



## Uppföljning av ramavtal om enstaka platser samt stadens vård- och omsorgsboende för äldre

### Basuppgifter

<b>Vård- och omsorgsboende:</b>	Hässelby Gårds äldreboende (Hässelgården)
<b>Ägare/Entreprenör:</b>	Egen regi verksamhet Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd
<b>Inriktning:</b>	Ålderdomshem, gruppboende för demenssjuka, gruppboende för personer med psykiatrisk diagnos, kollektivboende för psykiskt funktionshindrade personer.
<b>Tillstånd från länsstyrelsen:</b>	
<b>Adress:</b>	Ormängsgatan 10, 162 56 Hässelby
<b>Verksamhetschef/enhetschef:</b>	Marie Sjölund, enhetschef
<b>Telefon:</b>	08/ 508 04 299, mobil 0761-204 299
<b>Hemsida:</b>	<a href="http://www.stockholm.se/hasselby-vallingby">www.stockholm.se/hasselby-vallingby</a>
<b>Antal boende totalt:</b>	135
<b>Varav antal boende från staden:</b>	3
<b>De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:</b>	1 boende från Rinkeby.Kista stadsdelsförvaltning, 1 boende från Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning 1 boende från Bromma stadsdelsförvaltning
<b>Uppföljningen utförd av:</b>	Uppföljningen utifrån socialtjänstlagen har genomförts av bitr. avdelningschef Ingrid Lindeborg och administrativ sekreterare Gudrun Sjödin.  Uppföljningen utifrån Hälso-och sjukvårdslagen har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterka (MAS), Raili Pettersson.

**Vid uppföljningen medverkade från utföraren:**

Uppföljning enligt SoL: Marie Sjölund, enhetschef, Seija Westerblom bitr. enhetschef, Anders Sjöblom, bitr. enhetschef

Uppföljning enligt HsL: Samordnare Maritha Thörnevall. Samtliga sjuksköterskor och en sjukgymnast.

**Datum för uppföljningen:**

15/6, 4-5/7 och 20/8-2007 uppföljning enligt SoL .

28-29/3, 3-4/4, 10-11/4 och den 13/4 uppföljning enligt HsL.

## Sammanfattande bedömning

### Samlad bedömning av uppföljningen:

Vid uppföljningen bedöms att verksamheten fungerar väl utifrån begreppen integritet, gott bemötande, trygghet och inflytande för de boende på Hässelby Gårds vård- och omsorgsboende. MAS bedömer att hälso- och sjukvårdsinsatserna utifrån uppföljningsmallens frågeställningar utförs enligt gällande lagstiftning, anvisningar och rutiner. Verksamheten omfattar gruppboende för personer med demenssjukdomar, ålderdomshem och boende för psykiskt funktionshindrade. Alla bostäder har fullgod standard med hygienutrymme och pentry. De gemensamma utrymmena är ljusa och rymliga. Alla boende har en namngiven kontaktman. Personalen visar vid de oanmälda besöken vid uppföljningstillfällena ett gott bemötande. Anslagstavlor på alla våningar ger bra information om olika aktiviteter, veckans matsedel och annat av intresse för de boende och deras närstående. Blanketter finns anslagna om man som boende, anhörig eller besökare vill lämna synpunkter eller klagomål på verksamheten. Vid uppföljningstillfället fanns personal på alla våningsplan tillgängliga för de boende som vistades i allmänna utrymmen. I samband med de måltider som förbereddes vid besöket var det trevligt dukade bord i en lugn och fin matsalsmiljö.

**Inga avvikelser finns.**

**Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 31 december 2007:**

Dokumentation och genomförandeplaner behöver utvecklas och uppdateras så att aktuell information om de boende kan följas upp på ett säkert sätt. Rutinpärmar måste ses över och hållas aktuella. Dessa behöver uppdateras utifrån en enhetlig struktur för hela boendet. Varje chef är ansvarig för att all personal får information om reviderade rutiner. Personalens utrymme för dokumentation bör ses över så att de boende får lugn och ro i samband med måltider och vid vistelse i gemensamhetsutrymmen.

I anslutning till enheternas entreér måste koder finnas väl synliga så att utrymning kan ske vid akuta situationer.

Riskbedömningar gällande fall, nutrition och trycksår måste förbättras och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Frekvensen av uppdatering av vårdplaner måste följa stadens riktlinjer. När dokumentationssystemen Vodok och Parasol blir sammankopplade förbättras omvårdnadspersonalens förutsättningar att ta del av nödvändig information.

## Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade den 12 december 2005 om en uppföljningsmodell för hemtjänst, ledsagning och avlösning. Av beslutet framgår att modellen även ska tillämpas för vård och omsorgsboende. Beslutet innebär bl.a. att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndsområdena och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen. Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till äldreförvaltningen och sammanställas i en rapport till Kommunfullmäktige vartannat år.

## Syfte

Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. När det gäller de verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med är det en avtalsuppföljning.

Uppföljningsmallen kan även användas för tillsyn enligt 13 kap 5§ SoL.

## Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Uppföljningen enligt SoL: Samtal vid inbokad tid med tre chefer. Observationer och dokumentationsgranskning vid oanmälda besök på de olika enheterna.

Uppföljningen enligt HsL: Besök och intervjuer med sjuksköterskornas samordnare, sjuksköterskor och sjukgymnast. Vid besöken har även spontana samtal förts med omvårdnadspersonal. Granskning av dokumentation har skett dels i pappersjournaler och dels i det datoriserade journalsystemet Vodok.

## Personal och ledning

### Ledning

Minst en av dem som är ansvarig för driften av verksamheten (verksamhetschef/enhetschef) har:

- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd
- Minst 36 månaders praktisk erfarenhet av arbete heltid inom äldreomsorgen, exempelvis som omsorgspersonal eller som arbetsledare
- Dokumenterad relevant utbildning, d.v.s. socionomutbildning med inriktning mot äldre och funktionshindrade, ålderdomshemsföreståndarutbildning, social servicelinje, sjuksköterskeutbildning eller annan eftergymnasial utbildning som ger likvärdiga kunskaper.

### Omvårdnadspersonal (ej HSL personal)

Totalt antal anställda på boendet/enheten: 121

Personalens anställningsform:

- 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 25 % av personalen är anställda tillsvidare
- Mindre än 25 % av personalen är anställda tillsvidare

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- 100 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 90 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Under 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senaste året är 3 %

### Bemanning vid en enhet/avdelning med 9 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	3	2	2	1
Sjuksköterska	ca 0,4	1 ssk ansvarar för hela Hässelgården	kvälls-nattpatrull	nattpatrull

- All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har för verksamheten adekvat specialist utbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig.
- Plan finns för all personals kompetensutveckling.
- Rutiner finns för introduktion av nyanställda.
- All personal behärskar det svenska språket i tal.
- All personal behärskar det svenska språket i skrift.
- Vid behov finns tillgång till vikarier.
- Personalen bär identifikation med dennes och utförarens namn som är synlig för brukaren.

### **Kommentar**

Inga individuella planer för kompetensutveckling finns. Verksamhetsledningen diskuterar och planerar kontinuerligt aktuella teman för utbildning utifrån personalens behov. Arbete pågår med att ta fram ett enhetligt introduktionsmaterial för äldreboendets alla enheter. Ett fåtal anställda har svårigheter med svenska språket i tal och/eller skrift.

### **Boendemiljö**

- Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring.
- De boende som önskar får möblera sitt eget rum. I annat fall svarar utföraren för möbleringen.
- Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom städmaterial, glödlampor, toalettpapper och tvättlappar.
- Tillgång till telefon och TV finns i gemensamhetsutrymmen.
- De boende erbjuds bostad med:
  - egen toalett
  - egen dusch
  - egen kökmöjlighet
  - tillgång till anhörigrum

### **Kommentar**

### **Ledningssystem**

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

**Kommentar**

Rutinpärmar finns men behöver uppdateras utifrån en enhetlig struktur för hela boendet. Viktigt att rutinpärmar hålls aktuella så att det aldrig ska råda tveksamheter om vilka rutiner som gäller i olika situationer. Varje enhetschef är ansvarig för att all personal får information om reviderade rutiner.

**Inflyttning**

- De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

**Kommentar****Kontaktmannaskap**

- Det finns en kontaktman för varje boende.
- När kontaktmannen är i tjänst är det denne som i första hand utför vård- och omsorgsinsatserna och är ansvarig för planering av insatser.
- Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman.
- Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för brukarna, dvs. minimerar antalet personal hos brukaren och håller överenskomna tider.

**Kommentar**

Under 2007 pågår en utbildningssatsning för all personal i kontaktmannaskap.

**Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen**

- Dokumentation finns som innehåller:
- bakgrundsfakta
  - beskrivning av sociala förhållanden
  - sociala kontaktnät
  - intressen
  - uppgifter om vilka insatser som ska utföras samt när och av vem
  - uppgifter om de boendes delaktighet i planeringen av insatserna
- Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

**Kommentar**

Dokumentationen varierar i kvalitet på de olika enheterna och behöver utvecklas. Genomförandeplaner behöver ses över och aktualiseras. Införande av dokumentationssystemet ParaSol, omvårdnadsdokumentation utifrån socialtjänstlagen, pågår för närvarande. Detta system är ett hjälpmedel som successivt kommer att säkerställa dokumentationen inom hela äldreomsorgens verksamhet. Dokumentationen ska förvaras inlåst men vid rundvandring konstaterades att det på vissa enheter förvarades i olåsta skåp.

Personalens utrymme för dokumentation bör ses över där dokumentationen sker i anslutning till de boendes matsal eller i andra gemensamhetsutrymmen. Viktigt att de boende har en lugn miljö i samband med måltider så att de inte blir störda av telefoner eller annat personalarbete.

### Brukarinflytande

- Den enskilde och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan.
- Förtroenderåd och/eller anhörigråd finns.

#### Kommentar

Genomförandeplaner ska upprättas i samråd med boende och/eller deras anhöriga.

### Synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering

- System finns för synpunkts- och klagomålshantering.
- Information finns så att den enskilde vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål.
- Rapportering av synpunkter och klagomål sker till den stadsdelsnämnd som avropat platsen.
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

#### Kommentar

### Egenuppföljning

- Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

#### Kommentar



## Lex Sarah

- Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.
- Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett under det senaste året.

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

En anmälan, januari 2007 avseende en personals övergrepp mot en boende.

### Kommentar

## Kost

- Matintaget fördelas jämnt över dygnets vakna timmar, med frukost, lunch och middag samt tre mellanmål med hänsyn tagen till att nattfastan inte överstiger 11 timmar.
- Kosten är anpassad efter individens behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om "Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg" (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål.
- De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet.
- De boende erbjuds möjlighet att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när han/hon ska äta.
- Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor.
- Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet.
- All personal har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning.
- All personal har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien.
- Utföraren är registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad eller motsvarande i annan kommun.

### Måltidernas fördelning över dygnet:

Frukost	7.30 - 9.30
Mellanmål	
Lunch	12.00
Mellanmål	em - varierar i tid
Middag	16.00 - 16.30
Kvällsmål	19.30 - 20.30
Övriga tider	vid behov

### **Kommentar**

De boende har inget tidsintervall i samband med servering av huvudmålen. Däremot får de boende mat/mellanmål om och när så önskas.

Arbetsterapeut utbildar personalen runt matsituationen. De grupper som fått utbildning har via sjuksköterska fått tillgång till CD-skivan "Svårt att äta" Detta leder till ökad kunskap i personalgrupperna.

All mat levereras från matleverantör (Sodexo).

### **Aktivering**

- De boende erbjuds, utifrån förmåga och önskemål, vardagsnära aktiviteter och stimulans.
- Som ett komplement till den egna verksamheten sker samarbete med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose de boendes sociala, kulturella, andliga och mentala behov.
- De boende erbjuds regelbunden utevistelse.

### **Kommentar**

### **Hantering av egna medel och nycklar**

- Rutiner finns och tillämpas för hantering av egna medel.
- Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

### **Kommentar**

Nyckelskåp finns men alla var vid uppföljningstillfället inte låsta. Detta måste åtgärdas. Vid entredörrarna saknas koder för utpassering på vissa enoher. Detta måste åtgärdas.

### **Ledsagare och tolk**

- Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc.
- Vid behov anlitas tolk via invandrarbyrå, tolkservice eller liknande.

### **Kommentar**

## Städning och tvätt

- Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls.
- Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet och stryks vid behov.
- Vid behov utförs mindre lagningar av kläder.
- Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov.

### Kommentar

## Hälso- och sjukvård

- Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § och 2 kap. 5 § FYHS.
- Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställelsetiden inte 30 minuter.
- De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- De boende har en namngiven läkare.
- Rutiner finns och tillämpas för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas.
- Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet.
- Rutiner finns och tillämpas vid delegering.
- Ett system finns för regelbundna nutritionsutredningar som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd.
- De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsintyg för nödvändig tandvård.

### Kommentar

## Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

### Kommentar

Ett nytt ledningssystem håller på att utarbetas.

### Lex Maria

- Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Maria.
- Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria.
- Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett under det senaste året.

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

### Kommentar

### Dokumentation av hälso- och sjukvård

- Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen.
- Journalen innehåller riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg.
- Vårdplanen inklusive rehabplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet.
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

### Kommentar

Riskbedömning för fall undernäring och trycksår har inte utförts för samtliga boende med dessa riskfaktorer. Detta bör omgående åtgärdas. Säkra rutiner för förvaring av dokumentation inom de olika enheterna saknas. Sjuksköterskorna har därför valt att dagligen rapportera muntligt till vårdpersonalen. Vissa vårdplaner är inte uppdaterade enligt anvisningarna vilket måste åtgärdas.

### Rehabilitering

- För nyinflyttade boende görs en rehabiliteringsbedömning inklusive ADL av sjukgymnast/arbetsterapeut och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan.
- Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut behandling individuellt eller i grupp.
- Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut handledning till övrig personal.
- Utrustning finns för träning och sjukgymnastik.

**Kommentar**

Arbetsterapeut och sjukgymnast finns tillgänglig dagtid. Rehabpersonalen har utbildning- och handledning till vårdpersonal regelbundet.

**Medicintekniska produkter**

- Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2001:12.
- Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel görs av arbetsterapeut/sjukgymnast.
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustning, den övriga utrustning, de arbetsredskap och de hjälpmedel och förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel mm som åtgår för att fullgöra åtagandet.
- Inkontinenshjälpmedel är individuellt utprovade av legitimerad personal med förskrivningsrätt.

**Kommentar**

Inkontinenshjälpmedel utprovade ibland ut av icke legitimerad personal. Rutiner för utprovning måste därför förbättras.

**Hygien och MRSA**

- Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram för MRSA och utrustning (ex. engångshandskar, handsprit) för detta finns tillgängligt för personalen.
- All personal har utbildning om basala hygienrutiner.
- Vårdprogram för MRSA tillämpas.

**Kommentar**

Sjuksköterska och rehabpersonal informerar och följer upp rutinerna kontinuerligt med omvårdnadspersonalen.

**Läkemedel**

- Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1.
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen.

**Kommentar**

Senast utförd 2007-03-21. Separat protokoll finns.

## Begränsningsåtgärder

- Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder.
- Inga begränsningsåtgärder förekommer.

Om begränsningsåtgärder förekommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av: Bälte, grindar och kodade dörrar. Begränsningar beslutas av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### **Kommentar**

## Vård i livets slutskede

- Rutiner finns och tillämpas för vård i livets slutskede.
- Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den boendes önskemål och stöd till den boendes närstående.
- Döende personer lämnas inte ensamma utan någon i dess närhet.

### **Kommentar**

Man får alltid ta in extrapersonal om sjuksköterska bedömer att behov finns.