

## Sjöberga gård-verksamhetsuppföljning 2010



Namn på vård- och omsorgsboende (*går inte att redigera*):  
Sjöberga Gård

Inriktning (*går inte att redigera*):  
Profilboende

Uppföljande stadsdelsförvaltning (*går inte att redigera*):  
Hässelby-Vällingby

Avtalspart/Nämnd:

Sjöberga Gård AB

Verksamhetschef:

Bitte Myrsell

Hemsida:

[www.stockholm.se/hasselby-vallingby](http://www.stockholm.se/hasselby-vallingby)

Adress:

Berghamsvägen 65-67, 165 71 Hässelby

Telefon:

08-739 15 50

Verksamhetens regiform:

- Kommunal regi
- Privat regi
- Entreprenad

Tillstånd från länsstyrelsen/Socialstyrelsen (gäller enbart privat verksamhet):

- Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden  
 Tillståndet överensstämmer inte med faktiska förhållanden

Antal boende totalt:

12

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	6
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	2
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	1

---

*Uppföljningens genomförande:*

---

Uppföljningen utförd av:

Biträdande avdelningschef Ingrid Lindeborg och utvecklingssekreterare Elisabeth Landström.

Datum för uppföljningen:

2010-10-06

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Bitte Myrseil samt MAS och PAS Catarina Gardell.

Metod för uppföljningen:

Intervju, kontroll av dokumentation, samtal med omvårdnadspersonal samt observationer i boendets lokaler.

---

### Sammanfattande bedömning:

---

#### Avvikelser

Inga avvikelser finns  Avvikelser finns

#### Följande avvikelser finns:

Rutiner och information om klagomålshantering saknas. Klagomålen upptas muntligt när de uppstår. Verksamheten bör arbeta mera aktivt för att informera om möjligheten att lämna synpunkter/klagomål samt sammanställa dessa för fortsatt utvecklingsarbete. Verksamheten har "väl inarbetade rutiner" men bör arbeta för att även utveckla skriftliga rutiner. Individuella aktivitetsplaner för de boende saknas. Individuella vårdplaner för skyddsåtgärder bör upprättas samt omprövas skriftlig med jämna mellanrum. Skriftliga rutiner för egenkontroll av livsmedelshygien bör förtydligas samt säkerställas. Individuella planer för personalens kompetensutveckling saknas. Kontaktpersonen har inte det huvudsakliga ansvaret för de insatser som rör den boendes person. Skriftliga rutiner för vård i livets slutskede saknas. Verksamheten bör arbeta för att ta fram dessa. Kylskåp med läkemedel är oläst, vilket måste åtgärdas.

#### Avvikelserna skall vara åtgärdade senast:

2011-10-31

#### Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten bedrivs i hemlik miljö i en stor villa som är belägen i naturskönt område vid Mälaren. En del rum har sjöutsikt. Totalt antal boende är 12 personer över och under 65 år. fem boende per våningsplan samt två boende som sover på eget vångningsplan längst ner i huset. Hiss finns. Verksamheten är rökfri. Sällskapshund finns. Maten är hemlagad och personalen intar måltid tillsammans med de boende. Utevistelse sker som regel två gånger per dag. Större aktiviteter som biobesök, operaföreställningar etc. förekommer.

---

### Ekonomi och Administration:

---

- Rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- Rutin finns för rapportering av förändrat behov
- Avvikelserapporteringen är tillfredsställande
- Fakturorna avser rätt period
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

#### Eventuella kommentarer om ekonomi och administration:

---

### Ledning och personal:

---

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 uppföljd inriktning:

25

Totalt antal anställda på uppföljd inriktning omräknat till helårsanställningar (*anges med 2 decimaler*):

16,69

Personalens anställningsform:

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

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Under 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonalen under det senaste året:

- 0 %
- 1-5 %
- 6-10 %
- 11-15 %
- 16-20 %
- 21 % eller mer

Personal:

- 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

Personalen bär identifikation synlig för brukaren med:

- Dennes (personalens) namn
- Utförarens namn

### Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Av totalt 25 anställda är 14 st utbildade undersköterskor, 9 stycken vårdbiträden och två stycken saknar adekvat utbildning. All personal har deltagit i lokal utbildning inom demensvård specifikt framtagen för profilboendets inriktning. Ingen av de anställda bär namnskyld.

### Boendemiljö:

- Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel
- Tillgång till TV finns

### De boende erbjuds bostad med:

- Egen toalett
- Egen dusch
- Egen kokmöjlighet

### Eventuella kommentarer avseende boendemiljön:

Boendemiljön är hemlik och rummen är stora och trevliga. Rummen saknar dock trinetter med möjlighet att tillreda egen måltid. Ett gemensamt utrymme på nedervåningen tillhandahåller dock litet kök med matplats där boende med anhöriga kan laga mat och äta.

### Ledningssystem SOSFS 2006:11 (SoL)

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11
- Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11 pågår

### Eventuell kommentar angående ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11:

Verksamheten bör arbeta för att hanteringen av klagomål och synpunkter blir mer systematiskt och att alla synpunkter dokumenteras samt påvisa hur de åtgärdats. Verksamheten åtar sig att ha informationsträffar med anhöriga en gång per kvartal. Verksamheten bör då inbjuda till ett öppet klimat för synpunkter om verksamheten för att utveckla kvaliteten.

### Inflyttning:

- De boende får vid inflyttningen muntlig information
- De boende får vid inflyttningen skriftlig information

### Eventuell kommentar om muntlig och/eller skriftlig information vid inflyttning:

### Kontaktmannaskap:

- Det finns en kontaktman för varje boende
- Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman
- Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för den enskilde, dvs. minimerar antalet personal hos den enskilde och håller överenskomna tider

#### Eventuell kommentar om kontaktmannaskap:

De två gruppledarna på verksamheten är kontaktpersoner åt alla boende och har det övergripande ansvaret om de boende. Den kontaktmannamodellen verksamheten valt begränsar möjligheten för de boende att byta kontaktman. All personalen turas om att arbeta på de olika våningsplanen vilket minskar kontinuiteten.

### Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen samt brukarinflytande:

- Beställning finns
- Av beställningen framgår aktuell situation och insatsens syfte
- Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Genomförandeplaner finns för alla boende

#### De genomförandeplaner som finns innehåller:

- Kontaktmannens namn
- Ett veckoschema där insatsernas utformning och genomförande beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
- Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
- Ansvarig arbetsledare
- Underskrift av kontaktman
- Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud
- Den enskilde och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

#### Anhörig/Förtroenderåd:

- Anhörigråd finns
- Förtroenderåd finns

#### Eventuell kommentar om dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen och brukarinflytande:

Genomförandeplanerna skrivs av gruppledare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. I genomförandeplanen framgår inte om brukaren varit delaktig vid upprättandet av den. I genomförandeplanen framgår inte heller brukarens intressen och önskemål på aktiviteter. Anhörigråd/förtroenderåd finns inte. Ledningen upplever att många anhöriga inte är intresserade.

### Synpunkts- och klagomålshantering:

- 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
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa
- Årliga brukarundersökningar genomförs

#### Eventuell kommentar på synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering:

Rutiner och information om klagomålshantering saknas. Klagomålen upptas muntligt när de uppstår. Verksamheten bör arbeta mera aktivt för att informera om möjligheten att lämna synpunkter/klagomål samt sammanställa dessa för fortsatt utvecklingsarbete. De boende med anhöriga får muntlig information om klagomålshantering vid inflytt. Skriftlig redogörelse för synpunkter och klagomål saknas. Ingen egen brukarundersökning är gjord sedan 2007.

---

### Lex Sarah enligt 14 kap 2§ SoL (SOSFS 2008:10):

---

- Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah
- Rutiner finns för att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah
- Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Sarah anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Sarah:

---

### 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 Livsmedelverkets rekommendationer
- De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet
- Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor
- Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning:

0 %  1-30 %  31-50 %  51-65 %  66-75 %  76-85 %  86-100 %

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

0 %  1-30 %  31-50 %  51-65 %  66-75 %  76-85 %  86-100 %

Eventuell kommentar angående kost:

En personal är kost och livsmedelsansvarig.

---

*Aktivering och ledsagare:*

---

- 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
- Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc

#### Eventuell kommentar angående aktivering:

De boende erbjuds utevistelse. Dock saknas individuella aktivitetsplaner. Enligt personalen kan flera av de boende själva gå ut. Aktiviteter som biobesök, operabesök, besök i kyrkan, levande musik och högläsning etc. förekommer. Boendet har en årlig sommarfest ute i trädgården.

---

#### Hantering av egna medel och nycklar:

- Rutiner finns för hantering av egna medel
- Rutiner finns för hantering av nycklar

#### Eventuell kommentar angående hantering av egna medel och nycklar:

De boende har inga nycklar då de enligt ledningen inte klarar att hantera det. Ingen hantering av egna medel förekommer. De boende/anhöriga faktureras vid behov.

---

#### 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
- Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- Vid behov utförs mindre lagningar av kläder
- Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

#### Eventuell kommentar angående städning och tvätt:

---

#### Hälso- och sjukvård:

- Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §
- 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 för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas
- Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet
- Rutiner finns för 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



Eventuell kommentar till Hälso- och sjukvård:

---

*Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12 (HSL)*

---

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12
- Arbete pågår med ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12

Eventuell kommentar till ledningssystem:

---

*Lex Maria (SOSFS 2005:28):*

---

- Rutiner finns för anmälan enligt Lex Maria
- Rutiner finns för att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria
- Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Maria anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Maria:

---

*Dokumentation av hälso- och sjukvård:*

---

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

Eventuell kommentar till dokumentation av hälso- och sjukvård:

Boendet har ett nytt journalsystem där allt är uppdaterat.

---

### Rehabilitering:

---

- För nyinflyttade görs en funktionsbedömning och ADL-bedömning av sjukgymnast respektive 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

#### Eventuell kommentar till rehabilitering:

ADL- bedömningar görs på sjukhuset och inte regelmässigt på boendet. Verksamheten köper insatser från sjukgymnast och arbetsterapeut av Team Aktiv.

---

### Medicintekniska produkter:

---

- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

#### Eventuell kommentar till medicintekniska produkter:

---

### Hygien:

---

- 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 även i övriga delar

#### Eventuell kommentar till hygien:

Personalen ska gå utbildning i socialstyrelsens nationella handlingsplan för handhygien.

---

### Läkemedel:

---

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

#### Eventuell kommentar till läkemedel:

Ytterdörren till läkemedelsrummet / dokumentationsrummet är låst. Läkemedelsskåpet har lås dock saknas lås på kylskåpet där medicin förvaras.

---

### *Begränsningsåtgärder:*

---

- Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder
- Begränsningsåtgärder förekommer inte vid uppföljningstillfället

#### Eventuell kommentar angående begränsningsåtgärder:

Verksamheten har inga rutiner för begränsningsåtgärder men verksamheten jobbar med att ta fram arbetsätt/rutiner utifrån socialstyrelsens direktiv.

---

### *Vård i livets slutskede:*

---

- Rutiner finns för vård i livets slutskede
- Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den enskildes önskemål och stöd till närstående

#### Eventuell kommentar angående vård i livets slutskede:

Skriftliga rutiner för vård i livets slutskede saknas. Verksamheten bör arbeta för att ta fram dessa.