

Kvalitetsuppföljning inom äldreomsorg och personer med funktionsnedsättning

Uppföljning av vård- och omsorgsboenden och hemtjänst t o m 31 augusti 2011

Pilträdes servicehus och dagverksamheten Gläntan

drivs i egen regi

Enheten har utvecklats positivt under senaste året, verksamheten ger ett stabilt intryck. Arbetet är organiserat i team med husansvar och därmed finns en god kontinuitet. Teamen har daglig avstämning och omvårdnadsmöten genomförs 1 gång per vecka. Enheten har nu i de flesta fall skriftliga rutiner, några av dessa måste dock uppdateras. Hälso- och sjukvården fungerar väl men verksamheten behöver utveckla den förebyggande hälso- och sjukvården med att fortsätta arbeta med riskbedömningar och utveckla kvalitén i dokumentationen.

Gläntans dagverksamhet har 20 platser och i genomsnitt är det 13-14 besökare per dag. Miljön är positiv och trivsam, i aktivitetslokalen pågår aktiviteter för både daggäster och boende i huset. Daggästerna börjar med en gemensam frukost och därefter vidtar olika aktiviteter, både gemensamma och individuella samt social samvaro. Personalen är iderik och gör ett bra arbete men behöver stöd i sitt arbete med att utveckla verksamheten och i att upprätta individuella genomförandeplaner för gästerna.

Åtgärdsplan

Alla boende och daggäster ska ha en aktuell genomförandeplan och uppföljningen av dessa måste förbättras. Fullständiga inkomststatus för hälso- och sjukvård ska finnas för samtliga boende. Planer ska finnas upprättade vid bedömda risk- eller problemställningar. Rutin för åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi samt rutin för fel och brister ska upprättas. Avvikelserna ska vara åtgärdade till årsskiftet 2011-2012.

Alla dagvårdsgäster ska ha en genomförandeplan som är individuellt utformad. Rutin för åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi samt rutin för fel och brister ska upprättas. Detta kontrolleras vid förvaltningens verksamhetsbesök.

Serafens vård- och omsorgsboende

drivs i egen regi

Inom Serafens vård- och omsorgsboende finns 17 boendeenheter med de olika inriktningarna demens, somatik, korttidsvård och äldrepsykiatri. Boende inom Serafen får en god vård och omsorg och ett gott bemötande. Den äldrepsykiatriska enheten har utarbetat ett individuellt och flexibelt arbetsätt som utgår ifrån vad de boende önskar för dagen. Inom hela verksamheten pågår det ett aktivt utvecklingsarbete med fokus på en mer individuellt utformad vård och omsorg. Hälso- och sjukvården fungerar väl, kvalitetsindikatorerna och riskbedömningarna har till större delen genomförts. De områden som behöver fortsätta utvecklas och förbättras är riskbedömning samt kvalitén i dokumentationen.

Åtgärdsplan

Uppföljningen av genomförandeplaner enligt SoL måste förbättras Fullständiga inkomststatus för hälso- och sjukvård ska finnas för samtliga boende. Planer ska finnas upprättade vid bedömda risk- eller problemställningar. Detta ska vara åtgärdat till uppföljning 2012.

Marieberg, uppföljning av ramavtal

drivs av Carema Care

Marieberg har en trivsamt boendemiljö och de boende har goda möjligheter till utevistelser. De boende får en god omvårdnad. Hälso- och sjukvården fungerar väl. Verksamheten har metoder för det förebyggande arbetet men det saknas framtagna lokala rutiner för hur man arbetar med riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår. Område som behöver fortsätta utvecklas och förbättras är riskbedömningar rörande nutrition. Verksamheten saknar arbetsterapeut. Sjukgymnasten utför båda professionernas arbetsuppgifter vilket inte är enligt avtal.

Åtgärdsplan

Rutin för fel och brister och plan för kompetensutveckling måste upprättas. I SoL-dokumentationen ska det framgå vem som är kontaktperson och uppföljningsdatum för genomförandeplanen ska finnas. SoL-avvikelser ska framgå i löpande daganteckningar. Det får inte vara samma sjuksköterska som beställer hem akut och buffertförråd som räknar narkotika. De boende ska ha tillgång till arbetsterapeut. Avvikelserna ska vara åtgärdade innan årsskiftet 2011-2012

Fridhemmets servicehus och Titanias dagverksamhet

drivs av Temabo

Fridhemmets servicehus har en trivsamt välkomnande atmosfär. Gemensamma aktiviteter utformas utifrån de boendes intressen och önskemål. Omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna är organiserade i team varav ett demensteam och ett resursteam. De olika yrkeskategorierna inom enheten måste förbättra sitt samarbete och utveckla omvårdnadsmöten så att en god individuell vård och omsorg uppnås. Inom Temabo finns ett övergripande ledningssystem på intranätet som all personal ska ha tillgång till, det saknas dock delvis lokala rutiner. Hälso- och sjukvården fungerar väl men verksamheten behöver utveckla den förebyggande hälso- och sjukvården med att fortsätta arbeta med kvalitetsindikatorer och riskbedömningar i större utsträckning än tidigare. Kvalitén i dokumentationen behöver fortsätta att utvecklas och delar av enhetens lokala skriftliga HSL rutiner måste uppdateras.

Titania är en välfungerande social dagverksamhet med engagerad personal som tillvaratar gästernas intressen. Dagvården 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. Dagvårdsgästerna börjar med en gemensam frukost därefter vidtar olika både generella och individuella aktiviteter och social samvaron. Verksamheten arbetar med olika teman bl.a. har man trädgårdsodling ute på gården.

Åtgärdsplan

Lokala rutiner måste upprättas för fel och brister, introduktion av nyanställda, uppmärksamma och vidta åtgärder vid näringsbrist samt rutin för dokumentation. Uppföljning av de boendes genomförandeplaner måste förbättras. Enheten måste se över och uppdatera lokala skriftliga rutiner utifrån MAS/MAR lokala regler. Fullständiga inkomststatus ska finnas för samtliga boende. Planer ska finnas upprättade vid bedömda risk- och problemställningar. Rutin ska

upprättas så att läkemedelshanteringen säkras och fungerar mellan dag och kvällspersonal. Avvikelserna ska vara åtgärdade tills årsskiftet. Uppföljning sker vid förvaltningens verksamhetsbesök

Alla dagvårdsgäster ska ha en genomförandeplan som är individuellt utformad. Rutin för åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi samt rutin för fel och brister ska upprättas. Detta kontrolleras vid förvaltningens verksamhetsbesök.

Solbackens vård- och omsorgsboende och Lidnersgårdens dagverksamhet drivs av Attendo

Verksamheten ger ett gott intryck, personalen arbetar lugnt och miljön är trivsamt. Personalens kunskaper i demens har förbättrats och det märks i det dagliga arbetet i kontakterna med de boende. Enheten behöver arbeta mer med individuellt inriktade aktiviteter och social stimulans. Arbetet runt mat och måltidsmiljö varierar fortfarande, där finns förbättringsmöjligheter. Genomförandeplanerna behöver ha en tydligare individanpassning och uppföljningen måste förbättras. Enheten uppmanas arbeta med omvårdnadsmöten och även använda dessa till att uppdatera i HSL- respektive SoL- dokumentationen. Hälso- och sjukvården fungerar väl, kvalitetsindikatorerna och riskbedömningarna har till större delen genomförts. De områden som behöver fortsätta utvecklas och förbättras är riskbedömning samt kvalitén i dokumentationen.

Dagverksamheten har en inbjudande atmosfär och tillgång till en bra utemiljö. Verksamheten är välfungerande och det finns ett samarbete med både korttidsboendet och boendeenheterna som ligger i samma hus. Daggästerna börjar med en gemensam frukost därefter vidtar olika både gemensamma och individuella aktiviteter och social samvaro.

Åtgärdsplan

Rutin för fel och brister enligt SoL ska upprättas och implementeras i personalgruppen. Kompetensutvecklingsplan ska upprättas. I genomförandeplanerna ska det framgå vem som är arbetsledare. Uppföljning av genomförandeplaner enligt SoL måste genomföras enligt angivet datum. HSL-personal ska upprätta planer vid risk eller problemställningar. Utbildning i livsmedelshygien måste genomföras. Avvikelserna följs upp vid förvaltningens verksamhetsbesök under hösten 2011.

Samtliga gäster vid dagverksamheten ska ha en genomförandeplan som ska vara individuellt utformad.

Uppföljning av hemtjänst

Olivia Vård och Omsorg

Sedan föregående uppföljning har ny enhetschef tillträtt. Detta har inneburit att utvecklingen av verksamheten delvis avstannat under en period, framför allt gäller detta implementeringen av dokumentation i ParaSoL. Arbetet med detta pågår nu men det måste intensifieras. Stadens brukarundersökning för 2010 visar att enhetens personal har ett gott och respektfullt bemötande men enheten behöver förbättra tillgängligheten och kundernas möjlighet till att påverka hur insatserna ska utföras.

Åtgärdsplan

Kompetensutvecklingsplanen ska kompletteras med plan för grundutbildning av personal. All dokumentation ska ske i ParaSol och alla kunder ska ha en aktuell individuellt utformad genomförandeplan. Faktureringen måste ske korrekt. Enheten måste tydliggöra sina rutiner och hantering av delegeringar. Avvikelseerna ska vara åtgärdade innan årsskiftet 2011-2012.

Stiftelsen Isaak Hirsch Minne

Stadsdelsförvaltningens bedömning är att verksamheten är välfungerande. Enheten har rutiner för att säkra en god vård och omvårdnad om sina kunder och arbetar kontinuerligt med förbättringar och utveckling. Pga tekniska problem har dokumentationsgranskning i ParaSol inte kunnat genomföras.

Åtgärdsplan

Rutinpärmen ska kompletteras med rutin för fel och brister.

HSB Omsorg

Vid förra årets uppföljning diskuterades behovet av att utveckla verksamheten. Enheten inkom oktober 2010 med en åtgärdsplan, uppföljarna kan konstatera att den planen inte kommit igång fullt ut. Verksamhetschefen har fr o m våren 2011 endast ansvar för verksamheten på Kungsholmen och har därmed bättre förutsättningar att leda utvecklingsarbetet. Namngiven verksamhetschef stämmer inte med den som har ansvar för den dagliga driften. I dagsläget är det regionchefen som står som ansvarig för den dagliga driften. Utföraren måste ta kontakt med Äldreförvaltningen och få detta korrigerat. Det finns brister i dokumentationen, alla boende har inte en genomförandeplan, kontaktperson är inte angiven i de planer som finns. Dokumentationen förs idag delvis på papper, enheten måste helt övergå till att föra all dokumentation i stadens datasystem ParaSoL.

Åtgärdsplan

Lokal rutin för fel och brister, rutin för dokumentation enligt SoL samt rutin mat och måltider saknas. Plan för kompetensutveckling saknas. Personalen måste utbildas i basala hygienrutiner. Personalen saknar skriftlig delegation från primärvården. All dokumentationen ska föras i ParaSoL, genomförandeplanen ska vara individuellt utformad och kontaktperson ska anges. Enheten måste förbättra sin avvikelserapportering i paraplyet. Avvikelseerna ska vara åtgärdade senast 111231.

GBG Omsorg Partner, Svanen Hemtjänst och Ghion Systerjouren

Uppföljning har även skett av ovanstående tre utförare. Uppföljningarna visade på så omfattande brister att förvaltningen har överlämnat uppföljningarna till Äldreförvaltningen för vidare bedömning och åtgärder.

Sammanfattning av avtalsuppföljningar avseende gruppboestad och stödboenden inom socialpsykiatri t o m 31 augusti 2011

Gruppboestaden Fleminggatan 113, Socialpsykiatri egen regi

Det finns plats för 7 boende, alla platser är belagda. Varje boende erbjuds två kontaktpersoner. Kontaktpersonens uppgift är att vara huvudansvarig för ett antal boende vad gäller stöd och service. Kontaktpersonen ska ansvara för dokumentation och planering samt stödja den boende individuellt. Samtliga boende har en genomförandeplan. *Avseende två boende är uppföljningsdatum gammalt och ingen ny uppföljning finns dokumenterad i GP, vilket ska åtgärdas.*

Det saknas ett ostört arbetsrum för dokumentation och att ostört dela läkemedel, då det enda personalutrymmet ska delas med sjuksköterskan. Rummet inrymmer även en soffa och matplats för personalen. Det finns också en sittgrupp i gemensamt utrymme som delas med de boende. Intrycket är att lokalerna är slitna. Från och med hösten 2011 har Stadsmissionen sagt upp lokalerna med förvaltningen och nya boendelösningar måste skaffas.

Hälso- och sjukvården fungerar. Sjuksköterskan finns på plats två halvdagar i veckan och delar medicin samt har kontakten med sjukvården när det behövs. Sjukvården har ökat vilket gör att behovet av sjuksköterska på plats ökat. Det saknas fortfarande några lokala skriftliga rutiner efter MAS riktlinjer. Lokalerna är inte de bästa och arbetsmiljön för sjuksköterskan är inte tillfredställande.

HSL brister som behöver åtgärdas klara 2011 0601.

- Se över journalpärmarna och sortera bort gamla läkemedelslistor, förnya signeringslistor för överlämnande och signering och sätt in dem i respektive pärm.
- Dokumentera in alla avvikelser i VODOK, finns ett mörkertal idag.
- Se över delegeringsbeslut

Brister avseende SoL som behöver åtgärdas:

- Metodpärmen behöver uppdateras. Den nuvarande pärmen innehåller dokument som är flera år gamla, tex: stadens riktlinjer, rutiner, arbetsbeskrivningar, rutiner för vad som ska dokumenteras. *Är åtgärdat efter föregående uppföljning.*
- Två boende saknar aktuellt uppföljningsdatum i sina genomförandeplaner – *här bör uppföljning planeras, genomföras och dokumenteras.*

Uppföljningen är genomförd av Kerstin Callinggård, medicinskt ansvarig sjuksköterska och Matilda Ekström Sundberg, verksamhetsplanerare social omsorg, enligt följande:

Besök i verksamheten. Samtal med enhetschef, samordnare och sjuksköterska samt vårdare. Genomgång av för verksamheten rutiner och aktuella dokument samt stickprovskontroll av dokumentation kring de boende.

Polhemsgatans, Tegelladans och Sällhetens stödboenden. Boende enligt SoL. Socialpsykiatri egen regi

Verksamheten arbetar utifrån beställningen och så långt som möjligt utifrån de boendes individuella behov och försöker uppmuntra och stärka varje individs egna förmågor. Det finns bemanning med totalt 6 personer + arbetsledare som arbetar dagtid (och kväll på gruppboendet) vardagar och alternerar mellan de tre stödboendena och gruppboendet enligt fasställt veckoschema.

Det finns plats för 6 boende personer per stödboende. Alla platser är belagda. Varje boende person erbjuds två kontaktpersoner. Kontaktpersonens uppgift är att vara huvudansvarig för ett antal boende personer vad gäller stöd och service. Kontaktpersonen har det huvudsakliga ansvaret för planering och uppföljning av insatserna i stödet till den boende. Endast fast anställd personal är kontaktpersoner. Gemensamma måltider och aktiviteter erbjuds vid alla tre stödboenden.

Samtliga boende personer har en aktuell genomförandeplan med planerad uppföljning, utom två boende där uppföljningsdatum har passerat utan att nytt är planerat. *Vissa boende har tunna journalanteckningar och en boende på Tegelladan har ingen journalanteckning perioden mars – tom maj 2011 vilket inte är acceptabelt.* Dokumentationen försvåras av att det saknas datoruppkoppling på Tegelladan, Polhemsgatan och Sällheten. För att dokumentera måste personalen antingen gå till Fleminggatans gruppboende eller till utförarenhetens kontor på St.Göransgatan 126.

Brister avseende SoL som behöver åtgärdas:

Vissa boende personer har bristfällig dokumentation – rutiner för dokumentation bör ses över och förtydligas. En regelbunden utförardokumentation ska utföras och ge en aktuell bild av den enskildes situation.

Se SoL 11 kap 5§ och ”Handläggning och dokumentation inom

socialtjänsten” (Socialstyrelsens handbok) samt Stockholms stads riktlinjer avseende utförardokumentation.

På Sällheten saknas anslagstavla, där det framgår vilken personal som är i tjänst för dagen.

Uppföljningen är genomförd av Ingemar Sollgard, enhetschef socialpsykiatrin och Matilda Ekström Sundberg, verksamhetsplanerare social omsorg, enligt följande:

Besök i verksamheten. Samtal med enhetschef och samordnare samt boendestödjare.

Genomgång av för verksamheten rutiner och aktuella dokument samt genomgång i ParaSol av dokumentationen kring de boende.