nutrition och livsmedelshygien.

Sjuksköterskorna genomför nutritionsutredningar för att bedöma risk för undernäring och behov av åtgärder. Andelen boende som har fått en sådan utredning har ökat i år, mer än hälften av de boende har en nutritionstatus med BMI över 22 som är gränsen för normalvärdet.

Brukare får en god personlig vård och omsorg.

Enhetspecifika rutiner och arbetssätt.

Ingen av enheterna uppfyller kraven avseende lokala skriftliga rutiner för hälso- och sjukvård fullt ut enligt kraven i QUSTA. Tvärprofessionella omvårdnadsmöten där vården och omsorgen om den enskilde planeras och dokumenteras förekommer men enheterna genomför inte dessa möten kontinuerligt året runt. Ett projekt har under året genomförts för att utveckla de tvärprofessionella omvårdnadsmöten men det har inte gett önskad effekt, uppföljning visar att det inte går att följa beslutade bedömningar som en röd tråd i HSL och SoL dokumentationen.

Personalens kompetens, introduktion, kompetensutveckling, personalomsättning

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har för verksamheten adekvat specialistutbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig.

All nyanställd personal får inte tillfredsställande introduktion och undervisning i dokumentationsprogrammen Vodok, Senior alert, Svenska palliativregistret och ParaSoL.

25 % av utförarna uppfyller indikatorn för omvårdnadspersonalens kompetens (90 % och mer). 100 % av utförarna har inkommit med uppdaterad kompetensutvecklingsplan. Alla verksamheter har introduktionsprogram för nyanställd personal. Andelen grundutbildad personal måste öka.

Omvårdnadspersonal i egen regi deltar i möjligaste mån i de utbildningar som erbjuds via stadens äldre nämnd. Entreprenörer ansvarar själva för att grundutbilda sin personal. I avtalen för Alströmerhemmet, S:t Erik och Solbacken ingår det att utförarna ska grundutbilda personalen.

Personalen behärskar svenska språket i tal och skrift

Inom alla enheter finns personal som inte fullt ut behärskar svenska språket i både tal och skrift. Detta innebär vissa svårigheter för dem att upprätta genomförandeplaner och föra löpande dokumentation. Inom Serafen arbetar man kontinuerligt för att förbättra personalen språkkunskaper.

Personalkontinuitet och kontaktmannaskap

Alla brukarna har utsedda kontaktpersoner. Verksamheterna arbetar för att begränsa antalet omvårdnadspersonal hos de boende. Grunden är att det i första hand ska vara kontaktpersonen som utför insatserna. Kontaktmannaskapet behöver dock utvecklas då det idag inte alltid omfattar planerad social samvaro och individuella aktiviteter med den boende. Förvaltningens individuppföljning visar att det endast är drygt hälften av de boende som känner till vem som är deras kontaktperson, 60 % av de boende anser att de har möjlighet att påverka hur insatserna utförs. Trots detta är det 97 % som upplever att de totalt sett får en god omvårdnad.

Samtliga boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en namngiven läkare samt arbetsterapeut och sjukgymnast. Samtliga boende får hembesök av läkare alla tider på dygnet om det finns behov. Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Inom samtliga vård- och omsorgsboenden finns arbetsterapeut och sjukgymnast tillgängliga måndagar till fredagar på dagtid. Hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en boende behöver medicinsk hjälp, omvårdnadspersonalen är bra på att förmedla till hälso- och sjukvårdspersonalen när behov uppstår.

Dokumentation

SoL dokumentationen sker i stadens system ParaSoL, 20 % av dokumentationen har granskats per verksamhet. Genomförandeplaner finns men de är inte alltid individuellt utformade. Uppföljning av genomförandeplaner måste förbättras så att

de alltid är aktuella och kan användas som ett arbetsinstrument. Den skriftliga dokumentationen mellan omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal behöver bli bättre för att få en helhetssyn i omvårdnaden och omsorgen om den boende.

HSL dokumentationen sker i stadens system VODOK. MAS och MAR har granskat 15 % av dokumentationen per verksamhet, med fokus på upprättande av journal vid inflyttning (allmänna uppgifter anamnes och inkomststatus). Det som granskningen visar är att framtagna checklistor som ska användas vid upprättande av journal inte följs, vilket har medfört att ingen av enheterna uppfyllt kraven helt. Resultatet av granskningen visar på en stor spridning i kvalitén.

Riskbedömningar

I genomsnitt har 92 % av de boende erhållit riskbedömningar för trycksår och nutrition vilket är en ökning med ca 7 % jämfört med föregående år. Detta innebär att man i större utsträckning har identifierat personer som kan ligga i riskzonen för undernäring och trycksår. Inkontinensutredningarna och uppföljning av tidigare utredningar har totalt minskat med 4 % i jämförelse med samma period föregående år men Serafen har däremot ökat andelen utredningar.

Rehabilitering

Alla enheter erbjuder ADL-bedömning till boende vid inflyttning. Bedömningar ska följas upp minst en gång per år, detta uppfylls inte helt av enheterna. I genomsnitt har 92 % av de personer som bor på i vård- och omsorgsboende blivit ADL bedömda det senaste året.

Medicintekniska produkter.

Samtliga verksamheter tillhandahåller och bekostar den medicinska och den medicintekniska utrustningen, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel mm som behövs för den boendes vård och omsorg.

Basala hygienrutiner och städning

Samtliga utförarens personal känner till och arbetar utifrån basala hygienrutiner. Tillgång till tvål och handduk avsett för personalens handhygien inne i de boendes lägenheter är inte tillgodosedd på alla enheter. Samtliga verksamheter har sedan föregående uppföljning förbättrat sina rutiner men uppfyller fortfarande inte helt grundkraven för god hygien rörande att följa kläd- och städrutiner.

Brukare har meningsfull tillvaro.

Boendes möjlighet till aktiviteter, social stimulans och utevistelser förbättras kontinuerligt. Samtliga vård- och omsorgsboenden har under året arbetat med att utöka och utveckla utbudet av både gruppaktiviteter och individuella aktiviteter. Fler aktiviteter med kulturella inslag erbjuds. Under sommaren finns det möjlighet till gemensamma bussutflykter. Ledsagning till frisör, fotvår m.m. sker enligt individuella behov. Samtliga verksamheter behöver dock förbättra sitt arbete med att erbjuda individuellt inriktade aktiviteter och social stimulans till boende med

stora omvårdnadsbehov. Förvaltningens individuppföljning visar att 76 % av de boende anser att de har en meningsfull tillvaro utifrån social samvaro, 81 % anser att de ha en meningsfull tillvaro utifrån aktiviteter och 72 % anser att de har en meningsfull tillvaro utifrån utevistelser. Även om målen har uppnåtts så framkommer även missnöje över brist på meningsfull tillvaro och utevistelser.

Redovisning av uppföljning i förhållande till resultatmål 2012 Hemtjänst och servicehus

Redovisningen omfattar följande enheter:

Attendo Hemtjänst
Carema Hemtjänst
HSB Omsorg
Hemtjänsten på Hantverkargatan
Oliva Vård och Omsorg
Sällskapet Vänner till Pauvres Honteux, Fredhällshuset
Fridhemmets servicehus, Temabo
Pilträdet servicehus

Brukare får god kvalitet och service utifrån planering, uppföljning samt information om rättigheter och valmöjligheter

Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 (M och S)

1 januari 2012 kom en ny SOSFS 2011:19 som reglerar hur verksamhetens ledningssystem ska se ut. Då sammanfördes SoL och HSL i ett gemensamt system. Samtliga utförare har påbörjat uppdatering av ledningssystem enligt ny SOSFS.

Ledning och styrning

Kontinuitet i ledarskapet och ledningens tillgänglighet är av stor betydelse för hur väl arbetet organiseras och utförs. Företagens introduktionsprogram för nya chefer och överlämning av verksamhet till ny chef är inte betryggande. Resultat från stadsdelsnämndens uppföljning överförs inte och åtgärdsplaner följs inte upp. Nya chefer inom hemtjänsten har dålig kunskap om innehållet i tecknat avtal med Stockholms stad. Cheferna behöver även genomföra egenkontroller kontinuerligt av t.ex. dokumentation och att överenskomna rutiner följs av personalen.

Under året har verksamhetschefer bytts ut hos Carema Hemtjänst och Fridhemmets servicehus (två gånger under året). Det har varit oklarheter i ledning och styrning av Fridhemmet och avsaknad av ett dagligt synligt och närvarande ledarskap. Informationsöverföringen mellan och inom olika yrkeskategorier måste säkras, rutiner måste upprättas och ansvarsfördelningen klargöras. Olivia hemtjänst har förändrat sin organisation under året och tillsatt biträdande enhetschefer istället för den samordnare som tidigare funnits. På grund av rekryteringssvårigheter har den nya organisationen ännu inte funnit sina former och åtgärder inte vidtagits utifrån senaste uppföljningen.

Brukare har självbestämmande och integritet

Service och vård- och omsorg utförs enligt genomförandeplan

Hos samtliga utförare måste arbetet med SoL-dokumentationen intensifieras. Alla brukare har inte en aktuell individuellt utformad genomförandeplan och genomförandeplanen används inte som arbetsinstrument. Löpande daganteckningar förs inte så att det går att följa händelser av vikt.

Brukare är trygga

Larmkedja

Samtliga hemtjänstutförare inklusive servicehusen har en åtgärdskedja för uttryckning på trygghetslarm dygnet runt. Antingen åtgärdar utförarna själva alla larm eller anlitar underentreprenör eller stadens Trygghetsjour. Rapporter från Trygghetsjouren visar på att larm i de flesta fall besvaras och åtgärdas i rimlig tid.

Fridhemmets servicehus har upprepade klagomål på besvarandet av larm. Detta hänger delvis ihop med att många brukare använder trygghetslarmet för att komma i kontakt med personalen utan att det är någon akut situation. Resultatet från stadens brukarundersökning bekräftar att de boende inte känner sig trygga. De boende vid Pilträdet servicehus känner sig mycket tryggare med sin hemtjänst.

Förvaring dokumentation

Samtliga utförare har låsbara aktskåp men i den senaste LOV-upphandlingen har kraven ökat på förvaring av dokumentation. De utförare som inte har brandsäkra skåp har uppmanats införskaffa sådana.

Hantering nycklar och egna medel

Sedan förvaltningen i sin internkontroll 2010 och 2011 uppmärksammat problemen kring hanteringen av egna medel hanterar utförarna nu endast i undantagsfall egna medel. Hanteringen av nycklar förbättras allteftersom enheterna införskaffar elektroniska nyckelskåp. Förvaltningen uppmanar utförarna att införskaffa elektroniska nyckelskåp för att säkerställa hanteringen av brukarnas nycklar.

Personalen bär identifikation

Personalen har legitimation men bär den inte alltid synligt. Den uppvisas dock på begäran och när man besöker en ny brukare.

Telefon tillgänglighet

Telefontillgängligheten är generellt sett god hos utförarna.

Personalkontinuitet och kontaktmannaskap

Utförarna arbetar med att begränsa antalet omvårdnadspersonal hos kunder med omfattande omvårdnadsbehov. Det är i första hand kontaktpersonen som utför insatserna hos den enskilde men för brukare med stort omvårdnadsbehov är det ofrånkomligt med många olika personer för att täcka upp hjälpinsatser under ett dygn. Alla utförare uppger att alla brukare har utsedda kontaktpersoner men detta har inte gått att kontrollera då många genomförandeplaner visat sig vara inaktuella.

Brukarna får bra mathållning i en god måltidsmiljö

Individuppföljningen ger inget tillförlitligt resultat då frågor även ställts till personer som inte haft biståndsbedömd matinsats. Däremot framkommer synpunkter från de som äter på Fridas restaurang på Fridhemmets servicehus

avseende matens utseende och smak och att det är ojämn kvalitet på maten. Temabo har därför tillsammans med restaurangen bildat ett matråd med representanter från de boende.

På servicehusen genomför sjuksköterskor nutritionsutredning där åtgärd och uppföljning säkrar de boendes nutrition. Under 2012 har 66 % av de boende på servicehus bedömts.

Brukare får en god personlig vård och omsorg

Personalens kompetens, introduktion, kompetensutveckling, personalomsättning

33 % av utförarna uppfyller indikatorn för kompetens (90 % och mer). Detta är en försämring jämfört med 2011 då andelen var 44 % vilket innebär att utförarna inte nyrekryterar utbildad personal. Samtliga utförare har inkommit med kompetensutvecklingsplan. Enheterna har introduktionsprogram för nyanställd omvårdnadspersonal. Andelen grundutbildad personal måste öka. Omvårdnadspersonal i egen regi deltar i möjligaste mån i de utbildningar som stadens äldrenämnd ansvarar för. Entreprenörer ansvarar själva för att grundutbilda sin personal vilket inte görs i tillräcklig omfattning. Attendo har ett program för att uppmuntra personalen att gå grundutbildning.

Personalen behärskar svenska språket i tal och skrift

Personalen behärskar svenska språket i både tal och skrift i tillräcklig omfattning för att kunna kommunicera med brukarna och dokumentera.

Klagomål och synpunkter

Samtliga verksamheter har rutiner för synpunkter och klagomål samt rapporterar dessa till stadsdelsnämnden. Skriftlig information finns så att den enskilde vet vart de ska vända sig för att lämna synpunkt. Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Avvikelse enligt SoL och HSL

När den enskildes insatser eller vård- och omsorg helt eller delvis inte utförs är detta att betrakta som en avvikelse. Alla verksamheter ska ha rutiner för hur avvikelser identifieras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas samt för hur vidtagna åtgärder följs upp. Från och med i år begär förvaltningen även SoL-avvikelser och rapporterar dem tre gånger per år till stadsdelsnämnden. Kvalitetsuppföljningarna visar att utförarna mer eller mindre har kommit igång med ett systematiskt arbete med hur avvikelser identifieras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder följs upp.

Lex Sarah och Lex Maria

Alla verksamheter har rutin för anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. Under året har ingen Lex Maria anmälan gjorts vid servicehusen. Det har inkommit tre anmälningar enligt Lex Sarah, en på Pilträdet servicehus, en hos Olivia Hemtjänst och en hos HSB omsorg.

Dokumentation

Vi granskningen av aktuella genomförandeplaner SoL framkommer att i genomsnitt 75 % av genomförandeplanerna är aktuella att jämföra med 73 % föregående år. Årsmålet för 2012 är 80 %. Dokumentationsgranskningen i samband med uppföljningarna visade att det var flera enheter som inte hade genomfört det förbättringsarbete som de utlovat. Trots de intensiva utbildningsinsatser som genomförts inom ramen för de statliga stimulansbidragen och att flera enheter haft särskilda mentorer utsedda har inte dokumentationen förbättrats hos alla utförare. Olivia och HSB saknar aktuella genomförandeplaner i mycket hög grad, de har inte vidtagit nödvändiga åtgärder och uppvisar fortfarande stora brister i dokumentationen kring sina brukare. En extra dokumentationsgranskning kommer att genomföras i januari 2013. Caremas enhet på Hantverkargatan visar ett sämre resultat än enheten på Arbetargatan. Granskningen visar att det finns brister i att föra löpande journalanteckningar och händelser av betydelse. Samtliga utförare måste förbättra introduktionen i dokumentationsprogrammen Vodok och ParaSoL för nyanställd personal.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

HSL dokumentationen på servicehusen sker i stadens system VODOK. MAS och MAR har granskat 15 % av dokumentationen per verksamhet. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller inte helt regelverkets krav.

Riskbedömningar

Samtliga boende på servicehus ska erbjudas riskbedömning för nutrition, trycksår och fall men alla boende har inte bedömts. I nuläget har i genomsnitt 66% av de boende blivit bedömda för, nutrition och trycksår, vilket är en ökning med 8 % i jämförelse med samma period föregående år. Detta innebär att man i större utsträckning har identifierat personer som kan ligga i riskzonen för undernäring och trycksår. På servicehusen har urininkontinensutredningar och uppföljning av tidigare utredningar minskat med 7 % vilket innebär att individuella inkontinenshjälpmedel inte förskrivs till alla med behov av detta.

Rehabilitering

Boende på servicehus erbjuds ADL-bedömning vid inflyttning samt därefter om behov uppstår. Genomförda bedömningar ska följas upp minst en gång per år men genomförda ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index har minskat med ca 8 % jämfört med föregående period vilket innebär att verksamheterna inte har kunnat säkra genomförande av bedömningar som underlag till stöd för personens dagliga livsföring.

Basala hygienrutiner

Samtliga utförares personal känner till basala hygienrutiner men det finns fortfarande brister i användandet av skyddskläder och handsprit inom servicehusen.

Brukarna har en meningsfull tillvaro

Servicehusen Pilträdet och Fridhemmet erbjuder regelbundet många olika aktiviteter samt musik- och kulturinslag och pub-kvällar. Fridhemmet erbjuder även filmkvällar. Under sommaren finns det möjlighet till gemensamma bussutflykter. Utevistelser både inom servicehusen och i hemtjänsten sker i enlighet med biståndsbeslut. 90 % av de boende på Pilträdet är enligt stadens brukarundersökning nöjda med promenader och utevistelser. På Fridhemmet är andelen 53 %.

Attendo och Carema hemtjänst inbjuder sina kunder till öppet hus och andra aktiviteter några gånger per år. Inom hemtjänsten uppger 73 % att de är nöjda med promenader och utevistelser.

Uppföljning av vård- och omsorgsboenden 2012

Genomfört oanmält nattbesök i särskilt boende

Under natten mellan den 16 och 17 augusti genomförde förvaltningens kvalitetsuppföljare och MAS oanmälda nattbesök i samtliga vård- och omsorgsboenden och servicehus. Samtliga boendeenheter besöktes under natten och verksamheten diskuterades med tjänstgörande nattpersonal. Samtliga verksamheter hade den bemanning som är överenskommen. Personalen var övervägande positiva till besöket. Läget upplevdes stabilt på alla boenden utom Solbacken och St Erik. Båda dessa verksamheter har nyligen fått ny ledning och det framkom vissa oklarheter i organisation och samarbete. Brister som också framkom på Solbacken och St Erik var att det saknas hygienartiklar i tillräcklig omfattning och på St Erik fanns inte alltid näringsdrycker att tillgå. På Solbacken uppgavs att man inte tar in extravak vid vård i livets slut. Förvaltningen har återkopplat erfarenheterna från nattbesöken till verksamheterna i samband med förvaltningens verksamhetsbesök.

Serafens vård- och omsorgsboende

Drivs i egen regi

Boende på Serafen får en god vård och omsorg, stämningen i huset är öppen och välkomnande. Ledningen arbetar aktivt med värderingsfrågor och verksamhetsutveckling. Arbetet med att utveckla ett mer personcentrerat arbetsätt pågår, där ingår införandet av omvårdnadsmöten där de olika yrkeskategorierna samverkar för att ge de boende en god individuellt utformad vård. Måltidsmiljön har förbättrats sedan föregående uppföljning, aktiviteter och social stimulans genomförs både gemensamt i huset och inom de olika boendegrupperna. Arbetet med utveckling av SoL dokumentationen måste fortsätta. Inom hälso- och sjukvården har verksamheten utarbetade skriftliga rutiner för det arbete som utförs, för att få en helhetssyn och öka patientsäkerheten så har dessa rutiner sammanfogats med omsorgsrutinerna. De hälso- och sjukvårdsområden som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är arbetet med riskbedömningar samt fortsätta utveckla kvalitén i dokumentationen.

Åtgärdsplan

Alla boende ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan. Genomförandeplaner måste upprättas även för korttidsboende. Rutin för sammanställning av SoL avvikelser måste upprättas. I egenkontrollen av kök ska rengöring köksfläktar ingå. Överenskommelse ska tecknas när egna medel hanteras. Rutin för omhändertagna värdeföremål ska upprättas. Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården ska genomföras enligt QUSTA rapporten.

Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende

Drivs av Temabo

Temabo tillträdde som entreprenör för Alströmerhemmet den 1 februari 2011. Verksamheten har stabiliserats jämfört med föregående års uppföljning, lokala rutiner är nu upprättade och ledningen arbetar med att införa ett salutogent arbetssätt. Tvärprofessionella omvårdnadsmöten är införda, det är viktigt att de planeras in och genomförs regelbundet under hela året. Olika typer av generella aktiviteter erbjuds, kontaktmannen bör dock i större utsträckning erbjuda och planera individuella aktiviteter och social stimulans, speciellt för boende med stora omvårdnadsbehov. Måltidsmiljön måste förbättras inom alla boendeenheter, speciellt vid frukost. Inom en boendeenhet pågår ett måltidsprojekt i syfte att ta fram nya metoder och arbetssätt för att stimulera till en god måltidsmiljö. Alla boende har inte en aktuell individuellt utformad genomförandeplan, uppföljningen av genomförandeplaner måste förbättras. Verksamheten har gemensamma rutiner för hälso- och sjukvården, dessa rutiner har utvecklats mycket sedan föregående uppföljning. De områden inom hälso- och sjukvården som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är hygien, munhäsovård och riskbedömningar som t.ex. inkontinens och trycksår samt fortsätta utveckla kvalitén i HSL dokumentationen.

Vid förvaltningens oanmälda besök den 24 januari konstaterades att bemanningen av omvårdnadspersonal till vissa delar inte överensstämde med avtalat täthetschema. Temabo har genomfört en schemaomläggning och bemanningen stämmer nu med avtalat täthetschema. Förvaltningen har enligt avtalet punkt 8:4 reducerat ersättningen till utföraren med 5 % av fakturerat belopp under perioden 24 januari tom 30 april.

Åtgärdsplan

Alla boende ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan. Rutin för avvikelser måste förtydligas med hur SoL-avvikelser hanteras. Plan för kompetensutveckling ska kompletteras med plan för att höja andelen grundutbildad personal. Städning av förråd och tvättstugor måste förbättras. Dokumentations-skåpen ska vara låsta när ingen personal befinner sig i rummet. Avvikelsehantering vid bortovaro och sjukhusvistelser måste förbättras. Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården ska genomföras enligt QUSTA rapporten till uppföljning 2013. Rutin för avvikelse enligt Lex Maria ska kompletteras med att anmälan till nämnd ska göras.

Solbacken vård- och omsorgsboende

Drivs av Attendo

Verksamheten ger ett gott intryck och personalen arbetar lugnt och miljön är trivsamt. Enheten har sedan föregående uppföljning förbättrat sitt arbete med mat, måltidsmiljö och social samvaro/aktiviteter. Omvårdnadsmöten genomförs på två boendeenheter, planering och struktur för omvårdnadsmöten på samtliga enheter måste upprättas. Informationstavlorna om personal, aktiviteter och måltider måste vara aktuella och skrivas med tydligare text. Genomförandeplanerna måste få större individfokus och där även individuella nattinsatser framgår. Kontaktmannen bör i större utsträckning planera individuella aktiviteter och social stimulans för den boende, detta gäller speciellt boende med stora omvårdnadsbehov. Förbättringsområde är att utveckla korttidsboendets arbetsätt och metoder, det är också viktigt att ha kontinuitet och fast ansvarig sjuksköterska på korttidsboendet, detta har brutit under år 2011. Verksamheten har på många områden formulerat skriftliga rutiner för det arbete som utförs inom hälso- och sjukvården. Men fortfarande finns områden där rutinerna måste ses över eller aktualiseras för att uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet enligt QUSTA uppföljningen. Det inom hälso- och sjukvården som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är rutiner för risk och händelseanalys och mer kunskap om vem som ska anmäla och återkoppla en avvikelse samt öka kompetens inom demensområdet. Även säkra riskbedömningar och utveckla munhälsovården samt fortsätta utveckla kvalitén i dokumentationen.

Åtgärdsplan

Nytt avtal med Attendo träder i kraft 1 juni 2012, de avvikelser som anges i protokollet kommer att följas upp 2013 utifrån det nya avtalets krav och innehåll. Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården ska genomföras enligt QUSTA rapporten till uppföljning 2013.

Lidnersgårdens dagverksamhet

Drivs av Attendo

Dagverksamheten lokal ligger i bottenplanet på Solbackens vård- och omsorgsboende. Miljön är trivsamt och det finns direktutgång till trädgården. Det behöver upprättas en tydligare struktur och arbetsätt för hela dagverksamheten och det dagliga arbetet. Ledningen måste vara involverade och leda verksamhetens utveckling. Genomförandeplanerna ska utformas individuellt så att den enskildes önskemål och behov framgår. Uppföljningen av genomförandeplanerna måste förbättras. Samtliga daggäster ska ha en aktuell individuell utformad genomförandeplan. Personalen måste ges tid till att skriva nya genomförandeplaner.

Åtgärdsplan

Nytt avtal med Attendo träder i kraft 1 juni 2012. Personalen ska genomföra webbutbildning Demens ABC. Rutin för SoL avvikelser, synpunkter och klagomål samt egenkontroll måste implementeras i personalgruppen. Daggästerna ska ha

möjlighet att välja maträtt. Enheten måste tydliggöra vilken sjuksköterska i huset som ansvarar för dagverksamheten och upprätta en rutin för kontakt mellan sjuksköterska och dagverksamhetens personal.

S:t Eriks vård- och omsorgsboende

Drivs av Stiftelsen Rödakorshemmen

Boendemiljön på S:t Erik är trivsamt, personalen har ett lugnt arbetsätt och bra bemötande. Rödakorshemmen tillträdde som entreprenör den 1 februari 2011. Arbete med att upprätta ledningssystem, lokal rutiner och implementera dessa i personalgruppen har försenats med anledning av byte av verksamhetschef, detta arbete måste intensifieras. Kontaktmannen bör i större utsträckning planera individuella aktiviteter och social stimulans för den boende, detta gäller speciellt för boende med stora omvårdnadsbehov. Rödakorshemmen ska enligt avtal följa intern- MAS riktlinjer när det gäller HSL, förutom det som staden beslutat om enligt Vodok och kvalitetsindikatorer enligt avtal. Rödakorshemmen har på många områden formulerat skriftliga HSL men det finns fortfarande områden där rutinerna behöver utvecklas för att uppnå standard för godkänd kvalitet. Områden som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är avvikelser, hygien, munhälsovård och riskbedömningar som t.ex. inkontinens, Norton och MNA, samt fortsätta utveckla kvalitén i HSL dokumentationen.

Åtgärdsplan

Lokal skriftliga rutiner måste upprättas och finnas tillgängliga för all personal. Plan för grundutbildning av personal enligt avtal ska upprättas. Aktuell information om vilka som arbetar, dagens aktiviteter samt matsedel ska finnas på varje boendeenhet. Avvikelserna ska vara åtgärdade 120831 Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården ska genomföras enligt QUSTA rapporten till uppföljning 2013. Reglerna rörande delegering, avvikelser och dokumentation måste uppdateras. Regler gällande riskbedömningar fall, nutrition och trycksår saknas och även reglerna för riskbedömningar munstatus och urininkontinens saknas. Författningarna på riktlinjen palliativ vård bör uppdateras.

Marieberg

Drivs av Carema, uppföljning av ramavtal med Stockholms stad

Marieberg har en trivsamt boendemiljö och de boende har goda möjligheter till utevistelser. De boende får en god omvårdnad, hälso- och sjukvården fungerar väl. Område som behöver fortsätta utvecklas och förbättras är HSL-dokumentationen rörande riskbedömningar.

Åtgärdsplan

Plan för kompetensutveckling ska upprättas och skickas till förvaltningen. Enheten måste uppdatera vårdplanerna så att de är aktuella gentemot status och riskbedömning.

Herden

Drivs av Bruka Äldrevård AB, uppföljning av ramavtal med Stockholms stad

Herden bedriver en god individuellt utformad vård och omsorg i en trivsam boendemiljö. De boendes behov av social stimulans och utevistelser tillgodoses. Herden uppvisar mycket goda resultat i årets brukarundersökning.

Åtgärdsplan

Rutiner för hantering egna medel och nycklar ska finnas i rutinpärmerna. Egenkontrollen i köken måste förbättras och signeringslistorna ska fyllas i.

Stockholm sjukhem

Drivs av stiftelsen Stockholms sjukhem, uppföljning av ramavtal med Stockholms stad

Verksamheten ger en god vård och omsorg till de boende och boendemiljön är trivsam. Inom Stockholms sjukhem kvalitetssäkrar man sitt arbete genom att arbeta med processer för omvårdnadsplanering, gemensamma mål, utredning, behandling och uppföljning. Ett förbättringsområde är att erbjuda de boende individuella aktiviteter och social stimulans tillsammans med sin kontaktperson. Verksamheten kommer att flytta till en nybyggd närliggande fastighet i mars 2013.

Åtgärdsplan

Egenkontrollen i köken måste förbättras och signeringslistor ska föras. Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska upprättas och skickas till stadsdelsförvaltningen. Årlig apoteksgranskning ska genomföras.

Edsby slott

Drivs av Edsby slott AB, uppföljning av ramavtal med Stockholms stad
Edsby slott ligger i vacker omgivning utanför Upplands Väsby. Slottet har en hemtrevlig och ombonad atmosfär. Arbetet inomenheten utgår från individens behov och de boende får en god omvårdnad. Sedan föregående uppföljning har det anställts en aktivitetsansvarig på 80 % samt en köksansvarig 75 %. Hälso- och sjukvården fungerar bra med inriktning på den enskildes egna behov och hälsa. Under 2013 ska det ske en ombyggnad i fastigheten så att alla boende får tillgång till egen toalett.

Åtgärdsplan

Funktionsbedömningen ska göras av sjukgymnast idag görs det oftast av arbetsterapeut eller sjuksköterska. Kompetensutvecklingsplan 2013 ska sändas till Kungsholmens stadsdelsförvaltning.

Attendo Kungshamn

Drivs av Attendo, uppföljning av ramavtal med Stockholms stad
Verksamheten startades den 16 januari 2012, uppföljningen genomfördes i november 2012. Verksamheten har kommit igång, men det saknas en övergripande struktur och rutiner måste upprättas. Förvaltningen har trots upprepade påminnelser inte fått in begärt material och tillgång till dokumentationsgranskning. Uppföljningen har därför överlämnats till Äldreförvaltningen för fortsatt bedömning.

Uppföljning av servicehus, dagverksamhet och hemtjänst I januari till 31 december 2012

Pilträdet servicehus

Drivs i egen regi

Boende på Pilträdet servicehus får en god vård- och omsorg, personalen är organiserad i team med husansvar vilket ger god kontinuitet. Generella aktiviteter erbjuds alla vardagar och vissa helgdagar, en del aktiviteter samordnas med dagverksamheten Gläntan som finns i samma hus. SoL dokumentationen har utvecklats, de genomförandeplaner som finns är i de flesta fall individuellt utformade. Uppföljning av genomförandeplaner måste dock förbättras. Pilträdet har formulerat skriftliga rutiner för hälso- och sjukvården i det arbete som utförs, men rutinerna behöver tydliggöras mera, för att de ska uppnå standard för de riktmärken som utgör godkänd kvalitet. De områden som fortfarande behöver förbättras och utvecklas är munhälsovård, riskbedömningar som t.ex. inkontinens, trycksår och nutrition samt fortsätta utveckla kvalitén i dokumentationen.

Åtgärdsplan

Rutin och arbetssätt för SoL-avvikelser måste implementeras i hela personalgruppen. Lokala rutinerna enligt SoL måste uppdateras och kompletteras enligt noteringar i protokollet. Uppföljning av genomförandeplaner måste förbättras och nattinsatser ska framgå i de fall personen har beviljad natthjälp. Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården ska genomföras enligt QUSTA rapporten till uppföljning 2013. HSL- dokumentation: När journal upprättas i samband med inflyttning ska alltid den checklista följas som upprättats enligt MAS regler för dokumentation. Rutiner finns för riskbedömningar men sjuksköterskorna måste ha ett arbetsätt så att utredningen alltid görs vid inflyttning och att den fortlöpande följs upp.

Gläntans dagverksamhet

Drivs i egen regi

Gläntans dagverksamhet har sedan föregående uppföljning ökat antal gäster från 20 till 25 platser, i snitt är det 18 besökare per dag. Miljön är positiv och trivsam, i aktivitetslokalen pågår aktiviteter för både dag gäster och boende i huset. Personalen är iderik, olika typer av generella aktiviteter och social samvaro erbjuds men det behöver upprättas en tydligare struktur och arbetssätt för det dagliga arbetet. Genomförandeplanerna ska utformas individuellt så att det enskildes önskemål och behov framgår. Uppföljningen av genomförandeplanerna måste förbättras.

Åtgärdsplan

Samtliga genomförandeplaner ska var aktuella och individuellt utformade. Rutin för SoL-avvikelser och rutin för synpunkter och klagomål ska implementeras i personalgruppen.

Fridhemmets servicehus

Drivs av Temabo

Fridhemmets servicehus har sedan föregående uppföljning bytt enhetschef två gånger. Det har medfört att det råder vissa oklarheter kring styrning och ledning av verksamheten. Det finns behov av ett dagligt synligt och närvarande ledarskap. Temabo genomför för närvarande en övergripande översyn av verksamheten. Uppföljningen visar att informationsöverföringen mellan och inom de olika yrkeskategorierna måste säkras, rutiner måste upprättas och ansvarsfördelningen måste klargöras. För att säkra att alla boende får rätt insats vid rätt tillfällen måste kvalitetshandledarnas ansvar och uppdrag kring att uppdatera arbetskortet tydliggöras. Arbetet med SoL-dokumentationen måste förbättras, alla boende har inte en aktuell individuellt utformad genomförandeplan. Löpande daganteckningar ska föras så att det går att följa händelser av vikt. De boende erbjuds aktiviteter och social stimulans utifrån önskemål som fångas upp av temacoachen, det genomförs aktiviteter alla veckodagar samt vissa kvällar och helger. Hälso- och sjukvården fungerar väl men verksamheten behöver utveckla den förebyggande hälso- och sjukvården och fortsätta arbeta med kvalitetsindikatorer och riskbedömningar. Kvaliteten i HSL-dokumentationen behöver fortsätta att utvecklas och delar av enhetens lokala skriftliga HSL-rutiner måste uppdateras.

Åtgärdsplan

Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska upprättas och skickas till förvaltningen. Lokal rutin för SoL-avvikelse ska upprättas. Alla boende ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan och daganteckningar ska föras så att det går att följa avvikelser och händelser av vikt. Lokala skriftliga rutiner ska uppdateras utifrån MAS/MARs lokala regler. Vid inflyttning ska fullständiga inkomststatus upprättas. Planer ska finnas upprättade vid bedömda risk- och problemställningar. Rutin ska upprättas så att läkemedelshanteringen säkras. Avvikelse ska föras in i avvikelsemodulen.

Titania dagverksamhet

Drivs av Temabo

Titania är en välfungerande social dagverksamhet med engagerad personal som tillvaratar gästernas intressen. Dagverksamheten har ca 12 gäster per dag, verksamheten bedrivs i en liten trivsamt lokal men det finns även tillgång till ett större samlingsutrymme där vissa aktiviteter genomförs. Personalen är iderik, olika typer av generella aktiviteter och social samvaro erbjuds, verksamheten arbetar med olika teman bl.a. har man trädgårdsodling ute på gården. Det finns behov av regelbundna möten och övergripande planering tillsammans med enhetschefen. Personalen måste ges tid för dokumentation, genomförandeplanerna ska utformas individuellt så att det enskildes önskemål och behov framgår.

Åtgärdsplan

Lokal rutin för avvikelser SoL ska upprättas. Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska upprättas och skickas till förvaltningen. Alla gäster ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan.

Attendo hemtjänst

Verksamheten ger ett stabilt intryck och verksamhetschefen arbetar med att utveckla verksamheten. Enheten har ett demensteam där personalen är speciellt utbildade inom demens och deltar i ett projekt mellan stadsdelsnämnden och landstingets primärvård. Enheten har sedan föregående uppföljning uppdaterat sina lokala rutiner. De brister i dokumentationen som fanns vid föregående års uppföljning kvarstår dock delvis. Enheten måste arbeta med fortsatt utveckling och förbättring av dokumentationen.

Åtgärdsplan

Alla brukare ska ha en aktuell, individuellt utformad genomförandeplan.

Carema hemtjänst

Uppföljningen omfattar Caremas båda enheter på Kungsholmen, Arbetargatan och John Ericssonsgatan. Chefen på John Ericssonsgatan är ny tillträdd och flytt från annan lokal har precis ägt rum. Verksamheten är stabil men båda enheterna behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla dokumentationen. Framför allt måste genomförandeplanerna bli individuellt utformade och daganteckningar över händelser av vikt måste föras löpande och avvikelser framgå. Andelen utbildad personal skiljer sig åt mellan de båda enheterna. Enheten på John Ericssonsgatan måste öka sin andel personal med adekvat utbildning.

Åtgärdsplan

Kompetensutvecklingsplan ska skickas till stadsdelsförvaltningen senast till årsskiftet. Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan. Daganteckningar måste föras vid avvikelser och händelser av vikt. Rutinpärmerna på enheten på John Ericssonsgatan är under uppdatering och Arbetargatan måste upprätta rutiner enligt noteringar i protokollet. Brandsäkra skåp måste införskaffas.

Hemtjänsten på Hantverkargatan

Verksamheten är indelad i fem team varav ett med inriktning mot demens och ett med inriktning mot personer med psykiska funktionsnedsättningar. En koordinator är utsedd för varje team och på kvällar och helger finns alltid en person i tjänst med övergripande ansvar. De brister i dokumentationen som fanns i föregående års protokoll är inte åtgärdade. Årets uppföljning visar att det fortfarande finns brister i genomförandeplanernas utformning och uppföljning. Det saknas aktuell genomförandeplan för 33 % av kunderna. Enheten måste införa systematisk egenkontroll för att säkerställa att alla genomförandeplaner är aktuella och individuellt utformade. Uppföljningen visar också att enheten inte följer sina rutiner för hantering av egna medel. Enheten måste även här genom systematisk egenkontroll säkerställa hanteringen.

Åtgärdsplan

Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan. Egna medel ska hanteras enligt enhetens rutiner. Enhetschefen måste införa egenkontroller för att säkerställa ovanstående.

HSB Omsorg

Sedan föregående års uppföljning har enheten ökat sin verksamhet med drygt 90 kunder vilket, enligt verksamhetschefen, inneburit vissa svårigheter att följa upp och åtgärda föregående års brister framförallt i dokumentationen. Enhetens två gruppleddare har haft i uppdrag av verksamhetschefen att handleda personalen i dokumentation samt att följa upp att genomförandeplaner finns och är aktuella samt att löpande daganteckningar förs. Vid uppföljningstillfället saknades trots detta aktuell genomförandeplan för 51 % av kunderna. Verksamhetschefen måste införa systematisk egenkontroll för att säkerställa att all dokumentation utförs på ett tillfredsställande sätt. Företaget har utarbetat ledningssystem enligt senaste SOSFS. Vi uppföljningstillfället saknades dock vissa rutiner och vissa måste anpassas efter lokala förhållanden.

Åtgärdsplan

Lokala rutiner ska kompletteras enligt noteringar i protokollet. Dokumentationen ska enligt avtal med Stockholms stad ske i enlighet med Socialtjänstlagens bestämmelser och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har inkommit med en åtgärdsplan, påtalade brister ska vara åtgärdade senast den 30 september 2012.

Kontroll av åtgärdsplan visade att brister kvarstår. Utföraren kallades till möte med förvaltningens avdelningschef och kvalitetsuppföljare. HSB Hemtjänst har under de senaste åren uppvisat stora brister i dokumentationen kring sina brukare. Trots upprepade åtgärdsplaner har inga förbättringar skett därför kallade stadsdelsförvaltningen utföraren till möte för att diskutera problemet i relation till kraven i avtalet för hemtjänsten. Under mötet konstateras att HSB inte har genomfört de åtgärder de redovisar i åtgärdsplan, daterad 120515, för att komma tillrätta med problemen kring den bristfälliga sociala dokumentationen.

Beslutades att HSB, senast den 121115, ska inkomma med en skriftlig rapport över aktuellt läge med utgångspunkt i åtgärdsplanen samt redovisning av personalsituationen och tillgång till datorer. Vidare ska en redovisning ske av det aktuella läget vad gäller aktuella genomförandeplaner och löpande daganteckningar. HSB har inkommit med en ny åtgärdsplan och förvaltningen har beslutat att genomföra en ny dokumentationsgranskning i januari 2013. Den förnyade kontrollen visade ingen märkbar förbättring och förvaltningen kommer att överlämna resultaten till Äldreförvaltningen som är avtalsförvaltare.

Olivia Vård och Omsorg

Sedan föregående uppföljning har enheten sett över och anpassat sin organisation. Antalet biträdande chefer är nu två och till hösten planeras ytterligare en

biträdande chef anställas. De biträdande cheferna ska ha kund- och personalfokus och vara ett stöd till personalen i det dagliga arbetet. Vid uppföljningstillfället saknades aktuell genomförandeplan för 60 % av kunderna. Verksamhetschefen måste införa systematisk egenkontroll för att säkerställa att all dokumentation utförs på ett tillfredsställande sätt.

Åtgärdsplan

Dokumentationen ska enligt avtal med Stockholms stad ske i enlighet med Socialtjänstlagens bestämmelser och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Samtliga brukare ska ha aktuell individuellt utformad genomförandeplan. Lokala rutiner ska kompletteras enligt noteringar i protokollet. Verksamheten inkom med en åtgärdsplan den 25 juni och lokala rutiner är uppdaterade. Bristerna i dokumentationen ska vara åtgärdade senast den 30 september.

Olivia Hemtjänst har under de senaste åren uppvisat stora brister i dokumentationen kring sina brukare. Trots upprepade åtgärdsplaner har inga förbättringar skett därför kallade stadsdelsförvaltningen utföraren till möte för att diskutera problemet i relation till kraven i avtalet för hemtjänsten. Under mötet konstateras att Olivia inte har genomfört de åtgärder de redovisar i åtgärdsplan, daterad 120627, för att komma tillrätta med problemen kring den bristfälliga sociala dokumentationen.

Beslutades att Olivia, senast den 121115, ska inkomma med en skriftlig rapport över aktuellt läge med utgångspunkt i åtgärdsplanen. Vidare ska en redovisning ske av det aktuella läget vad gäller aktuella genomförandeplaner och löpande daganteckningar. Olivia har inkommit med en ny åtgärdsplan och förvaltningen har beslutat att genomföra en ny dokumentations-granskning i januari 2013. Den förnyade kontrollen visade ingen märkbar förbättring och förvaltningen kommer att överlämna resultaten till Äldreförvaltningen som är avtalsförvaltare.

SVPH Fredhällshusen

Sällskapet Vänner till Pauvres Honteux är en ideell förening som driver verksamhet i två fastigheter i Fredhäll. I hyran ingår viss service samt middag. När man behöver mer insatser ansöker man om hemtjänst hos kommunens biståndshandläggare och i dagsläget har 34 personer beviljad hemtjänst. Enheten har en bra struktur och ett gemensamt arbetssätt men saknar i flera fall skriftliga rutiner. Arbetsledaren har dagliga genomgångar med personalen om aktuella omvårdnadsbehov för att garantera en god omsorg om den enskilde.

Åtgärdsplan

Samtliga gäster ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan. Löpande daganteckningar ska föras så att händelser av vikt kan följas. Lokala skriftliga rutiner måste upprättas i enlighet med kommentarer i protokollet. Brandklassat aktskåp ska införskaffas. Avvikelserna följs upp vid förvaltningens verksamhetsbesök i augusti. Vid verksamhetsbesöket framkom att enheten inte hade åtgärdat lokala rutiner. Verksamhetschefen håller på att upprätta ett nytt

ledningssystem och utifrån det ska nya lokala rutiner upprättas. Beslutades att enheten ska skicka rutinerna till förvaltningen allt eftersom de blir klara.

Ava Hemtjänst

Ava hemtjänst är ett relativt nystartat och detta är första uppföljningstillfället. Företaget har avtal med staden om hemtjänst, ledsagning, avlösning, boendestöd samt tillstånd för personlig assistans. Förvaltningens intryck är att ledningen är insatt i de förutsättningar som krävs för verksamhetens drift. En god grund finns i de rutiner som är upprättade. Några rutiner saknas dock helt och andra behöver kompletteras i enlighet med protokollet. För övrigt ska enheten ha rutin för ny- och avrapportering av behörigheter i Paraplysystemet. Eftersom enheten har så få hemtjänststämmanden är det svårt att göra en helhetsbedömning av dokumentationen. Genomförandeplanerna måste utformas individuellt och det ska framgå vem som är kontaktperson. Daganteckningar ska föras så att avvikelser och händelser av vikt framgår.

Åtgärdsplan

Enheten ska senast den 1 mars 2013 inkomma med en kompetensutvecklingsplan samt de rutiner som saknas eller behöver kompletteras enligt noteringar i protokollet. Dokumentationen måste förbättras enligt ovan vilket följs upp vid nästa års uppföljning.

Ghion systerjouren hemtjänst

Utföraren har för närvarande 4 kunder i Stockholms stad. För övrigt utför de hemtjänst åt ca 100 kunder i Sollentuna och Upplands Väsby. Utföraren har upprättat rutiner men utifrån Stockholm stads avtal saknas flera rutiner och några måste kompletteras. Eftersom enheten har så få hemtjänststämmanden är det svårt att göra en helhetsbedömning av dokumentationen. I dagsläget har utföraren dubbel dokumentation, både i ParaSoL och egen pappersdokumentation. Genomförandeplanerna i ParaSoL är inte aktuella och de måste utformas individuellt och det ska framgå vem som är kontaktperson. Daganteckningar ska föras så att avvikelser och händelser av vikt framgår. Ledningssystemet ska uppdateras enligt SOSFS 2011:9

Åtgärdsplan

Rutiner ska upprättas eller kompletteras i enlighet med protokollet. Dokumentationen ska föras endast i ParaSoL från 1 januari 2013. Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska kompletteras med utbildningarnas omfattning och skickas till stadsdelsförvaltningen. På varje rutin bör framgå vem som är ansvarig och senaste uppdatering. Enheten måste upprätta en rutin för ny- och avrapportering av behörigheter i Paraplysystemet.

Sagac Hemtjänst

Sagac i Stockholm AB är ett relativt nystartat företag och detta är första uppföljningstillfället. Förvaltningens intryck är att ledningen är insatt i de förutsättningar som krävs för verksamhetens drift. Nödvändiga rutiner finns

upprättade. Rutinerna behöver dock ses över och delvis kompletteras samt anpassas till verksamheten som endast omfattar socialtjänstens område. Aktuella genomförandeplaner finns men de måste bli mer individuellt utformade så att det framgår hur insatserna ska utföras, det ska även framgå vem som är kontaktperson. Daganteckningar ska föras löpande så att det går att följa avvikelser och händelser av vikt.

Åtgärdsplan

Genomförandeplaner ska utformas så att det framgår hur insatserna ska utföras. Det ska även framgå vem som är kontaktperson. Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska skickas till stadsdelsförvaltningen före årsskiftet. Rutin för anmälan enligt Lex Sarah ska kompletteras med aktuellt SOSFS nr samt att placerande nämnd ska få kännedom om anmälan.

GBG Hemtjänst

Uppföljningen genomfördes i samverkan med Äldreförvaltningen eftersom utföraren tidigare haft brister i ledning och struktur. Utföraren har hög personalkontinuitet och är mån om att kunderna ska möta så få olika personer som möjligt. Utföraren har under året arbetat med att utforma ledningssystem och rutiner. Utförarens rekommenderas att skilja på det övergripande ledningssystemet och rutiner för att det ska vara lätt för personalen att hitta bland rutinerna. Fortfarande saknas vissa rutiner som måste upprättas. Personalen ska informeras om vilka rutiner som gäller för verksamheten samt tillämpa dessa. Tillgängligheten hos verksamheten måste förbättras och verksamhetschefen måste vara anträffbar både via telefon och e-post.

Åtgärdsplan

Utföraren ska upprätta rutiner enligt punkter i detta protokoll samt övriga rutiner som behövs för verksamheten. Alla genomförandeplaner ska vara aktuella och individuellt utformade. Daganteckningar ska föras så att det går att följa händelser av vikt samt avvikelser. Nyckelhanteringen måste säkerhetsställas och personalen ska följa upprättad rutin. Kompetensutvecklingsplan för 2013 ska upprättas och skickas till stadsdelsförvaltningen.

Svanen Hemtjänst

Uppföljningen genomfördes i samverkan med Äldreförvaltningen. Företaget har avtal med staden om hemtjänst, ledsagning och personlig assistans. Utföraren arbetar för att uppnå en hög personalkontinuitet och är mån om att kunderna ska möta så få olika personer som möjligt. Utföraren saknar övergripande ledningssystem. Rutinerna är under omarbetning och den ”nya” pärm som vi granskade saknade många rutiner. Rutinerna bör, för tydlighetens skull, delas upp i olika pärmar: för de olika verksamheterna samt i en övergripande pärm, en med verksamhetsrutiner och en med personalrutiner. Genomförandeplanerna ska vara individuellt utformade och det ska framgå hur insatserna ska utföras. Daganteckningar ska föras så att det går att följa avvikelser och händelser av vikt. Avvikelseberapporteringen är inte tillfredsställande vilket måste åtgärdas.

Åtgärdsplan

Enheten ska upprätta ledningssystem SOSFS 2011:19 samt upprätta lokala enhetsspecifika rutiner enligt noteringar i protokollet. Dokumentationen ska förbättras och alla kunder ska ha en aktuell individuell utformad genomförandeplan. Brandsäkra dokumentationsskåp måste införskaffas. Ledningssystemet ska skickas till Äldreförvaltningen.

Rapportering av avvikelser enligt Socialtjänstlagen 1 januari till 31 december 2012.

När den enskildes insatser eller vård- och omsorg helt eller delvis inte utförs är detta att betrakta som en avvikelse. Alla verksamheter ska ha rutiner för hur avvikelser identifieras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas samt för hur vidtagna åtgärder följs upp. Det ska också tydligt framgå vem som ansvarar för att detta görs och att rutinerna följs. Brist i verksamheten kan leda till att brukarnas behov inte tillgodoses. Erfarenheter av avvikelsehanteringen ska tas tillvara i förbättringsarbetet och utgångspunkten ska vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner med syfte att utveckla och säkerställa en god kvalitet och säkerhet för brukarna

Under året har det inkommit totalt 188 SoL-avvikelser.

Huvudområden	Antal avvikelser
Allmän omvårdnad	60
Mat och måltider	21
Serviceinsatser	15
Sociala aktiviteter/rehabinsatser/utevistelse	7
Brist i tillsyn (här ingår även rymningar)	19
Brist i informationsöverföring internt	3
Bemötande	11
Trygghetslarm	27
Övrigt	25
Totalt	188

Lex Sarah anmälningar 1 januari till 31 december 2012

Under året har det inkommit sju Lex Sarah anmälningar, två från Serafen, en från Alströmerhemmet, en från S:t Erik, en från Pilträdet's servicehus, en från HSB Omsorg Hemtjänst och en från Olivia Vård och Omsorg hemtjänst.