



Handläggare: Barbro Trygg
Telefon: 08-508 05 413

Dnr 602-438-2008

Sammanträde 28 oktober 2008

Till
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Linden omsorg AB, Rubinen vård- och omsorgsboende- verksamhetsuppföljning den 25 maj 2008

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner redovisningen från uppföljningen vid Linden Omsorg AB, Rubinen 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. vård- och omsorgsboenden för äldre.

Förvaltningen har den 25 maj 2008 genomfört uppföljning av verksamheten vid Linden Omsorg AB, Rubinen vård- och omsorgsboende. Förvaltningen bedömer att helhetsintrycket av Rubinens gruppboende är bra. Boendet har en varm, trivsamt och hemlik miljö. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Verksamheten har låg personalomsättning och god kontinuitet vilket skapar trygghet och ett gott bemötande. I verksamhetens ledningssystem framgår enhetens rutiner och ansvarsfördelning dock saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerade om nya författningar m.m.

Bilagor: 1. Uppföljning av Linden Omsorg AB, Rubinen vård- omsorgsboende.



Ärendets beredning

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

Ärendet har behandlats i avdelningsgrupp den 16 oktober 2008.

Ärendet har behandlats i stadsdelsnämndens pensionärsråd den 20 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 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.

Ett webbaserat program ska tas fram i staden så att uppföljningarna på sikt ska finnas tillgängliga för allmänheten.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen har den 25 maj 2008 genomfört uppföljning av verksamheten vid Linden Omsorg AB, Rubinen vård- och omsorgsboende som är ett gruppboende för personer med demenssjukdom. Uppföljningen har gjorts dels utifrån den sociala omvårdnaden och dels utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser vid gruppboendet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och en kvalitetsuppföljare har samtalat och intervjuat verksamhetschef och enhetschef. Granskning av den sociala dokumentationen och observationer har genomförts på gruppboendet.

Förvaltningen bedömer att helhetsintrycket av Rubinens gruppboende är bra. Boendet har en varm, trivsamt och hemlik miljö. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Allt är välordnat, rent och fräscht. Verksamheten har låg personalomsättning och god kontinuitet vilket skapar trygghet och ett gott bemötande. I verksamhetens ledningssystem framgår enhetens rutiner och ansvarsfördelning däremot saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerade om nya författningar m.m. MAS ger information om ny författning angående medicintekniska produkter. När det gäller synpunkts- och klagomålshantering saknas registrering, vilket påpekas. Detta för att få en överblick vad gäller frekvens och eventuella återupprepningar. MAS skickar rutiner för riskbedömningar avseende fallolyckor, trycksår och nutrition med tillhörande instrument till verksamheten.



Bilaga 1

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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Rubinen
Ägare/Entreprenör:	Linden Omsorg AB
Inriktning:	Personer med demenssjukdom
Tillstånd från länsstyrelsen:	Beslut enligt 7 kap 1§ socialtjänstlagen
Adress:	Solbergavägen 2, 194 57 Upplands Väsby
Verksamhetschef/enhetschef:	Jörgen Michelsen, v-chef, Ingela Andersson, enh.chef
Telefon:	0708-38 00 50, 08-590 740 51
Hemsida:	www.lindenomsorg.se
Antal boende totalt:	12 lgh, 13 boende varav 1 på dispens
Varav antal boende från staden:	7
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Östermalm, Hässelby-Vällingby, Spånga-Tensta, Södermalm
Uppföljningen utförd av:	Marie Sundström/Mas, Per Johansson/kval.uppf
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Jörgen Michelsen, Ingela Andersson
Datum för uppföljningen:	2008-05-25

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Helhetsintrycket av Rubinens gruppboende är bra. Boendet har en varm, trivsamt och hemlik miljö. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Allt är välordnat, rent och fräscht. Verksamheten har låg personalomsättning och god kontinuitet vilket skapar trygghet och ett gott bemötande. I verksamhetens ledningssystem framgår enhetens rutiner och ansvarsfördelning dock saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerad om nya författningar m.m. Information ges om ny författning om medicintekniska produkter. När det gäller synpunkts- och klagomålshantering är det viktigt att dessa registreras oavsett om de är av enklare karaktär. Detta för att få en överblick på frekvens och eventuella återupprepningar. Mas skickar rutiner för riskbedömningar avseende fallolyckor, trycksår och malnutrition med tillhörande instrument till verksamheten.

Inga avvikelser finns.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 31 december 2008:

1. Utveckla ledningssystemet så att det framgår hur processen kring egenkontrollen genomförs.
2. Synpunkts och klagomålshantering
3. Rehabbedömning inklusive ADL-status av sjukgymnast/arbetsterapeut vid inflyttning samt handledning till personal

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:

Intervju/samtal med verksamhetschef och enhetschef/MAS



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: 17

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 14

Bemanning vid en enhet/avdelning med 13 antal boende.

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	3	3	2	1,5
Sjuksköterska	0,5	Beredskap	Beredskap	Beredskap

- 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:

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: Enheten tillhandahåller sänglinne. 10 av 12 lägenheter har kokmöjlighet

Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

Utveckling av ledningssystem enligt den nya författningen SOSFS 2006:11 avseende egenkontrollen bör göras.

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**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**Brukarinflytande**

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

Kommentar

Något formellt förtroenderåd/anhörigråd finns inte. Verksamheten har erbjudit anhöriga att bilda boenderåd/anhörigråd men intresse har ej visats. Anhöriga är informerade om att de kan använda lokaler inom enheten för gemensamma möten. Verksamheten har återkommande anhörigräffar och firar olika högtider med gemensam lunch.

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: Verksamheten uppger att de inte har haft några klagomål utan får många positiva omdömen av nöjda anhöriga. Synpunkter som framförs och är av enklare karaktär åtgärdas direkt inomverksamheten.

Egenuppföljning

- Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

Kommentar: Egenkontrollen sker genom uppföljning av avvikelser var 6:te månad och verksamhetsberättelsen.



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:

Kommentar: Verksamheten uppger att de inte haft några Lex Sarah anmälningar.

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	07.30-10.00
Mellanmål	10-10.30 frukt
Lunch	12.00-12.30
Mellanmål	13.30-14.30
Middag	16.30
Kvällsmål	18.30-20.00
Övriga tider	Ca 22.00 eller vid behov serveras extra mat/smörgås individuellt efter behov.

Kommentar:

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: Verksamheten samverkar med Väsby väntjänst och bjuder in en trubadur som komplement till den egna verksamheten.

Hantering av egna medel och nycklar

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

Kommentar: Verksamheten lägger ut pengar för den enskilde och skickar därefter räkningar för att säkerställa hanteringen av egna medel.

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:

Hälsa- 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 inställetiden 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: Ansvarsfördelning mellan MAS och verksamhetschef finns. Rutiner och dokument finns. Ledningssystemet beskriver dock inte processerna för egenkontrollen.

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:

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: Sjuksköterskan gör ADL-bedömning enligt Katz och kontaktar paramedicinare vid behov.

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: Stadsdelens MAS informerar om ny författning avseende medicintekniska produkter.

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:

Läkemedel

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

Kommentar: Kvalitetsgranskning är utförd av apotekets farmaceut i april 2008.

Begränsningsåtgärder

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

Om begränsningsåtgärder förkommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:

Grindar och larm – sjuksköterska bedömer och ordinerar.

Bälte – läkare bedömer och ordinerar.

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: