



Dnr 2008-380-104

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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Linnégårdens vård- och omsorgsboende
Ägare/Entreprenör:	Attendo Care AB
Inriktning:	45 platser för demensboende, 15 platser för psykiatriskt boende, 26 platser för somatiskt boende
Tillstånd från länsstyrelsen:	(Behövs inte för entreprenörer)
Adress:	Linnégatan 61, 114 58 Stockholm
Verksamhetschef/enhetschef:	Enhetschef: Christina von Segebaden Biträdande enhetschef: Jennifer Johanson
Telefon:	08-508 10 501
Hemsida:	www.attendo.se
Antal boende totalt:	86
Varav antal boende från staden:	86
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Södermalm (2), Liljeholmen (1), Farsta (1)
Uppföljningen utförd av:	Lili Briese, MAS och Hanna Runling, adm. sekr.
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Christina von Segebaden, Jennifer Johanson och Dorotea Stellmach
Datum för uppföljningen:	2008-02-21, 2008-04-03, 2008-04-04, 2008-04-10, 2008-04-28

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Linnégårdens vård- och omsorgsboende är en väl fungerande verksamhet med en lugn och trivsamt stämning. Personalen är trevlig och välkomnande. De boende erbjuds olika aktiviteter och samvaro. Det pågår ett utvecklingsarbete avseende den sociala dokumentationen. Verksamheten har satsat på utbildning för all personal inom demensvård vilket är positivt. Verksamheten rapporterar regelbundet fallolyckor och kvalitetsgruppen arbetar föredömligt med åtgärder och prevention av fallolyckorna. Det finns förbättringsområden enligt nedan.

Inga avvikelser finns.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast till nästa uppföljningstillfälle:

1. Den sociala dokumentationen behöver vidareutvecklas avseende när/av vem insatserna ska utföras, information om brukarens delaktighet och datum för upprättande och uppföljning av genomförandeplanen.
2. En systematisk redovisning av inkomna klagomål ska upprättas.
3. Dokumentationen om hälso- och sjukvård ska förbättras (se under berörd rubrik) och sjuksköterskorna ska identifiera riskpatienter för fallolyckor, malnutrition och trycksår och använda de bedömningsinstrument som finns i MAS lokala riktlinjer. Bedömningar ska göras på alla vårdtagare vid inflyttning och vid behov. På riskpatienter ska vårdplaner upprättas med diagnos, mål, åtgärder och uppföljning.
4. Längd och vikt ska dokumenteras på samma sätt på alla 6 planer.
5. Dosrecept ska användas som ordinationshandling när vårdtagaren har ApoDos och det ska vara lika på alla 6 planer. MAS lokala riktlinjer för läkemedelshantering ska följas.
6. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten ska uppdatera sina funktions- och ADL status vid behov.

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:

Dialog mellan entreprenör och Östermalms stadsdelsförvaltning. Besök på verksamhetens enheter varav ett oanmält besök. Granskning av lokala rutiner och dokumentationen enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

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: 85,7 (årsarbetare)

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 86 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	23	23	23	5
Sjuksköterska	3-4	1	1	1

- 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

Ca 85 % av personalen med fast anställning har adekvat utbildning.

Verksamheten bedömer att ca 20 % ej fullt ut behärskar svenska språket i skrift.

Det finns en vikariepool med ca 30-40 omv.personal.

När det gäller kompetensutveckling har verksamheten satsat på utbildning inom demens och kost.

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

Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

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

Rutinen setts över för att förtydliga ansvaret när kontaktpersonen inte är i tjänst

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

Det pågår ett utvecklingsarbete när det gäller dokumentationen. Verksamheten är i ett övergångsskede till att dokumentera i systemet ParaSoL.

Ca 20 % av ärendena har granskats. I flera ärenden finns genomförandeplan och

levnadsberättelse med uppgift om vilka insatser som ska utföras, delmål, bakgrund, sociala förhållanden, kontaktnät, intressen. Det varierar dock mellan planen. I flertalet ärenden saknas en tydlig beskrivning av när/av vem insatserna ska utföras, information om brukarens delaktighet och datum för upprättande och uppföljning av genomförandeplanen.

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

Få klagomål har inkommit. I dagsläget förs ingen systematisk redovisning av inkomna klagomål.

Egenuppföljning

- Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

Kommentar

Genomförs regelbundet av Attendo Cares kvalitetsavdelning.

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	08.00-09-30
Mellanmål	Enligt önskemål
Lunch	12.00-13.00
Mellanmål	14.00-15.00
Middag	17.00
Kvällsmål	18.30-19.00
Övriga tider	Finns alltid tillgängligt

Kommentar

Ca hälften av personalen har genomgått utbildning inom kostområdet.
SFAB är ny kostleverantör fr.om. oktober -07. Maten levereras nu enligt ett kallmatssystem.
Personalen värmer maten på plats, kokar potatis eller ris och finfördelar maten vid behov.

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

Det finns två aktivitetsansvariga i verksamheten samt aktivitetsombud på varje avdelning.

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

Buffertförråd med linne.

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

Sjuksköterskorna ska använda bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) på alla vårdtagare, identifiera riskpatienter för malnutrition och vid behov upprätta vårdplaner med diagnos, mål, åtgärder och uppföljning av patientens/boendes näringsintag.

Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

Kommentar

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:

Ingen anmälan har gjorts.

Kommentar

Verksamheten arbetar med avvikelshantering och fallrapportering i kvalitetsråd/grupp som sammanträder 1 gång per månad. Kvalitetsgruppen består av kvalitetssamordnaren som är en undersköterska från ett av planen, kvalitetsombud från alla sex planen, tjänstgörande sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, verksamhetschef och dennes biträdande. MAS får en gång per månad kopia på fallolyckor och avvikelser. Kvalitetsgruppen arbetar föredömligt med åtgärder och prevention av fallolyckorna. Sjuksköterskorna behöver förbättra sin rapportering av avvikelser inom läkemedelshanteringen.

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

MAS har granskat 10% (9 st) slumpvist valda journaler av 86. Alla journaler innehöll regelbundna anteckningar på rapportbladet och i flertalet fanns uppföljningar av omvårdnadsåtgärder. Under sommarmånaderna -07 var det glest med anteckningar.

I endast en journal fanns riskbedömningar för fallolyckor och trycksår men ingen för malnutrition. En journal innehöll inga riskbedömningar. Övriga journaler hade antingen riskbedömningar för fallolyckor eller trycksår. Det ska göras riskbedömningar på alla boende för fallolyckor, malnutrition och trycksår när de flyttar in och vid förändringar i hälsotillståndet. Sjuksköterskorna ska följa MAS lokala riktlinjer och använda de bedömningsinstrument som Stadens MASar kommit överens om. Det är viktigt att uppdatera status vid behov, upprätta vårdplaner och följa upp dem. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten ska uppdatera funktionsstatus och ADL vid behov och medverka i riskbedömningarna enligt ovan. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska övergå till datajournal och programmet VODOK är på väg att starta upp före sommaren 2008.

Vid MAS granskning framkom att längd och vikt dokumenteras olika, några i journalen och andra på specifik lista i läkemedelspärmarna. Verksamheten måste göra lika på alla plan.

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

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten ska uppdatera sina funktions- respektive ADL status vid behov. Om det inte föreligger något behov ska det dokumenteras.

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

Attendo Care har avtal med Sodexo angående medicintekniska produkter. Två sjuksköterskor har föreskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Det kan vara svårt för de två sjuksköterskorna att hinna med utredning och föreskrivning av inkontinenshjälpmedel för alla behövande vårdtagare. MAS har framfört det till verksamhetschefen som ska diskutera med aktuella sjuksköterskor.

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

Verksamheten ska teckna avtal med Vårdhygien inom kort.

Läkemedel

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

Kommentar

Den externa årliga kvalitetsgranskningen har ännu inte utförts.

Senaste externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen gjordes 19/4-07 av leg receptarie Kristina Ohlsson, Apoteket AB och det framkom att Linnégården i stort hade en god läkemedelshantering.

Vid MAS granskning av ordinationshandlingar med vårddagarnas läkemedel framkom att några plan använder Dosreceptet (vid ApoDos) som ordinationshandling men inte alla. MAS har framfört att alla plan måste göra lika för säkerhetens skull och MAS lokala riktlinjer ska följas.

Det framkom vid MAS granskning av läkemedelslistorna (ordinationshandlingarna) att maxdos per dygn och indikation saknades vid flertalet av vid behovs ordinationer. Sjuksköterskorna ska framföra till läkaren att vid behovs ordinationer av läkemedel också ska innehålla maxdos per dygn samt indikation.

Begränsningsåtgärder

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

Om begränsningsåtgärder förkommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av: Positioneringsbälte och grensele har beslutats av läkare. Brickbord har beslutats av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har beslutat om grindar. Individuella larm (t ex sänglarm, larmmatta) har beslutats av verksamhetschefen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och sjukgymnasten.

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