



Redovisning av uppföljning i förhållande till resultatmål 2011 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 2006:11 (SoL) SOSFS 2005:12 (HSL)

Samtliga enheter har övergripande ledningssystem. Alla enheter behöver kontinuerligt uppdatera sina enhetsspecifika rutiner. Enheterna behöver också förtydliga ansvarsfördelning inom ledningssystemets olika ansvarsområden. I de nya centralupphandlade enheterna Alströmerhemmet och St Erik finns det intern MAS. På Alströmerhemmet har det varit dålig kontinuitet i MAS-funktionen vilket har inneburit brister i avvikelshantering och det har även försenat arbetet med framtagandet av lokala skriftliga HSL- rutiner.

Synpunkter, klagomål och avvikelshantering

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 avvikelshantering och risk och händelseanalys finns på alla enheter utom Alströmerhemmet. Samtliga verksamheter dokumenterar HSL-avvikelser i VODOK men det finns förbättringsområden som att tydligare beskriva händelseförlopp och åtgärder. Samtliga cheferna 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 varit en Lex Maria anmälan på Serafen. Det har inkommit två anmälningar enligt Lex Sarah, en på Serafen och en på Solbacken.

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 Alströmerhemmet där kontinuiteten har brustit. Även på biträdande chefsnivå har det varit omsättning i ledningen på Solbacken och en del av Serafen vilket gett en negativ effekt på utvecklingen i verksamheterna. Det brister ofta i introduktionsprogram för nya chefer, resultat från stadsdelsnämndens uppföljning överförs inte och åtgärdsplaner följs inte upp. Nya chefer har dålig kunskap om tecknat avtal och det anbud som ligger till grund för avtalet.

Uppföljarnas bedömning är att ledningen överlag behöver vara mer kunskap och kontroll över det dagliga arbetet ute på enheterna för att kunna ha en överblick av vad som sker i verksamheten och planera utvecklingsarbetet utifrån detta. De behöver även genomföra egenkontroller kontinuerligt av t ex dokumentation och att överenskomna rutiner följs av medarbetarna.

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 görs sällan inom angivet uppföljningsdatum.

Bemötande

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

Brukare är trygga.

Larm

Tryggheten har ytterligare säkrats genom att larmsystemen på Alströmerhemmet och Solbacken har uppgraderats under 2011. Upphandling av ny larmanläggning till Serafen har genomförts och i september 2011 installerades den nya larmanläggningen. På S:t Erik installerades en ny larmanläggning under 2010.

Telefontillgänglighet

Telefontillgängligheten inom alla boenden är god.

Identifikation

All personalen har namnskyltar/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 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, men på Alströmerhemmet och Solbacken var inte alla dokumentationsskåp låsta vid uppföljningstillfället.

Hantering nycklar och egna medel

Enligt internkontrollplanen granskade förvaltningen under 2010 hanteringen av egna medel. I årets uppföljning kan konstateras att hanteringen av egna medel har förbättrats och att enheterna nu 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.

Alla boende erbjuds välja mellan två rätter vid måltider, verksamheterna behöver lägga mer fokus på en god och trivsamt måltidsmiljö. Nu varierar det mellan boenden men också mellan olika boendeenheter inom ett boende. Samliga verksamheter har egenkontrollprogram anpassat efter sin verksamhet men personalen måste bli bättre på att följa det. Mathanteringen behöver förbättras, verksamheterna behöver se över sina rutiner för att säkra att personalen inte går emellan omvårdnadsarbete och hantering av mat. Samtliga verksamheter behöver kontinuerligt fortbilda omvårdnadspersonalen i kost nutrition och livsmedelshygien.

Sjuksköterskorna genomför nutritionsutredningar där åtgärd och uppföljning säkrar de boendes nutrition. 85 % av boende på vård- och omsorgsboende har fått en sådan bedömning och strax över hälften av de boende har en nutritionstatus med BMI över 22. Den internkontroll som gjorts av förvaltningen visar att bedömda åtgärder och insatser inom området inte går att följa i hela vårdkedjan från HSL till SoL dokumentationen.

Brukare får en god personlig vård och omsorg.

Enhetspecifika rutiner och arbetsätt.

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. Under året har Alströmerhemmet och St Erik genomgått entreprenörsskifte, vilket medfört att de i olika omfattning tappat fart i samband med bytet till den övertagande entreprenörens övergripande ledningssystem. Nya lokala skriftliga rutiner måste upprättas för verksamheten.

Personalens kompetens, introduktion, kompetensutveckling, personalomsättning

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

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 äldrenämnd. Entreprenörer ansvarar själva för att grundutbilda sin personal. I de nya avtalen för Alströmerhemmet och St Erik ingår det att utförarna ska grundutbilda personalen. All nyanställd personal behöver få bättre introduktion i dokumentationsprogrammen Vodok och ParaSoL.

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 och Fridhemmet har det under året genomförts utbildningsinsatser för denna grupp.

Personalkontinuitet

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. Kontaktmannskapet behöver dock utvecklas då det idag inte alltid omfattar planerad social samvaro och individuella aktiviteter med den boende.

Samtliga boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en namngiven läkare samt arbetsterapeut och sjukgymnast. Alströmerhemmet, Serafen och Solbacken och har under året haft rekryteringsproblem avseende sjuksköterskor. På Solbacken och Alströmerhemmet plan 3 och 5 har det varit omsättning av sjuksköterskor vilket har påverkat kontinuiteten i omvårdnadsansvaret. Alströmerhemmet har också under året haft omsättning av arbetsterapeuter och

sjukgymnaster. St Erik har inte helt uppfyllt avtalet avseende andelen 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. Tre av fyra enheters totala dokumentation kan betraktas som godkänd, men sammantaget är dokumentationen inte utvecklad i hela vårdprocessen i en vårdplan med bedömning, planering och utförande av åtgärder/insatser samt uppföljning av resultat. Resultatet av granskningen visar också på en stor spridning i kvalitén.

Riskbedömningar

Samtliga boende ska erbjudas riskbedömning för trycksår, nutrition och fall men alla boende har i nuläget inte erhållit detta. Mellan 84 % - 96 % av de personer som bor i vård- och omsorgsboende har blivit bedömda för trycksår, nutrition och fall. Genomförda riskbedömningar på vård- och omsorgsboende har gällande fall, trycksår och undernäring har ökat med 9-10 % i jämförelse med samma period föregående år. Detta innebär att man i större utsträckning har identifierat personer som kan ligga i riskzonen för undernäring, trycksår och fallskador.

Inkontinensutredningarna och uppföljning av tidigare utredningar har ökat med 23 % i jämförelse med samma period föregående år. vilket Utredningarna är en förutsättning för att personer med urininkontinensproblem ska få rätt förskrivna individuella inkontinenshjälpmedel.

Rehabilitering

Alla enheter erbjuder ADL-bedömning till boende vid inflyttning. Bedömningar ska följas upp minst en gång per år, detta uppfylls inte av alla utförare. I

genomsnitt har 93 % 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 utförares personal känner till och arbetar utifrån basala hygienrutiner men vissa brister finns i följsamheten av klädregler. Tillgång till tvål och handduk avsett för personalens handhygien inne i de boendes lägenheter saknas på tre vård- och omsorgsboenden. Gemensamma utrymmen ska städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls. Samtliga verksamheter har sedan föregående uppföljning förbättrat sina rutiner men uppfyller fortfarande inte helt grundkraven för god hygien rörande att följa kläd- och städrutiner fullt ut.

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.

Redovisning av uppföljning i förhållande till resultatmål 2011 Hemtjänst och servicehus

Redovisningen omfattar följande enheter:

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

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

Ledningens kompetens

Kontinuitet i ledarskapet och ledningens tillgänglighet är av stor betydelse för hur väl arbetet organiseras och utförs. Kompetensen hos cheferna för hemtjänstutförarna inom Kungsholmen brister till viss del. En chef saknar fortfarande till viss del relevant utbildning men har lång erfarenhet. Under året har verksamhetschefer bytts ut hos Carema Omsorg, Attendo Hemtjänst och det har varit brister i kontinuiteten av övergripande ledning på Fridhemmet. Det brister i företagets introduktionsprogram för nya chefer och överlämning av verksamhet till ny chef. Resultat från stadsdelsnämndens uppföljning överförs inte och åtgärdsplaner följs inte upp. Chefsbyten innebär att arbetsorganisationen påverkas eller förändras vilket i sin tur medför att pågående verksamhetsutveckling tillfälligt avstannar. Nya chefer inom hemtjänsten har dålig kunskap om innehållet i tecknat avtal med Stockholms stad.

Uppföljarnas bedömning är att ledningen överlag behöver ha mer kunskap och kontroll över det dagliga arbetet för att kunna ha en överblick av vad som sker i verksamheten och planera utvecklingsarbetet utifrån detta. De behöver även genomföra egenkontroller kontinuerligt av t.ex. dokumentation och att överenskomna rutiner följs av personalen.

Brukare har självbestämmande och integritet.

Service och vård- och omsorg utförs enligt genomförandeplan

Genomförandeplan enligt SoL upprättas i samråd med den enskilde men är generellt inte individuellt utformade och används inte som arbetsinstrument. Hos de flesta utförarna genomförs inte heller uppföljning av genomförandeplanerna enligt den rutin som finns.

Brukare är trygga.

Larmkedja

Tryggheten har ytterligare säkrats genom att larmsystemen på Pilträdet och Fridhemmet har uppgraderats under 2011. Samtliga hemtjänstutförare har en fungerande larmkedja dygnet runt

Förvaring dokumentation

Samtliga utförare har läsbara aktskåp.

Hantering nycklar och egna medel

Enligt internkontrollplanen granskade förvaltningen under 2010 hanteringen av egna medel. I årets uppföljning kan konstateras att enheterna nu endast i undantagsfall hanterar egna medel och i de fall det görs följer enheterna stadens riktlinjer.

Hanteringen av nycklar förbättras allteftersom enheterna införskaffar elektroniska nyckelskåp.

Personalen bär identifikation

Personalen har identifikation men använder den inte alltid. Den uppvisas dock på begäran.

Telefon tillgänglighet

Telefontillgängligheten är god hos utförarna.

Personal kontinuitet 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. Alla utförare uppger att alla brukare har utsedda kontaktpersoner men detta har inte gått att kontrollera då många genomförandeplanerna visat sig vara inaktuella. Fridhemmets servicehus har under året haft rekryteringsproblem avseende sjuksköterskor.

Brukarna får bra mathållning i en god måltidsmiljö.

Utbildning i kost och nutrition och livsmedelhygien

Under våren 2010 genomfördes inom ramen för stimulansbidragen en pilotutbildning för kontaktmän med måltidsansvar inom hemtjänsten och servicehusen. Syftet med utbildningen var att förbättra måltiderna för äldre som bor i ordinärt boende och utveckla deltagarna i rollen som kontaktmän. Deltagarna har uttryckt att detta har gett en god grund för arbetet med kost och måltidsmiljö i hemtjänsten. Under hösten 2011 genomfördes en utbildning med tonvikt på hur undernäring kan förebyggas. De verksamheter som deltagit är Fridhemmet och

Pilträdet servicehus samt hemtjänsten som drivs av Attendo, Carema, Olivia, HSB samt Hantverkargatans hemtjänst i egen regi.

På servicehusen genomför sjuksköterskor nutritionsutredning där åtgärd och uppföljning säkrar de boendes nutrition. Under 2011 har 58 % av de boende på servicehusen bedömts.

Brukare får en god personlig vård och omsorg

Personalens kompetens, introduktion, kompetensutveckling, personalomsättning

44 % av utförarna uppfyller indikatorn för kompetens (90 % och mer).

89 % av utförarna har inkommit med uppdaterad 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. 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.

Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 (SoL) SOSFS 2005:12 (HSL)

Samtliga enheter har övergripande ledningssystem. Enheterna ska därutöver upprätta enhetsspecifika rutiner och arbetssätt. Enheterna brister i att kontinuerligt uppdatera sina enhetsspecifika rutiner. HSB och Fredhällshusen SVPH måste gå igenom och uppdatera samtliga lokala rutiner.

Synpunkter och klagomål

Enheterna har rutiner och rapporterar kontinuerligt klagomål till stadsdelsnämnden som redovisas i tertialrapporter och årsredovisning. Fridhemmets servicehus saknar lokalt utarbetade rutiner för avvikelshantering och risk och händelseanalys.

Lex Sarah och Lex Maria

Alla verksamheter har rutin för anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. Några enheter behöver uppdatera sina Lex Sarah rutiner utifrån ny SOSFS. Under året har det varit tre Lex Maria anmälningar på Fridhemmet. Det har inkommit tre anmälningar enligt Lex Sarah, en på Pilträdet en på Fridhemmet och en på HSB hemtjänst.

Dokumentation

Vi granskningen av aktuella genomförandeplaner SoL framkommer att i genomsnitt 73 % av genomförandeplanerna är aktuella.

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, Attendo och Carema visar ett något bättre resultat. Hemtjänsten på Hantverkargatan och Stiftelsen Isaak Hirsch Minne har mycket goda resultat, 99 respektive 100 % aktuella genomförandeplaner. Granskningen av Carema visar att det fanns stora brister när det gäller 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. Enheternas dokumentation kan betraktas som godkänd, men sammantaget är dokumentationen inte utvecklad i hela vårdprocessen i en vårdplan med bedömning, planering och utförande av åtgärder/insatser samt uppföljning av resultat. Resultatet av granskningen visar på en stor spridning i kvalitén.

Riskbedömningar

Samtliga boende på servicehus ska erbjudas riskbedömning för nutrition, trycksår och fall men alla boende har inte bedömts. I nuläget har 58 % till 66 % blivit bedömda för, nutrition, trycksår och fall, vilket är en ökning med 9-14 % i jämförelse med samma period föregående år. Detta innebär att man i större utsträckning har identifierat personer som kan ligga i riskzonen för undernäring, trycksår och fallskador. Inkontinensutredningarna och uppföljning av tidigare utredningar har ökat med 20 % i jämförelse med samma period föregående år. Utredningarna är en förutsättning för att personer med urininkontinensproblem ska få rätt förskrivna individuella inkontinenshjälpmedel.

Rehabilitering

Boende på servicehus erbjuds ADL-bedömning vid inflyttning samt därefter om behov uppstår. Genomförda bedömningar ska följas upp minst en gång per år. I genomsnitt har 31 % av de personer som bor på servicehus bedömts avseende ADL förmåga det senaste året.

Basala hygienrutiner

Samtliga utförares personal känner till och arbetar utifrån basala hygienrutiner. Enheterna brister i att kontinuerligt utbilda nyanställda i basala hygienrutiner och fortbilda övrig personal.

Brukarna har en meningsfull tillvaro

Servicehusen Pilträdet och Fridhemmet erbjuder regelbundet olika aktiviteter och Fridhemmet erbjuder även aktiviteter med musik- och kulturinslag. Under sommaren finns det möjlighet till gemensamma bussutflykter. Utevistelser både inom servicehusen och i hemtjänsten sker i enlighet med biståndsbeslut.

Sammanfattning av samtliga kvalitetsuppföljningar av vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter och hemtjänst 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 trivsamt, 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 idérisk 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.

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. Kvaliteten 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. 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. Daggästerna börjar med en gemensam frukost därefter vidtar olika både generella och individuella aktiviteter och social samvaro. 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. Avvikelsena ska vara åtgärdade tills årsskiftet. Uppföljning sker vid förvaltningens verksamhetsbesök

Alla daggäster 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.

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 mellan boendeenheterna, 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 samvaron.

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.

Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende

drivs av Temabo

Alströmerhemmet har 113 platser, varav 59 platser med somatisk inriktning och 54 med demensinriktning. Temabo tillträdde som ny entreprenör för Alströmerhemmet den 1 februari 2011. Sedan övertagandet har det varit flera byten i ledningsorganisationen som gjort att arbetet med att införa företagets värderingar och arbetssätt har fördröjts. Lokala skriftliga rutiner enligt SoL och HSL måste upprättas och implementeras i verksamheten. Övergripande arbete med social stimulans och aktiviteter har kommit igång på ett bra sätt men möjligheten till social stimulans på respektive boendeenhet måste förbättras. SoL-dokumentationen är eftersatt, alla boende har inte en aktuell genomförandeplan. Ledningen har inte tydliggjort vilka MAS-riktlinjer som ska gälla för den

legitimerade personalen, den legitimerade personalen arbetar enligt tidigare arbetssätt utan stöd i fasställda rutiner. Det finns brister i kontinuiteten av paramedicinsk personal och sjuksköterskor, alla boende har inte haft en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Kvalitetsindikatorerna och riskbedömningarna har till större delen genomförts. Ett område som speciellt behöver fortsätta utvecklas och förbättras är kvalitén i SoL och HSL dokumentationen

Åtgärdsplan

Det ska upprättas skriftliga lokala rutiner för SoL och HSL och dessa ska implementeras i verksamheten. Alla boende ska ha en utsedd kontaktman och omvårdnadsansvarig sjuksköterska och det ska framgå i dokumentationen. Alla boende ska ha en aktuell individuellt upprättad genomförandeplan. Enheten måste säkra att riskbedömningar utförs för alla boende. Enheten måste säkra att legitimerad personal har tillräcklig kunskap i dokumentationssystemet. Avvikelserna ska vara åtgärdade senast 111231

S:t Erik vård- och omsorgsboende

drivs av Rödakorshemmen

Stiftelsen Rödakorshemmen är ny entreprenör för S:t Eriks vård- och omsorgsboende sedan 1 februari 2011. Boendemiljön på S:t Erik är trivsamt. Personalen arbetar lugnt och har ett bra bemötande och omvårdnaden fungerar väl. Röda Korset måste arbeta med att upprätta både övergripande och lokala rutiner samt implementera sina värderingar och arbetssätt enligt anbud. Arbetet med aktiviteter och social stimulans måste utvecklas. Genomförandeplanerna är individuellt utformade men uppföljningen av genomförandeplanerna måste förbättras. Hälso- och sjukvården fungerar väl dock finns inte paramedicinska resurser i den utsträckning som är överenskommet enligt avtal. Kvalitetsindikatorerna och riskbedömningarna har till större delen genomförts. De områden som behöver fortsätta utvecklas och förbättras är avvikelshanteringen och kvalitén i HSL dokumentationen.

Åtgärdsplan

Paramedicinska resurser måste omedelbart utökas i enlighet med anbudet. Lokala rutiner enligt SoL och HSL måste upprättas och implementeras. Enheten måste säkra att riskbedömningar utförs för alla boende. Enheten måste säkra att legitimerad personal har tillräcklig kunskap i dokumentationssystemet. Detta ska vara åtgärdat senast innan 111231.

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 narkotikaklassad medicin. De boende ska ha tillgång till arbetsterapeut. Avvikelserna ska vara åtgärdade innan årsskiftet 2011-2012

Edsby slott, uppföljning av ramavtal

drivs av Edsby slott AB

Edsby slott ligger i vacker omgivning utanför Upplands Väsby. Slottet har en hemtrevlig och ombonad atmosfär. Arbetet inom enheten utgår från individens behov och de boende får en god omvårdnad. De boende har goda möjligheter till utevistelser. Hälso- och sjukvården fungerar bra med inriktning på den enskildes egna behov och hälsa.

Åtgärdsplan

Funktionsbedömning av nyinflyttad boende ska utföras av sjukgymnast. Rutin för nyckelhantering måste upprättas.

Herdens äldreboende, uppföljning av ramavtal

drivs av Bruka äldreboende AB

Herden bedriver en säker och god individuellt utformad vår- och omsorg i trivsam boendemiljö.

Åtgärdsplan

Kompetensutvecklingsplan för 2012 ska upprättas. HSL och SoL rutiner finns men samtliga rutiner måste uppdateras. Rutin för fel och brister ska upprättas. Vid inflyttning ska arbetsterapeut och sjukgymnast konsulteras för ADL- och funktionsbedömningar.

Stockholms sjukhem, uppföljning av ramavtal

drivs av stiftelsen Stockholms sjukhem

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.

Åtgärdsplan

Genomförandeplaner enligt SoL ska vara individuellt utformade. Vid hantering av egna medel ska utarbetad rutin följas. Kompetensutvecklingsplan för 2012 ska

upprättas. Det finns en övergripande rutin för dokumentation enligt HSL som är gjord för sjukvården den ska anpassas till vård- och omsorgsboende.

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. Avvikelsena ska vara åtgärdade innan årsskiftet 2011-2012.

Stiftelsen Isaak Hirsch Minne

Uppföljarnas 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. På grund av tekniska problem har dokumentationsgranskning i ParaSoL inte kunnat genomföras.

Åtgärdsplan

Rutinpärmerna 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. 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. Avvikelserna ska vara åtgärdade senast 111231.

Attendo hemtjänst

Vid uppföljningen deltog en vikarierande enhetschef, ny chef tillträder i februari 2012. De brister i dokumentationen som fanns vid föregående års uppföljning kvarstår. Årets uppföljning visar att det fortfarande finns brister i genomförandeplanernas utformning och uppföljning trots att enheten har haft en mentor som stöd för personalen. Det finns även brister i daganteckningarna där händelser av vikt inte alltid går att följa.

Åtgärdsplan

Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan. Daganteckningar måste föras så att händelser av vikt går att följa. Kompetensutvecklingsplan för 2012 ska upprättas. Bristerna ska vara åtgärdade senast 31 december 2011.

Carema hemtjänst

De brister i dokumentationen som fanns vid föregående års uppföljning är inte åtgärdade enligt utförarens handlingsplan för detta. Årets uppföljning visar att det fortfarande finns brister i genomförandeplanernas utformning och uppföljning. Det finns även stora brister i daganteckningarna. Det förs inga noteringar vid avvikelser och händelser av vikt går inte att följa.

Åtgärdsplan

Alla kunder ska ha en aktuell och individuellt utformad genomförandeplan. Daganteckningar måste föras vid avvikelser och händelser av vikt. Lokal rutin för nyckelhantering ska uppdateras. Bristerna ska vara åtgärdade senast 31 december 2011.

Hemtjänsten på Hantverkargatan

De brister i dokumentationen som fanns vid föregående års uppföljning är inte åtgärdade. Årets uppföljning visar att det fortfarande finns brister i genomförandeplanernas utformning och uppföljning.

Åtgärdsplan

Alla genomförandeplanerna ska vara aktuella och individuellt utformade. Det ska vara åtgärdat senast den 31 december 2011.

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

Verksamheten måste fortsätta arbetet med att förbättra och utveckla sin SoL-dokumentation framför allt vad gäller genomförandeplanernas utformning. Lokala skriftliga rutiner måste upprättas. Verksamhetschefen ska inkomma till förvaltningen med en specifik kompetensutvecklingsplan för Fredhällshusen. Överenskommelser måste upprättas mellan SVPH och den enskilde/god man i de fall egna medel handhas.

GBG Omsorg Partner, Svanen Hemtjänst och Ghion Systerjouren

Uppföljning har även skett av ovanstående tre utförare. Uppföljningarna visade på så omfattande brister att förvaltningen under våren överlämnade uppföljningarna till Äldreförvaltningen för vidare bedömning och åtgärd. Äldreförvaltningen har genomfört fördjupad uppföljning. Utförarna har vidtagit de åtgärder som de ålades och enligt Äldreförvaltningen uppfyller de nu avtalet.