

Handläggare
Lajla Wikström
Telefon: 08-508 08 000

Till
Kungsholmens stadsdelsnämnd

Uppföljning av vård- och omsorgsboende samt hemtjänst 1 april till den 31 juli 2015

Bakgrund

Kommunfullmäktige har beslutat om en stadsgemensam uppföljningsmodell för äldreomsorgens verksamheter. Äldreförvaltningen har utarbetat rutiner för ansvarsfördelning och anvisningar vid verksamhetsuppföljning. Uppföljningarna omfattar alla driftsformer d.v.s. utförare i egen regi, entreprenörer samt privata utförare enligt ramavtal och kundvalssystem och ska genomföras årligen utifrån en stadsgemensam mall för respektive verksamhet. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns.

Äldreomsorgens beställarorganisation arbetar utifrån en sammanhållen process för uppföljning och styrning. Uppföljning på avtalsnivå och på individnivå har kompletterats med ett antal kvalitetsfaktorer för att kunna mäta nämndens mål. Avtalsuppföljningen omfattar också oanmälda verksamhetsbesök med observation och bedömning av verksamhetens följsamhet av rutiner samt återkommande verksamhetsbesök under året. Verksamhetsbesöken är ett bra forum för dialog och utveckling.

Nedan presenteras sammanfattning av genomförda uppföljningar av vård- och omsorgsboende samt hemtjänst 1 april till den 31 juli 2015

Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende

Sedan föregående års uppföljning har det personcentrerade arbetssättet på ett tydligare sätt implementerats i det dagliga arbetet. Omvårdnadspersonalen arbetar varannan helg vilket ger bättre kontinuitet för de boende. Enheten har skapat olika ”temarum” som inbjuder till aktiviteter individuellt eller i grupp. De olika yrkeskategoriernas medverkan i inflyttningsprocessen beskrivs, teamcoach besöker alla nyinflyttade för samtal/information om vilka aktiviteter den boende är intresserad av. En kvalitetsledare sjuksköterska har tillsatts och ska arbeta 50 % i adm, 50 % i vården.

Enhetschefen för demensenheterna visar en tydlig målinriktning och styrning av verksamheten, arbetet med införandet av BPSD pågår och teamet beskriver det som ett fungerande arbetssätt som ger resultat.

Motsvarande tydliga målstyrning av arbetssätt kan inte avläsas inom de somatiska enheterna. Teamledare har tillsatts men ansvarsområdet gentemot biträdande enhetschefer verkar inte vara klargjort. Ett av Temabos utlovade mervärden är närvarande och handledande chefer, detta kan bli tydligare i organisationen. Övriga mervärden bedöms vara uppfyllda.

HSL: resultat har förbättrats med en procent jämfört med 2014 års uppföljning. Slutgiltig bedömning 92 %. Skriftliga rutiner för hälso- och sjukvårdens processer finns. Rutinerna har reviderats 2015. Områden inom HSL där det krävs en fortsatt förbättring och utveckling rör inkontinens, användandet av skattningsskalor vid smärtbedömning och hygien. För området riskbedömningar finns en pågående handlingsplan för utveckling av förebyggande arbetet. Dokumentation enligt egenkontroll bedöms godkänt, men dokumentationen behöver fortsätta att utvecklas och då främst med att kartlägga och analysera hälsotillstånd och att få patienten delaktig. Uppföljarna har besökt samtliga boendeenheter och kan notera väsentliga brister i den övergripande egenkontrollen av verksamheten. Övergripande ledning har i dagsläget inte kännedom om hur det ser ut på boendeenheter. Det finns stora brister i städning och hygien i tvättstugor och förråd. Det finns även stora brister i egenkontroll livsmedel och kök, systematisk kontroll genomförs inte.

Åtgärdsplan

Senast 1 juli ska samtliga boendeenheter ha en tydlig och väl fungerande egenkontroll av livsmedel samt god hygien och ordning i kök tvättstugor och förråd. Förvaltningen uppföljning den 9 juli visar att detta är åtgärdat.

En generell genomgång av boendemiljön måste genomföras så att den är trevlig och välkommande. I övrigt måste enheten arbeta med att via kontaktpersonen förbättra möjligheten till individuell social stimulans, aktiviteter och utevistelser. Tider för generella aktiviteter behöver ses över så att alla som vill delta ges möjlighet till detta

Fridhemets servicehus

Fridhemmet övertogs i egen regi 140601. Personalen är organiserad i tre grupper, en sjuksköterska och ett omvårdnadsteam per plan.

Regelbundna teamträffar genomförs och enheten har ett kvalitetsråd. Arbetet med att upprätta lokala rutiner pågår, rutiner och överenskommet arbetsätt måste implementeras i hela personalgruppen. Riskanalys och egenkontroll av verksamheten måste genomföras och dokumenteras. Planering och uppbyggnad av aktiviteter och social stimulans pågår. Enheten har förbättrat sitt HSL- resultat från 81 % 2014 till 88 % i år. Övergripande lokala HSL- rutiner finns men behöver uppdateras.

De HSL- områden som visar på mest brister är mun- och tandhälsovård och nutrition. Enheten måste börja registrera i palliativa registret.

Åtgärdsplan

Riskanalys och egenkontroll av verksamheten måste genomföras och dokumenteras med analys och åtgärd. Enheten måste ha entydlig rutin som beskriver hela processen med avvikelshantering. I övrig ska rutiner uppdateras enligt noteringar i uppföljningsprotokollet.

Humana hemtjänst

Verksamheten har en ny chef och i samband med detta har enhetens organisation förändrats. Arbetet med att implementera rutiner och arbetssätt samt genomföra egenkontroll och riskanalyser pågår. Alltför få brukare har en aktuell uppdaterad genomförandeplan. Stickprovskontroll av personalkontinuitet hos brukarna visar att kontinuiteten kvälls- och nattetid är dålig och utföraren måste arbeta med att förbättra denna. Rutin för överrapportering mellan dag, kväll och natt ska vara skriftlig. I rutin för kontaktmannaskap ska det tydligt framgå vilket ansvarsområde kontaktmannen har.

Åtgärdsplan

Rutin för uppföljning av underleverantör ska upprättas. Enheten saknar skriftliga rutiner för sammanställning, analys och återkoppling av avvikelser. Rutin för riskanalys måste utvecklas och kompletteras. Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan.

S:t Görans hemtjänst

Utföraren bedriver en bra verksamhet med hög personalkontinuitet och en närvarande arbetsledning. Utföraren har en medveten och noggrann personalrekrytering. Utföraren måste genomföra egenkontroller och riskanalyser av verksamheten.

Åtgärdsplan

Rutin för egenkontroll och riskanalys behöver kompletteras och implementeras i verksamheten. Rutin för uppföljning av underleverantör saknas. Övriga rutiner finns men behöver

förtydligas och kompletteras enligt noteringar i uppföljningsprotokollet.

Olivia Hemtjänst

Brister vid föregående års uppföljning avseende avvikelshantering och egenkontroll av verksamheten är inte åtgärdade. Årets uppföljning visar att verksamhetens processer är tydliggjorda i företagets övergripande ledningssystem. De lokalt anpassade rutinerna behöver dock bli tydligare och förankras i personalgruppen och därmed säkras personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Riskanalys och egenkontroll av verksamheten ska genomföras och dokumenteras.

Åtgärdsplan

Rutin för och implementering av avvikelshantering behöver säkras. Rutin för egenkontroll finns men enheten måste upprätta en tydligare struktur för vilka kontroller som ska genomföras, hur och när. Bristerna ska vara åtgärdade senast den 31 december 2015.

SVPH Fredhällshusen

Utföraren har nu ett övergripande ledningssystem godkänt av Äldreförvaltningen. Ledningen består av hemtjänstchef, biträdande hemtjänstchef samt gruppleddare med ansvar för daglig planering och arbetsledning. Utföraren har påbörjat arbetet med att identifiera verksamhetens riskområden. I övrigt uppfyller utföraren avtalet med staden väl.

Åtgärdsplan.

Rutin för riskanalys måste dock färdigställas och ansvarsfördelning tydliggöras. Riskanalysen ska innehålla skattning av sannolikhet och konsekvens.

Under sommaren har förvaltningen genomfört oanmälda besök dag och natt på samtliga särskilda boenden.

Under sommaren har kvalitetsuppföljare för SOL och HSL besökt samtliga vård- och omsorgsboenden och servicehus både dagtid och nattetid. Verksamheterna har fungerat väl under semesterperioden, utevistelser och aktiviteter utomhus har genomförts. Serafen har haft en del inhyrda sjuksköterskor på plats och därmed viss brist i kontinuitet på sjuksköterskor. Alla verksamheter hade överenskommen bemanning nattetid.

Under perioden 1 april till den 31 juli 2015 har det inkommit totalt 128 SoL-avvikelser.

Huvudområden	Antal avvikelser
--------------	------------------

Allmän omvårdnad	28
Mat och måltider	8
Serviceinsatser	6
Sociala aktiviteter/rehabinsatser/utevistelse	3
Brist i tillsyn (här ingår även rymningar)	20
Brist i informationsöverföring internt	9
Bemötande	10
Trygghetslarm	17
Övrigt	27
Totalt	128

Lex Sarah anmälningar 1 april till 31 juli 2015

Under perioden har det inkommit en lex Sarah anmälning från Serafens vård- och omsorgsboende.