



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

**Namn på servicehus (går inte att redigera):**  
Rio

**Entreprenör/Nämnd:**

Östermalms stadsdelsförvaltning

**Verksamhetschef:**

Linnea Gustafsson

**Hemsida:**

www.stockholm.se

**Adress:**

Sandhamnsgatan 6 115 40 Stockholm

**Telefon:**

08-508 42 250

**Verksamhetens regiform:**

- Kommunal regi
- Entreprenad

**Antal boende totalt:**

44

**Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:**

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	0
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	3
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	0
Norrmalm	4
Rinkeby-Kista	0
Skarpnäck	0
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	0
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	34

---

### **Uppföljningens genomförande:**

---

#### **Uppföljningen utförd av:**

Kerstin Kullberg, administrativ sekreterare och Nina Wiklund, utvecklingsledare

#### **Datum för uppföljningen:**

2010-11-30 och 2010-12-06

#### **Vid uppföljningen medverkade från utföraren:**

Linnea Gustafsson verksamhetschef, Gerd God-Nilsson biträdande verksamhetschef, Siv Löfmark sjuksköterska, Mojgan Ommati sjuksköterska, Helen Ahlin arbetsterapeut.

#### **Metod för uppföljningen:**

Intervju med verksamhetschef, sjuksköterskor och arbetsterapeut. Kontakt via e-post med sjukgymnast.

---

### **Sammanfattande bedömning:**

---

#### **Avvikelser**

Inga avvikelser finns  Avvikelser finns

**Följande avvikelser finns:**

**Avvikelserna skall vara åtgärdade senast:**

**Samlad bedömning av uppföljningen:**

Rio servicehus är sammanbundet med Rio vård- och omsorgsboende med gemensamma lokaler på entréplanet där det finns fotvård, hårfrisör, bibliotek, restaurang och en konferenslokal. I entrén finns också Träffpunkten, den gemensamma samlingslokalen med dagliga aktiviteter som ger stort mervärde för många boende. Högst upp i huset finns en takterass. De boende på servicehuset har tillgång till sjuksköterska dygnet runt. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns på plats vardagar. Servicehusets sjuksköterskors ansvar inkluderar också en gruppboendestad för personer med psykiska sjukdomar. Rio servicehus läggs ner den 31 december 2010 då servicehusets lokaler övergår till att bli ett trygghetsboende.

**Ekonomi och Administration:**

- Rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- Rutin finns för rapportering av förändrat behov
- Avvikelse rapporteringen 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.

**Service/omvårdnadspersonal (ej HSL personal):**

**Totalt antal anställda personer på enheten:**

38

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

37

**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)
- Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Under 50 % 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:**

Personalen har under året genomgått utbildning i ParaSoL, lyftteknik, läkemedelshantering m.m.

---

**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:**

**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:**

Sedan januari 2010 har det varit inflyttningsstopp på Rio servicehus med anledning av den kommande omvandlingen till trygghetsboende vid årsskiftet.

**Kontaktmannaskap:**

- Det finns en kontaktman för varje brukare  
 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:**

Stockholms stad har köpt in ett dataprogram som heter Schemas, vilket använts på Rio servicehus. Schemas är ett program som ska användas för att planera scheman för personalen. Ledningen på Rio servicehus har haft svårigheter att använda detta system på ett sätt som främjar kontinuiteten. Flera klagomål har inkommit under året vad gäller kontinuitet bland personalen. Personalen själva har inte varit nöjda med Schemas. Cheferna anser att de inte haft möjlighet att använda systemet på ett konstruktivt sätt. De uppger vid uppföljningstillfället att de hade velat haft mer stöd och bättre utbildning för att kunna använda Schemas så som det var tänkt.

**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 brukare

**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

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

Det saknas två genomförandeplaner på Rio servicehus.

**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:**

Brucarundersökning har ej genomförts på Rio servicehus det senaste året.

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

- Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah
- Rutiner finns för att beställande 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:**

3

**Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange avseende vad:**

Av Lex Sarah-anmälningarna som gjorts har två stycken avsett stölder hos de boende på servicehuset. En Lex Sarah-anmälan avser brister i omsorgen. En boende larmade via sitt trygghetslarm. Personalen svarade på larmet men gömde bort att omedelbart ta kontakt med denne. Inget allvarligt inträffade och den boende kom inte till fysisk skada. Rutinerna vad gäller trygghetslarmen och hur man svarar på larm skärptes efter den inträffade incidenten.

**Eventuell kommentar angående Lex Sarah:**

**Kost**

- Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi
- 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:**

Något egenkontrollprogram har inte använts, men sjuksköterskorna har räknat ut BMI (Body Mass Index) för samtliga boende.

**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:**

I de fall den boende har varit beviljad promenad och/eller utevistelse har detta erbjudits i enlighet med beställningen.

**Larm:**

- Åtgärdskedja för uttryckning på larm finns

**Eventuell kommentar till larm:**

Rutinen för åtgärdskedjan har under året skärps med anledning av en inträffad incident på servicehuset.

**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:**

## 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:

Mellan kl 17:00-20:00 finns beredskapssjuksköterska från bemanningsföretag Dedicare AB. Övrig tid egen sjuksköterska på plats. Kontinuitet vad gäller HSL personal - 3 ordinarie sjuksköterskor och 3 återkommande vikarier, arbetsterapeut och sjukgymnast. Informationsöverföring mellan arbetspass för HSL- personal säkrad genom muntlig samt skriftlig rapportering via specifik pärm. En ordinarie sjuksköterska även ansvarig för gruppbostad för psykiskt sjuka personer belägen i samma huskomplex som servicehuset. HSL personal delar expedition vilket underlättar kommunikation och samarbete mellan yrkesgrupper. Tvärprofessionella teamträffar - sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman - vid behov för identifiering av behov och önskemål hos enskilda boende. Vid behov upprättas planer för åtgärder inklusive datum för uppföljning.

## 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 beställande 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:

1

### Om Lex Maria anmälan gjorts, ange avseende vad:

En svårt sjuk kvinna född 1937 som begått självmord i början av september 2010.

### 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:**

---

### **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:**

Arbetsterapeuten har genomfört ADL status enligt Sunnås på nyinflyttade och boende som kommit tillbaka efter sjukhusvistelse samt boende vars tillstånd förändrats vilket påverkat aktivitetsutförandet. Samtliga boende har erbjudits en ADL-bedömning. Rehabpersonalen och sjuksköterskorna samverkar vid riskbedömningarna för fallolyckor samt upprättar vid behov planer med åtgärder och datum för uppföljning. Fallriskbedömning har genomförts för 92,5% av de boende, 5% tackat nej, ytterligare 1 boende erbjuds bedömning december 2010. Fallrisk enligt Downton har konstaterats hos 77,5% av de boende. Kontaktpersonerna involveras i detta arbete genom teamträffarna.

---

### **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:**

Rehabpersonalen har genomfört en omfattande genomgång av alla medicintekniska produkter inom sitt ansvarsområde angående struktur, inspektionsschema, skötsel mm. Lokala rutiner för hjälpmedelshandling finns. Verksamhetens 3 sjuksköterskor har förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

---

### **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:**

Uppföljningsutbildning för basala hygienrutiner har ej skett under 2010. Däremot har genomgång av dessa rutiner skett vid ATP samt vikten av följsamhet.Handledning av sjuksköterskor kring basala hygienrutiner för enskilda boende.

**Läkemedel:**

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

**Eventuell kommentar till läkemedel:**

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandtering kommer att ske under 2010.

**Begränsningsåtgärder:**

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

**Eventuell kommentar angående begränsningsåtgärder:**

Följande ordinerade begränsningsåtgärder utifrån den enskilde förekommer: grenselar = nej, sänggrindar = 1 person, sänglarm = nej, golvlarm = nej, dörrlarm = 1 person.

**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:**