



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

### Basuppgifter

<b>Vård- och omsorgsboende:</b>	Råcksta vård och omsorgsboende plan 2
<b>Ägare/Entreprenör:</b>	Hässelby- Vällingby stadsdelsförvaltning
<b>Inriktning:</b>	Demens vård
<b>Tillstånd från länsstyrelsen:</b>	
<b>Adress:</b>	Råckstavägen 100, 162 54 Vällingby
<b>Verksamhetschef/enhetschef:</b>	Ann Bergman, from 2008-09-15 är det Malin Persson
<b>Telefon:</b>	08-508 05 556
<b>Hemsida:</b>	
<b>Antal boende totalt:</b>	29 demensplatser
<b>Varav antal boende från staden:</b>	29 boendeplatser
<b>De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:</b>	Hässelby- Vällingby stadsdelsförvaltning
<b>Uppföljningen utförd av:</b>	Marie Sundström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Elinore Kallur, kvalitetsuppföljare
<b>Vid uppföljningen medverkade från utföraren:</b>	Maud Kärve, enhetschef, Attekar Karami, sjuksköterska, Anneli Karlberg undersköterska.
<b>Datum för uppföljningen:</b>	22 september 2008

## Sammanfattande bedömning

### Samlad bedömning av uppföljningen:

Intrycket är att enheten har förbättringsmöjligheter på vissa områden och att ett stort behov finns av att analysera den egna verksamheten och reflektera över arbetssätt. Verksamheten har under 2008 haft låg personalomsättning vilket skapat trygghet bland de boende. Arbetssättet har dock varit att kontaktpersonen, när den varit i tjänst inte med automatik varit den som hjälpt den boende. Personalen behöver även utvecklas i svenska språket. De basala hygienrutinerna fungerar ej heller tillfredsställande på enheten. Likaså saknas det rehabbedömningar på de personer som flyttar in. Hälso och sjukvårdsdokumentationen behöver utvecklas då den inte är fullständig. Det saknades bla vårdplaner och riskbedömningar. Även den Sociala dokumentationen behöver vidareutvecklas då den är bristfällig. Gällande måltiderna så framkommer det att det är oklart om någon boende tex sover över kvällsmålet hur detta rapporteras till nattpersonalen. Risk finns att nattfastan överstiger 11 timmar.

**Inga avvikelser finns.**

**Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009-06-01:**

Följande punkt bör åtgärdas inom tre månader:

- Ledningen bör säkerställa att all personal fått utbildning om basala hygienrutiner och att de efterlevs.
- Hälso och sjukvårds dokumentationen behöver utvecklas och bli mer fullständig. Gäller även den sociala dokumentation som är bristfällig.
- Utföra riskbedömningar avseende fall, malnutrition och trycksår.
- Säkerställa att rutiner vid delegering och alltid följs och att nutritionsutredningar utförs.
- Enheten behöver utveckla rutiner gällande att nattfastan ej överstiger 11 timmar.

Följande punkter bör enheten förbättra på längre sikt:

- Behöver utveckla ett arbetssätt för att öka kontinuiteten för de boende för att öka tryggheten hos de boende och anhöriga.
- Enheten behöver utveckla en rutin att en rehabiliteringsbedömning görs på de som flyttar in.
- Ledningen bör ge omvårdnadspersonalen möjlighet att utveckla sig i svenska språket.

## 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:

Intervjuer i grupp och observationer på enheten samt stickprovskontroll av Social och medicinsk dokumentation.

## 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: 32

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 0 %

### Bemanning vid en enhet/avdelning med 31 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	9-10	6	6	2
Sjuksköterska	1-2	1	1 fr. 18.00 +helg 0,5	0,33

- 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**

Verksamheten har satsat på övergripande utbildningar för personalen. Individuella planer saknas. Det svenska språket i tal behärskas av ca 95 % av personalen och i skrift ca 90 %.

### **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**

Anhörigrum saknas men transportabel säng finns att tillgå.

### **Ledningssystem**

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

#### **Kommentar**

Verksamheten känner inte till om det finns ett ledningssystem dock finns ett förslag

framtaget som ännu inte är förankrat i verksamheten.

## **Inflyttning**

- De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

### **Kommentar**

## **Kontaktsmannaskap**

- Det finns en kontaktman för varje boende.
- När kontaktsmannen 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**

Verksamheten arbetar inte utifrån att i första hand vara den som utför vård och omsorgsinsatser, men arbetar i mindre team om 4-5 personal.

## **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**

Verksamheten har påbörjat dokumentation i Parasol.

## Brukarinflytande

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

### Kommentar

## 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:

### 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	kl 08.00
Mellanmål	kl. 10.30
Lunch	kl. 12.30
Mellanmål	kl. 14.30
Middag	kl. 16.30
Kvällsmål	kl. 19.00
Övriga tider	När behov finns och efter önskemål

### Kommentar

Tidsintervallet kan bli för långt mellan sista kvällsmålet och nästkommande dags morgon om den enskilde t ex sover på kvällen. Rutiner för detta bör utvecklas. De boende har svårt att själva välja mellan flera maträtter. Boende eller närstående tillfrågas i samband med inflyttning vilka maträtter den enskilde äter.

## 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**

Samarbete sker med Svenska kyrkan 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**

### 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**

Lägenheterna har egen städutrustning.

## 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 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

Verksamheten följer delegeringsrutinerna i stort, men viss utveckling kvarstår. Rutiner för nutritionsutredning finns men efterlevs inte.

## Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

### Kommentar

Verksamheten känner inte till om det finns ett ledningssystem dock finns ett förslag framtaget som ännu inte är förankrat i verksamheten.

## 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 Lex Maria anmälan avseende smittspridning.

### 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

Dokumentationen är inte fullständig. Det saknas även vårdplaner och riskbedömningar. Norton bedömningar görs ibland.

## 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

Enheten har svarat att rehabbedömning inklusive ADL görs vid inflyttning vilket inte stämmer vid granskning av journaler t ex att gånghjälpmedel lämnas ut på uppdrag av kontaktperson utan att paramedicinsk personal gjort en bedömning.

## 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 föreskrivningsrätt.

**Kommentar**

Vid kontroll i journaler framkommer att hjälpmedel lämnas ut utan att bedömning gjorts av paramedicinsk personal.

**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**

Det finns inte tillgång till handskar förkläden och sprit enligt basalahygienrutiner i alla utrymmen t.ex sköljrum tvättstuga. I ett litet utrymme som används till omklädningsrum för timanställda hänger det rena och orena arbetskläder tillsammans med privata kläder.

**Läkemedel**

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

**Kommentar****Begränsningsåtgärder**

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

Om begränsningsåtgärder förekommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:  
Larm ordineras av sjuksköterska, grindar ordineras av sjukgymnast. Bälte ordineras av läkare i samråd med paramedicinare.

**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**