



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

Inriktning (*går inte att redigera*):
Gruppboende

Uppföljande stadsdelsförvaltning (*går inte att redigera*):
Östermalm

Avtalspart/Nämnd:

Opalen Vård AB

Verksamhetschef:

Ann Johans

Hemsida:

www.carema.se

Adress:

Prästgårdsgatan 36, 172 32 Sundbyberg

Telefon:

08-445 10 16

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:

18

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	3
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	2
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	2
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	2
Älvsjö	1
Östermalm	1

Uppföljningens genomförande:

Uppföljningen utförd av:

Lili Briese, MAS Hanna Markkula, administrativ sekreterare

Datum för uppföljningen:

2010-11-18

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Ann Johans Sjuksköterskan Du?ngporn Srijanthavong Gruppchef Linda Werlander

Metod för uppföljningen:

Intervju med verksamhetschef, sjuksköterska och gruppchef samt slumpvist utvald omsorgspersonal. Granskning av rutiner och

social- och hälso- och sjukvårdsdokumentation samt rundvandring på enheten.

Sammanfattande bedömning:

Avvikelser

Inga avvikelser finns Avvikelser finns

Följande avvikelser finns:

1. Det ska finnas riskbedömningar för fallolyckor och undernäring på alla boende. 2. Ledningen ska snarast säkerställa att det finns tillräckligt med ordinarie sjuksköterskor i verksamheten förutom kvälls- natt- och helgsjuksköterskor. 3. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har inte genomförts på flera år vilket bör göras snarast. 4. Fortsatt utveckling av den sociala dokumentationen främst med fokus på uppföljning och angivande av delmål samt kring den enskildes/företrädarens delaktighet. 5. Fortsatt direkt utbildning av omvårdnadspersonal i kost/nutrition för äldre och livsmedelshygien.

Avvikelserna skall vara åtgärdade senast:

Punkt 1, 4 och 5 följs upp vid nästa uppföljning. Punkt 2 bör vara klart 1 mars 2011. Punkt 3 bör vara klart 1 mars 2011.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Grönskogens gruppboende för demenssjuka personer ligger i ett lugnt område i centrala Sundbyberg. Det finns fyra våningsplan, totalt 35 lägenheter. Verksamheten drivs av Opalen vård AB som ingår i Carema Care AB. Personalen bemöter de boende på ett trevligt och respektfullt sätt. Aktiviteter erbjuds varje dag. Det har bedrivits ett utvecklingsarbete kring den sociala dokumentationen. Den medicinska dokumentationen behöver förbättras. Riskbedömningar för fallolyckor och undernäring ska finnas på alla boende. En översyn av antalet årsarbetande omvårdnadsansvariga sjuksköterskor bör göras snarast för att säkra kontinuiteten och dokumentationen.

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:

Lång tid att kreditera felaktig faktura.

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:

15

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

15

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:

En omvårdnadspersonal har slutat. Några i personalen har svårigheter att dokumentera i svenska språket. Sedan föregående uppföljning har distriktssköterskan slutat och en ny sjuksköterska enligt ovan är anställd på heltid sedan april 2010. Det ska finnas

ytterligare 50% sjuksköterska men verksamhetschefen menar att det varit svårt att hitta en lämplig sådan utan använder timanställd sjuksköterska vid behov under rekryteringstiden. Vid förra uppföljningen saknades också 50% ordinarie sjuksköterska som också ersattes med vikarie.

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:

Under början av 2011 kommer de allmänna utrymmerna att renoveras.

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 använder Caremas ledningssystem Qualimax och arbetar enligt konceptet "Den goda dagen". Lokala rutiner upprättas vid behov. Kvalitetsråd 1 gång per månad.

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:

Extra personal tas in när en ny boende flyttar in.

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:

En kontaktperson ska ha ansvar för max två boende.

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:

Dokumentationen sker i SafeDoc och dokumentationsstödjare finns i verksamheten. De flesta av de granskade akterna har genomförandeplaner som är aktuella och i någon del nyligen uppdaterade. Dock saknas oftast delmål/uppföljning och angivet hur den enskilde deltagit i planeringen. Dokumentationen sker digitalt och underskrifter finns ej. Journalanteckningar är löpande där deltagande i aktiviteter och "egen tid" finns angivet. Anhörigmöten genomförs två gånger per år, det har hittills inte funnits intresse för förträenderåd.

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:

Medarbetar- och brukarundersökningar genomförs.

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:

Kostråd finns. Matleverantör är Tibble Kök och Käk. Kostombud, hygienombud och några personal till har gått utbildning inom kost/nutrition och livsmedelshygien. Dessa undervisar övrig personal.

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:

En aktivitetssamordnare finns och aktivitetsråd genomförs. De boende erbjuds "egen tid" med kontaktperson och aktiviteter varje dag. Deltagande i aktiviteter skrivs in i den sociala journalen. Samarbete finns bl.a. med kyrkan och Ung Omsorg.

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:

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:

Verksamhetschefen är sjuksköterska i botten. MAS ansvaret har Christina Lindberg som arbetar centralt i Carema AB. Läkarsatsarna ansvaras av Örby gerokonsult AB hela dygnet. De ordinarie sjuksköterskorna ska tjänstgöra på kontorstider. Mellan kl 16-23 alla dagar arbetar Caremas egen kvällspatrull av sjuksköterskor. Mellan kl 23-08 är dessa sjuksköterskor i beredskap. På helgerna dagtid från kl 8-16 finns helgsjuksköterska på plats. Uppföljande MAS menar att ledningen måste intensifiera rekryteringen av 50% sjuksköterska så att kontinuiteten säkras. Det har varit en omsättning av de ordinarie sjuksköterskorna de senaste åren vilket märks bland annat i dokumentationen. Dentomed ansvarar för den årliga munhälso-bedömningen.

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:

Carema har ett omfattande och övergripande kvalitetssystem, Qualimax. Grönskogens verksamhet har lokala rutiner utifrån Qualimax. Verksamheten har ett kvalitetsråd där chefen är sammankallande 1 gång per månad. I rådet sitter chefen, en sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och en omsorgspersonal från varje plan. Alla sorters avvikelser och tillbud behandlas i rådet.

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:

Journaler förs på dataprogrammet SafeDoc, som innehåller både HSL och SOL dokumentation. Omsorgspersonalen har läsbehörighet till HSL journalen och verksamhetschefen kan läsa både HSL och SOL. Alla boende är inte riskbedömda för fallolyckor eller malnutrition enligt specifikt bedömningsinstrument vilket sannolikt beror på den omsättning av ordinarie sjuksköterska som varit de senaste åren. Men de boende vägs minst 1 gång per månad och utifrån resultatet vidtas åtgärder. Aktuell ordinarie sjuksköterska framstår som mycket engagerad och ambitiös och uppföljande MAS hoppas berörd sjuksköterska kommer att stanna och fullfölja riskbedömningarna.

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:

Det finns sjukgymnast och arbetsterapeut 8 timmar vardera per vecka samt vid behov. De går alltid att nås på kontorstider. När rehabpersonalen är på plats har de möten med omsorgspersonalen på varje plan.

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:

Den nyanställda sjuksköterskan har inte förskrivningsrätt för inkontinensskydd men ledningen planerar för att sjuksköterskan ska gå denna utbildning 2011.

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:

Verksamheten har avtal med Vårdhygien.

Läkemedel:

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

Eventuell kommentar till läkemedel:

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd men någon kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har inte gjorts på flera år vilket uppföljande MAS har påpekat tidigare. MAS menar att det bör göras snarast.

Begränsningsåtgärder:

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

Eventuell kommentar angående begränsningsåtgärder:

Vid uppföljningen hade av 35 personer: 1 person grensele 3 personer rörelselarm.

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: