



Handläggare: Barbro Trygg  
Telefon: 08-508 05 413

Dnr 602-437-2008

Sammanträde 28 oktober 2008

Till  
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

## **Hässelgården vård- och omsorgsboende – verksamhetsuppföljning juni-juli 2008**

---

### **Förslag till beslut**

Stadsdelsnämnden godkänner redovisningen från uppföljningen vid Hässelgården vård- och omsorgsboende och överlämnar den till stadens äldreförvaltning.

Leif Spjuth  
stadsdelsdirektör

Annica Dominius  
avdelningschef

### **Sammanfattning**

Kommunfullmäktige har beslutat om en uppföljningsmodell som ska tillämpas för stadens vård- och omsorgsboenden för äldre. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. Förvaltningen har i juni-juli 2008 genomfört en samlad uppföljning av verksamheten vid Hässelgården vård- och omsorgsboende och bedömer att verksamheten fungerar väl utifrån begreppen integritet, gott bemötande och trygghet för de boende på Hässelgården. Däremot har det uppmärksammats att det på en del enheter saknas bra utrymmen för dokumentation, journalförvaring, förråd och hygien.

---

**Bilagor:** 1. Uppföljning av Hässelgården vård- och omsorgsboende.



## **Ärendets beredning**

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningen för äldreomsorg i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Ärendet har behandlats i stadsdelsnämndens pensionärsråd den 20 oktober 2008.  
Ärendet har behandlats i avdelningsgrupp den 16 oktober 2008.

## **Bakgrund**

Kommunfullmäktige beslutade den 12 december 2005 om en uppföljningsmodell för hemtjänst, ledsagning och avlösning. Av beslutet framgår att modellen även ska tillämpas för stadens vård och omsorgsboenden för äldre. Beslutet innebär bl.a. att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsområdena och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen. Stadsledningskontoret har tagit fram en mall för uppföljningen som från och med 2007 ska användas i samband med uppföljningarna. Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till äldreförvaltningen och sammanställas i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Ett webbaserat program ska tas fram i staden så att uppföljningarna på sikt ska finnas tillgängliga för allmänheten. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. Minst vart annat år kommer en brukarundersökning att genomföras.

## **Förvaltningens synpunkter och förslag**

Förvaltningen har i juni- juli 2008 genomfört en samlad uppföljning av verksamheten vid Hässelgården vård- och omsorgsboende. Uppföljningen har gjorts vid samtliga våningsplan dels utifrån den sociala omvårdnaden och dels utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser. Kvalitetsuppföljaren och MAS har vid fyra tillfällen besökt samtliga enheter. Alla enhetschefer och sjuksköterskor och ett urval av övrig vårdpersonal har intervjuats. MAS har granskat sjuksköterskornas journalföring i dataprogram VODOK.

Förvaltningen bedömer att verksamheten fungerar väl utifrån begreppen integritet, gott bemötande och trygghet för de boende på Hässelgården. Förvaltningen bedömer att verksamheten följer gällande rutiner och lagstiftning. Enheterna arbetar aktivt för att förbättra boendemiljön och måltidssituationen. Däremot har det uppmärksammats att en del enheter saknar bra utrymmen för dokumentation, journalförvaring, förråd och hygien. Arbetet med ledningssystem enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11 bör komma igång snarast.

-----



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

### Basuppgifter

<b>Vård- och omsorgsboende:</b>	Hässelgården vård- och omsorgsboende
<b>Ägare/Entreprenör:</b>	Verksamhet i egen regi, Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
<b>Inriktning:</b>	Ålderdomshem, gruppboende med demensinriktning, gruppboende med psykiatrisk inriktning, rehabiliteringsenhet
<b>Tillstånd från länsstyrelsen:</b>	
<b>Adress:</b>	Ormängsgatan 10, 162 56 Hässelby
<b>Verksamhetschef</b>	Verksamhetschef Ingrid Lindeborg
<b>Enhetschefer</b>	Marie Sjölund, Anders Sjöblom, Ana-Maria Estrella, Harriet Larssén, Mikael Lassander
<b>Telefon:</b>	08-508 04 325, Fax 08-508 04 350
<b>Hemsida:</b>	<a href="http://www.stockholm.se/hasselby-vallingby">www.stockholm.se/hasselby-vallingby</a>
<b>Antal boende totalt:</b>	139
<b>Varav antal boende från staden:</b>	139
<b>De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:</b>	Hässelby-Vällingby, Bromma, Hägersten och Södermalm
<b>Uppföljningen utförd av:</b>	Per Johansson, kvalitetsuppföljare och Raili Pettersson, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
<b>Vid uppföljningen medverkade från utföraren:</b>	Enhetscheferna
<b>Datum för uppföljningen:</b>	10-17 juni samt 14 juli 2008

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten omfattar ålderdomshem, gruppboende för personer med demenssjukdom och gruppboende för personer med psykisk funktionsnedsättning samt en rehabiliteringsenhet. Inom Hässelgårdens byggnad finns även landstingets vårdcentral och friskvårdscenter. Vårdcentralen har läkaransvaret för de boende på Hässelgården. Mellan huskropparna finns vackra trädgårdar för de boende och deras besökare. En av enheterna har en trädgårdsgrupp.

Lägenheter är mellan 26 och 55 kvm stora och har fullgod standard med pentry. Gemensamma dagrum och matsal är ljusa och hemtrevligt inredda. På några av enheterna är utrymmet för personalens dokumentation placerad i den gemensamma matsalen. Förrådsutrymmen som finns på bottenvåningarna är för små för ändamålet vilket gör det svårt att ha god hygien och följa anvisningarna. Vid uppföljningen fanns personal närvarande på alla enheter. De boende som satt i rullstol lämnades inte ensamma. Personalen visade ett gott bemötande.

Enheterna arbetar utifrån gällande lagar och anvisningar och verksamheten fungerar väl avseende integritet, gott bemötande, trygghet och boendeinflytande. Personalen arbetar aktivt med att göra de boendes måltider trevliga. Boende, anhöriga och besökande har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Information och rutin finns för detta.

**Inga avvikelser finns.**

**Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:**

- \* De enheter som saknar individuella kompetensplaner för personalen ska påbörja arbetet med dem under året.
- \* Helgjuksköterskans arbetsbelastning ska utvärderas.
- \* De enheter som har bristfälliga utrymmen för dokumentation, förråd och hygien ska åtgärda framkomna brister.
- \* Entréer och allmänna utrymmen ska städas och fräschas upp.
- \* Ledningssystem enligt SOSFS 2005:12 för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska införas snarast.

## 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.

## Metod

### Metod för uppföljningen

Kvalitetsuppföljaren och MAS gjorde gemensamma intervjuer med samtliga enhetschefer, sjuksköterskor och personalrepresentanter. MAS har granskat sjuksköterskornas journalföring i datasystemet VODOK. Granskning av lokaler, hygien och säkerhet gjordes vid besöken.

Stockholms stads uppföljningsmall för ramavtal om enstaka platser samt stadens vård- och omsorgsboende för äldre användes som underlag vid intervjuerna.

## 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: 120

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 senast året är på enheterna C1, C4, Margittahemmet, Aklejan och Camelia 0 %, på Ekstammen 20 % och på enheterna A3, A4 och C3 2 %.

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

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	3-4	2-3	2	1,25
Sjuksköterska	0,3	0,06	patrullsjuksk	patrullsjuksk

- 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**

Två av enheterna hade individuella kompetensplaner för personalen. Två enheter ska införa det senare under året.

Trots att antalet boende har ökat har antalet sjuksköterskor minskat. Det medför ett större ansvarsområde per sjuksköterska och sjuksköterskan som tjänstgör på helgen har särskilt stor belastning. Rehabiliteringsenhetens personal ersätter varandra vid korttidsfrånvaro.

**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 kokmöjlighet
  - tillgång till anhörigrum

**Kommentar**

Inget anhörigrum för övernattnig finns. Anhöriga vistas i den boendes lägenhet om så behövs.

## Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

### Kommentar

Ett förslag är utarbetat och ska lämnas till beslut i stadsdelsnämnden under 2008.

## Inflyttning

- De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

### Kommentar

Personalen vid en av enheterna gör också ett hembesök hos personen som ska flytta in.

## 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

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har egna ansvarsområden för att ha kontinuitet.

## 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

Genomförandeplaner skrivs i datadokumentationsprogrammet ParaSol. Dokumentationen avseende det som skrivs för hand förvarades inte på ett säkert sätt på A3, A4 och C3. Dokumentationsutrymmet är placerat i en del av de boendes matsal vilket beror på platsbrist i lokalerna. Bristen är känd sedan 2007 och en planerad ombyggnad ska ske under 2008. De övriga enheterna har bra utrymmen för dokumentationen. Rehabiliteringspersonalen som arbetar inom TGS-projektet och öppna hemtjänsten dokumenterar i ParaSol. Heminstruktörerna har inte fått behörighet att dokumentera i ParaSol varför den dokumentationen saknas.

### Brukarinflytande

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

**Kommentar:** Ingen

### 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:** Ingen

### Egenuppföljning

- Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

**Kommentar**

En enhetlig mall för uppföljning saknas. Varje enhet har utarbetat sina egna rutiner för egenuppföljning.

### 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: 1

**Kommentar**

En anmälan om felaktig förflyttning är aktuell vid uppföljningstillfället.

### 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	varierar
Middag	16,00-16,30
Kvällsmål	19,30-20,00
Övriga tider	Vid behov

**Kommentar**

Nattpersonalen ger näringsdryck till de boende som behöver det.

**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**

Röda Korset kommer till enheterna och ordnar tillfällen med musik och dans. Ett trädgårdsprojekt har startat för boenden med psykisk funktionsnedsättning. En volontär ha sygrupp för de boende som vill delta.

### Hantering av egna medel och nycklar

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

**Kommentar**

Rehabiliteringsenheten behöver inventera sina nycklar efter omflyttningar

### 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:** Ingen

### 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**

Allmänna utrymmen är dåligt underhållna vilket gör det svårt att hålla dem rena. Entrédörrarna är smutsiga i hela huset. Enheterna Camelia och Ekstammen som ligger längst ned i respektive huskropp har dåligt med utrymmen för personal, förråd och städmateriel. Lokaler för dessa ändamål bör ses över för att kunna garantera god hygienisk standard.

### 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**

Nutritionsutredningar görs inte enligt mallen i datasystemet VODOK. Detta behöver åtgärdas snarast.

### Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

**Kommentar**

Ledningssystemet är inte infört och bör åtgärdas snarast.

### 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:**

En anmälan är gjord i juli angående bristfälliga rutiner och felbedömning av boendes tillstånd.

**Kommentar:** Ingen

### 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 rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet.
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

**Kommentar**

Stadens IT-avdelning planerade under 2007 att datasystemen VODOK och ParaSol skulle kommunicera i vissa nödvändiga delar men än fungerar inte systemen tillsammans. Delar av journalen som ska finnas tillgänglig för berörd personal förmedlas av sjuksköterskan muntligt och skriftligt.

Vårdplaner skrivs enligt anvisning på tre av enheterna. På en enhet utför detta vid förändring i hälsotillståndet. Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår har inte dokumenterats i VODOK. Rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor ska utföra dessa bedömningar. De ska vara klara till slutet av 2008.

## 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

Rehabiliteringsenheten utbildar vårdpersonalen fortlöpande i bland annat lyftteknik och i måltidssituationen. Översyn av rehabiliteringsplaner pågår.

## Medicintekniska produkter

- Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2001:12.
- Föreskrivning 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 föreskrivningsrätt.

**Kommentar:** Ingen

## 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:** Ingen

## Läkemedel

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

**Kommentar:** Ingen



### Begränsningsåtgärder

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

**Om begränsningsåtgärder förkommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:**  
Behov av golvlarm och sele beslutas av legitimerad vårdpersonal alternativt av läkare

**Kommentar:** Ingen

### 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:** Ingen