



ÖSTERMALMS STADSDELSFÖRVALTNING

ÄLDREOMSORGEN

TJÄNSTEUTLÅTANDE
DNR.2011-141-1.2.1.
SID 1 (11)
2011-05-11

Handläggare:
Kärstin Trotzig, utvecklingsledare,
Lili Briese, MAS
Linnéa Svanström Leistedt, MAR

Till
Östermalms stadsdelsnämnds
sammanträde 2011-05-19

Kvalitets- och avtalsuppföljning av Kampementets vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Förvaltningens kvalitets- och avtalsuppföljning av Kampementets vård- och omsorgsboende godkänns.

Göran Månsson
stadsdelsdirektör

Marianne Snell
avdelningschef

Sammanfattning

De flesta boende känner sig trygga på Kampementets vård- och omsorgsboende och tycker att maten smakar bra. En hög andel av personalen har genomgått Demens ABC som är en webbaserad utbildning. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna ansvarar för arbetet med att förebygga och minska risken för undernäring och trycksår hos de boende och att tillsammans med arbetsterapeut och sjukgymnast förebygga och minska risken för fallolyckor. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmågan samt tillgodose behov av förflyttnings- och ADL-hjälpmiddel. Dokumentation av hälso- och sjukvård har utvecklats sedan förra uppföljningen med många strukturerade planer om problem och risker vilket underlättar och säkrar omvårdnadsarbetet. Dock finns det brister i dokumentationen av de boendes näringstillstånd. Riskbedömningar för trycksår och fallolyckor är tillfredsställande i antal. Det tvärprofessionella teamarbetet kring de boende har utvecklats sedan föregående uppföljning och arbetet med att minska antalet avvikelser i läkemedelshanteringen har säkrats.

Förvaltningens bedömning är att de boende får en god vård och omsorg. Utveckling/förbättring krävs dock på en rad områden för att motsvara de krav och åtaganden som utlovats. Förbättringsområden är bland annat inom områdena utbildning i palliativ vård, aktiviteter, sjuksköterskebemanning och riskbedömningar av de boendes nutrition.

Bakgrund

Stadsdelsnämnden lade i december 2007 driften av vård- och omsorgsboendet på entreprenad. Utförare är Attendo Care. Boendet är beläget på Kampementsgatan 2 på Gärdet i ett modernt hus som är anpassat för äldres behov. Det är ett boende för personer i behov av vård och omsorg dygnet runt med totalt 96 lägenheter, 48 med inriktning somatisk vård och 48 demensvård. Lägenheterna är fördelade på sex våningsplan med 16 bo-

ende per plan uppdelade i 2 boendeenheter med 8 boende per boendeenhet, sammanlagt 12 boendeenheter. Omsorgspersonal och sjuksköterska är på plats dygnet runt och läkare kan alltid nås per telefon. Rehabiliteringspersonal (arbetsterapeut och sjukgymnast) är tillgängliga på vardagar. Varje boendeenhet har gemensamma utrymmen för social samvaro och måltider samt tillgång till en stor gemensam balkong på varje våningsplan. Det finns gemensamma utrymmen på entréplanet, ett upplevelserum på bottenvåningen och en uteplats med pergola.

Metod för uppföljningen

Den senaste uppföljningen av genomfördes under perioden 24 februari till den 18 april av en utvecklingsledare inom stadsdelsförvaltningen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Uppföljningen har utgått från tecknade avtal, tidigare uppföljningar och handlingsplaner samt från gällande lagstiftning. Uppföljningen genomfördes med intervjuer med chefer och olika personalkategorier, verksamhetsbesök (även oanmälda) med observationer samt granskning av dokumentation.

Bistandssektionen har parallellt med avtalsuppföljningen genomfört individuppföljning. Samtal har förts med samtliga boende samt i förekommande fall med närstående.

Verksamheten får ta del av resultaten av ovan nämnda uppföljningar för eventuella förtydliganden. När det framkommer brister och utvecklingsområden ska ledningen återkomma med en åtgärdsplan.

Löpande uppföljning under året:

- samverkansmöten 1 gång per kvartal – protokoll
- förvaltningen har deltagit i förtroenderåd (även politiker) , anhörigmöten och personalmöten
- tagit del av arbetsscheman för att följa upp personalbemanningen
- tagit del av avvikelser, synpunkter och klagomål
- husmöten (lokalfrågor)
- samverkansmöten mellan stadsdelsnämndens MAS och utförarens MAS, 4 ggr/år
- månatlig uppföljning av statistik av avvikelser i hälso- och sjukvården
- verksamhetsbesök av stadsdelsdirektören 1 gång per år

FRAMGÅNGSFAKTORER

Kost och nutrition

Kost och nutrition har utvecklats sedan 2010 års uppföljning. En dietist är projektanställd via stimulansmedel för att höja kompetensen hos all personal inom kostområdet. Lokala rutiner inom området är framtagna. Det finns kostombud och ett kostråd som träffas minst 4 gånger per år. Dietisten deltar på team konferenserna som ett stöd till sjuksköterskorna i nutritionsfrågor.

Måltidsmiljön

Måltidsmiljön har förbättrats sedan förra avtalsuppföljningen, det är lugnt och trivsamt under måltiderna. På de flesta enheterna är borden fint dukade med underlägg eller duk till måltiden. Det finns blommor eller andra vackra föremål på bordet. Aktuella och tydliga matsedlar finns anslagna och vad som serveras under dagen finns noterat på en tavla.

Nationella riktlinjer för demensvård

I stort sett all personal, gäller även personal på somatiska enheter har genomgått Demens ABC som är en webb baserad utbildning framtagen av Svenskt demenscentrum för att öka kunskapen om bemötande för personer med en demenssjukdom.

Genomförandeplaner och dokumentation enligt Sol

25 % av genomförandeplanerna samt journalanteckningarna har granskats. Sedan förra avtalsuppföljningen har verksamhetens arbete med den sociala dokumentationen gett tydliga resultat. Den enskildes omsorgsbehov är väl beskrivet över hela dygnet i de allra flesta genomförandeplaner som har granskats. Den löpande dokumentationen har ökat.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Förebyggande hälso- och sjukvård inom områdena nutrition, trycksår och fallolyckor

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande för att minska risken för undernäring och trycksår hos de boende som genom bedömningsinstrumenten MNA¹ och Norton² identifierats befinna sig inom dessa riskområden. Tillsammans med rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeuten och sjukgymnasten) arbetar sjuksköterskorna också för att minska risken för fallolyckor hos de boende vars fallrisk identifierats med hjälp av bedömningsinstrumentet DFRI.³

Sjuksköterskorna bedömer med ovan nämnda instrument inom 14 dagar alla nyinflyttade boendes näringstillstånd, risk för trycksår och tillsammans med rehabiliteringspersonalen risk för fallolyckor, vidtar åtgärder utifrån bedömningsresultaten och den enskildes behov samt följer upp. Riskbedömningarna ska uppdateras årligen samt vid behov.

Verksamheten håller på att utveckla det tvärprofessionella teamarbetet kring de boendes risker, problem och resurser och följer upp åtgärderna vid team konferenser. Deltagare är de boendes kontaktmän, omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen. Läkaren deltar när behov föreligger och kan remittera den boende till logoped när t ex svårare tugg- och sväljningsproblem föreligger. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten deltar också i arbetet med den boendes nutrition när behov finns för utprovning av nödvändiga hjälpmedel och instruktioner om en korrekt sittställning vid måltiderna.

Dokumentationen av hälso- och sjukvården har utvecklats sedan förra uppföljningen

¹ MNA = Mini Nutritional Assessment, ett screening- och bedömningsverktyg för att identifiera äldre som löper risk för undernäring.

² Norton = Modifierad Nortonskala, ett specialinstrument för bedömning om en person löper risk för att utveckla trycksår.

³ DFRI = Downton Fall Risk Index, ett bedömningsinstrument för att identifiera vilka personer som löper risk för fallolyckor.

med fler strukturerade planer om problem och risker vilket underlättar och säkrar omvårdnadsarbetet. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten upprättar till stor del planer vid olika problemställningar inom funktions- och aktivitetsområdena.

Vid MAS journalgranskning framkommer dock brister i sjuksköterskornas bedömning av de boendes näringstillstånd med instrumentet MNA där den andra delen saknas i cirka 35 % av journalerna. Samtliga sjuksköterskor ska bedöma enligt båda delarna av MNA när resultatet från första delen visar risk för undernäring.

Läkarinsatser

Det är Stockholmsgeriatriken som genom avtal med landstingets hälso- och sjukvårdsnämnds förvaltning ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt. Läkarkontinuiteten är mycket god och läkaren kan nå dygnet runt på telefon. Om behov föreligger kan direkt inläggning via läkaren ske samma dag till Stockholmsgeriatriken när den boende inte behöver akutsjukhusets resurser.

Läkemedelshantering inklusive delegering

Läkemedelshantering är komplex och omfattande på vård- och omsorgsboenden. Läkemedelsbehandling är den mest vanliga medicinska behandlingen för äldre. Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering utifrån läkarens bedömning om den enskildes möjlighet till eget ansvar eller inte. I stort sett behöver alla boende hjälp med ansvaret för hanteringen av sina läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar för alla delarna men kan delegera till omsorgspersonalen överlämnandet av iordningställda läkemedelsdoser till de boende. Det är sjuksköterskornas ansvar att instruera omsorgspersonalen och bedöma om de kan motta en delegering och ansvara för överlämnandet av läkemedel till de boende. Sjuksköterskorna ansvarar för att följa upp sina delegeringar och att den delegerade personalen utför den medicinska arbetsuppgiften korrekt. Delegeringarna är alltid skriftliga och personliga och ska följa Socialstyrelsens föreskrifter.⁴

Vid MAS granskning av slumpvist utvalda delegeringar innehåller besluten korrekta uppgifter vilket är en förbättring sedan förra uppföljningen.

Kvalitetsgranskning av extern utförare, legitimerad apotekare, är utförd 11 mars 2011 och resultatet visar att läkemedelshantering fungerar bra och det råder god ordning i förråden. Några förslag till förbättringar redovisas och sjuksköterskan på plan 3 ansvarar för att åtgärda dessa.

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd med läkemedel som finansieras av landstinget som skrivit avtal med stadsdelsnämndens MAS. Utförarens MAS utser sjuksköterskor som ansvarar för rekvisition av läkemedel till förrådet och kontroller av narkotikan. Förrådet är ett komplement till receptföreskrivna läkemedel och används vid akuta ordinationsändringar gällande alla boende.

⁴ SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Ledningssystem och patientsäkerhetsberättelse

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter⁵ har verksamheten lokala rutiner som ska säkerställa kvaliteten för tillämpliga områden inom hälso- och sjukvården.

Avvikelsehantering

Verksamheten har 3 kvalitetsgrupper med ansvar för 2 våningsplan vardera. I varje kvalitetsgrupp finns en kvalitetssamordnare som är sammankallande och kvalitetsombud från varje plan, verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast. Kvalitetsgrupperna träffas 1 gång per månad, går igenom föregående månads avvikelser och uppföljningar och skriver protokoll som personalgrupperna tar del av. Gruppen diskuterar också rutiner som fungerar eller inte fungerar samt förslag på förbättringar. Beslut från kvalitetsmöten tas upp på arbetsplatsträffar varje månad. Det finns ett övergripande kvalitetsråd i verksamheten där alla kvalitetssamordnare och ombud samt verksamhetschef ingår vars syfte är att informera om varandras händelser och åtgärder av vikt samt föra den informationen vidare till övriga medarbetare så att det blir en lärande process. Verksamheten för statistik över händelser som registreras i företagets kvalitetsindex.

För att minska avvikelserna inom läkemedelshanteringen utifrån den delegerade omsorgspersonalen har verksamhetens 3 enheter börjat utse en omsorgspersonal vid varje arbetspass och plan att vara ansvarig för kontroll av att alla berörda läkemedel är överlämnade till respektive boende av delegerad personal.

Rehabilitering och ADL

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasten ansvarar utifrån sina respektive områden för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmågan samt tillgodose behov av bland annat förflyttnings- och ADL- hjälpmedel. De handleder omsorgspersonalen i ett rehabiliterande arbetssätt utifrån den enskildes behov av stöd. Det är positivt att i stort sett alla boende har en ADL bedömning som inte är äldre än ett år, vilket är en positiv utveckling jämfört med tidigare uppföljning.

Medicintekniska produkter

Lokala rutiner finns och hjälpmedel har inventerats och registrerats i en inventarieförteckning. Kontroll av personlyftar och vårdsängar utförs av personal från serviceföretag. För att säkra användning och hantering av hjälpmedel får personal handledning och instruktioner av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten. Hjälpmedelspärmar finns tillgängliga på de olika planen. Det brister till viss del i spårbarheten i journalen avseende utlämnade hjälpmedel, då registreringsnummer inte alltid framgår.

Det finns två elektriska sugar, en på våningsplan 3 och en på plan 8. Sugarna kontrolleras av respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång per vecka. Sugarna används av sjuksköterskorna när en boende inte själv kan avlägsna slem ifrån luftvägarna.

Förebyggande och behandlande anti trycksårmatrasser ordineras av sjuksköterskorna

⁵ SOSFS 2005:12

som ansvarar för att kontinuerligt underhåll och funktionskontroll sker dagligen. Den boendes kontaktman ansvarar för skötsel av madrassen efter instruktion från förskrivande sjuksköterska.

Inkontinensvård

Fyra dagsjuksköterskor har utbildning i inkontinensvård samt en nattsjuksköterska vilket är bra. De utreder boende med inkontinensproblem och förskriver adekvata inkontinensskydd för de boende som behöver.

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och sjuksköterskorna registrerar alla infektioner inklusive antibiotikabehandlingar i Vårdhygiens statistikmall vilket är mycket bra. Vårdhygiens årliga statistik över Stockholms läns särskilda boendens antibiotikakurer och infektioner kan få sjuksköterskorna och läkarna att börjar reflektera mer över alternativa metoder för att behandla och förebygga infektioner där det är möjligt. Ju färre antibiotika- kurer desto mindre möjlighet för bakterier att utveckla resistens. Genom att följa social- styrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården⁶ kan verksamheten också bidra till en minskning av infektioner och behandlingar med antibiotika.

Vård i livets slutskede

Sjuksköterskorna registrerar i Svenska palliativregistret men arbetar inte enligt någon specifik metod förutom enligt sedvanliga rutiner vid vården av boende som befinner sig i livets slutskede.

AVVIKELSER OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Kompetensutveckling

Genom att avsätta tid för reflektion får personalen tillfälle att tillsammans tänka på och diskutera sitt arbetssätt. Detta är kompetensutvecklande för hela arbetsgruppen. I anbudet görs ett åtagande om att all personal ska få utbildning och handledning i palliativ vård

Forum för daglig reflektion

Utföraren har i anbudet åtagit sig i att personalen dagligen ska samlas för reflektion. Sjuksköterskorna är ansvariga för att det genomförs i det dagliga arbetet. Enligt omsorgspersonalen är det ännu inte fullt ut genomfört pga av allt för snäva överlappningstider på eftermiddagen.

Åtgärd: Sträva efter att daglig reflektion genomförs i högre uträkning än i dag. Ska vara genomfört till nästa avtalsuppföljning.

Utbildning i palliativ vård

Vid avtalsuppföljningen 2010 påtalade förvaltningen att personalen inte hade erhållit ut-

⁶ SOSFS 2007:19

bildning i palliativvård enligt utförarens åtagande i avtalet. Utföraren har i handlingsplanen till förvaltningen åtagit sig att genomföra utbildning i palliativ vård under 2010. Trots detta nämns ingenting om utbildning i palliativ i verksamhetsberättelsen för 2010 eller kompetensutvecklingsplanen för 2011. Eftersom det har framkommit klagomål mot verksamheten för hur vården i livets slut bedrivs är utbildningen att betrakta som högt prioriterad.

Åtgärd: Senast den 30 juni 2011 ska utföraren inkomma med en detaljerad handlingsplan som beskriver innehållet och omfattningen av utbildningen i palliativ vård. Handlingsplanen ska innehålla en tidplan och namnlista på vilka som ska gå på utbildningen under 2011.

Aktiviteter

Ett åtagande som utföraren har gjort i sitt anbud är att erbjuda minst en timmes ”egen tid” tillsammans med kontaktpersonen till varje boende. ”Egen tid” innebär att kontaktpersonen avsätter tid per vecka för den boende som man är kontaktperson för. Det viktiga är att man ser och bekräftar personens identitet och att det är den enskildes intresse som är i centrum. Omsorgspersonalen uppger att det är svårt att hinna med och erbjuda ”egen tid”. I dokumentationen framgår det att utföraren inte uppfyller sitt åtagande om att erbjuda en timmes ”egen tid” per vecka till de boende. I brukarundersökning från 2010 har antalet boende och närstående som är nöjda med utbudet av aktiviteter och utvistelse minskat jämfört med brukarundersökningen från 2009. Även resultatet från individuppföljningen påvisar att det finns behov av förbättringar inom området aktiviteter. I individuppföljningen uppger mer än 50 % att man inte får komma ut så ofta som man vill. Utföraren har påbörjat en kartläggning av vad respektive person vill delta i för aktiviteter och om man saknar någon sysselsättning.

Åtgärd: Till samverkansmötet den 21 september 2011 ska utföraren uppvisa en plan för aktiviteter som ska anordnas enligt de boendes önskemål.

Trygghet, kontinuitet och självbestämmande

Genomförandeplanen och kontaktmannaskapet är redskap för att trygga kontinuiteten och självbestämmandet inom vård och omsorg av äldre. Genomförandeplanen ska vara ett redskap för att den enskilde ska få ett inflytande över insatserna och att man får delta i planeringen av sin vardag.

Genomförandeplaner och dokumentation enligt SoL

25 % av genomförandeplanerna samt journalanteckningarna har granskats. Sedan förra avtalsuppföljningen har verksamhetens arbete med den sociala dokumentationen gett tydliga resultat. Den enskildes omsorgsbehov är väl beskrivet över hela dygnet i de allra flesta genomförandeplaner som har granskats. Den löpande dokumentationen har ökat. Genomförandeplanen är en överenskommelse med den enskilde om hur omsorgen ska utföras. Det ska framgå av journalanteckningarna att genomförandeplanen har upprättats eller justerats. Det är därför allvarligt att majoriteten av de boende inte har medverkat i eller känner till att man har deltagit i att utforma genomförandeplanen. Det är brist på respekt för den enskildes självbestämmande att ej få delta i utformningen av hur insat-

serna ska genomföras. I brukarundersökningen uppger 34 % att man har möjlighet att påverka sin vardag.

Åtgärd: Till samverkansmötet den 21 september 2011 ska utföraren redovisa hur man arbetar för att säkerställa att genomförandeplanerna upprättas tillsammans med den enskilde. Utföraren ska även påvisa att genomförandeplaner som har upprättats under maj tom september är upprättade tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare.

Levnadsberättelsen och reminicens

Levnadsberättelsen är ett komplement till genomförandeplanen. Alla på ett vård- och omsorgsboende ska erbjudas att upprätta en levnadsberättelse, särskilt värde har levnadsberättelsen i arbetet med demenssjuka. Levnadsberättelse ska vara ett stöd för att se den enskilde som en individ. Det finns levnadsberättelser som i hög grad är uppräta- de vid inflyttningen. Att levnadsberättelserna är ett levande redskap i vardagen går inte att verifiera. Att använda levnadsberättelsen eller andra triggers kan vara ett sätt att få personer med ett demenshandikapp att väcka minnet till livs.

Åtgärd: Att införa ett arbetssätt där levnadsberättelse och andra hjälpmedel t ex minneslådor eller gamla saker är redskap för demenssjuka ska få hjälp att minnas och kunna kommunicera.

Kost och nutrition

Nya mellanmålsratsedlar och rutiner för dokumentation av kvällsmål är framtagna. Mellanmålsratsedlarna är ännu inte implementerade i verksamheten. Det är fortfarande beroende på vem som arbetar om det serveras ett näringsriktigt mellanmål på eftermid- dagarna.

Det förekommer att man på en enhet beställer färre portioner än vad som det finns boen- de, med motivering att flera personer inte äter en normalportion. Enligt rekommendatio- nerna ska äldre personer som av olika skäl inte orkar äta upp en hel portion av A-kosten (normalkost) serveras E-kost (energi- och proteinberikad kost). Även personer med tugg- och/eller sväljsvårigheter kan oftast inte äta tillräckligt stora portioner utan behö- ver energitåtkost. Matleverantören har emellertid endast en rätt på matsedeln som kan beställas som E-kost. Detta ses som ett hinder för att personer som är i behov av energi- tät kost inte får det.

Åtgärd: Utföraren ska senast den 30 juni 2011 redovisa hur man säkerställer att alla som är i behov av energi- och proteinberikad kost serveras detta.

Måltidsassistans

Vid verksamhetsbesök under lunchen har det vid flera tillfällen förekommit att minst fy- ra boende behöver hjälp med att äta och endast två personal är närvarande under målti- den. Två personal som både ska sköta serveringen, assistera de som behöver stöd vid måltiden och hjälpa de som behöver matningshjälp. För att uppnå en måltid som upp- levs värdig behöver det finnas rutiner och/eller handlingsplan för att t ex en sjuksköters- ka eller annan omvårdnadspersonal från ”andra sidan” kan delta under måltiden.

Åtgärd: Rutiner och/eller handlingsplan för hur måltiden ska organiseras om det är flera personer som behöver hjälp med matintaget ska redovisas till samverkansmötet den 21 september.

Hälso- och sjukvård – risk för undernäring

Sjuksköterskorna måste förbättra sin användning av riskbedömningsinstrumentet MNA. Den andra delen av MNA saknas i cirka 35 % av samtliga journaler som gäller boende där första riskbedömningsdelen av MNA visat resultatet risk för undernäring. MAS har omedelbart informerat ledningen och utförarens MAS om avvikelsen i dokumentationen. Sjuksköterskan på plan 1 har initierat ett förbättringsarbete och den 15 april informerat MAS att aktuella sjuksköterskor i stort sett fullgjort aktuella riskbedömningar för de boendes nutritionstillstånd.

Åtgärd: Sjuksköterskorna ska säkra upp riskbedömningarna för de boendes nutrition genom att alltid bedöma med MNA instrumentets båda delar när den första delen visat resultatet risk för undernäring.

Personalbemanning och kompetens

Årsarbetare och individer sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal är enligt avtalet: 1,00 arbetsterapeut - 1 individ, 1,00 sjukgymnast - 1 individ, 10,25 sjuksköterskor - 12 individer (en tjänst är vakant men håller på att tillsättas).

På de tre planen 3,4 och 5 med 48 personer med diagnos demens finns 4,13 dagsjuksköterskor. På de tre planen 6,7 och 8 med 48 somatiskt sjuka personer finns 4,20 dagsjuksköterskor. Nattsjuksköterskor är 3 individer, omräknat i årsarbetare: 1,92.

Sjuksköterskors täthetschema

Täthetsschemat dagtid vardagar ska bestå av fem sjuksköterskor på förmiddagarna och två på kvällen fram till nattsjuksköterskan avlöser. Vid granskning av sjuksköterskebemanningen under fyra månader framkommer det att bemanningen vid mindre än 50 % av tiden uppgår till det avtalade täthetsschemat .

Åtgärd: Täthetsschemat för sjuksköterskorna som motsvarar åtaganden enligt avtalet ska vara genomfört senast den 1 juni 2011.

Sjuksköterskornas kompetens

För att upprätthålla en god kvalitet i hälso- och sjukvården reglerar avtalet att sjuksköterskorna ska ha specialistutbildning med högskolepoäng antingen inom öppen hälso- och sjukvård 60 poäng eller geriatrisk eller psykiatrisk vård 40 poäng eller annan specialistutbildning som bedöms likvärdig. Hon/han bör ha flera års erfarenhet i yrket. Vid kontroll med socialstyrelsen framkommer det att två av sjuksköterskorna under 2009 och 2010 har anställts direkt efter grundutbildningen till sjuksköterska.

Åtgärd: Till samverkansmötet den 21 september 2011 ska utföraren redovisa att samtliga sjuksköterskor som arbetar inom verksamheten har kompetens och erfarenhet som

motsvarar kraven i avtalet.

ÖVRIGT

Synpunkts- och klagomålshantering

Inkomna klagomål sedan förra avtalsuppföljningen: sex (6) varav fem (5) handlar om upplevda brister i omsorgen. Samt en (1) anmälan till Socialstyrelsen som SDN har yttrat sig om.

Skattekontroll

Förvaltningen har kontrollerat med Skatteverket att utföraren har betalat sina skatter, sociala avgifter och arbetsgivaravgifter.

Brandskydd

Förvaltningen genomförde tillsyn av det systematiska brandskyddsarbetet den 6 maj 2011. Bedömningen är att verksamheten bedriver ett välfungerande och systematiskt brandskyddsarbete.

SAMMANSTÄLLNING AV ÅTGÄRDER

Senast den 1 juni 2011

- ska samtliga berörda hälso- och sjukvårdsjournaler innehålla fullständig MNA-bedömning
- ska täthetsschema för sjuksköterskor som motsvarar åtaganden enligt avtalet vara åtgärdat

Senast den 30 juni 2011

- ska utföraren redovisa en planering för utbildning i palliativ vård
Innehållet i utbildningen ska beskrivas och omfattningen av utbildningen ska anges. Planeringen ska innehålla en tidsplan och en namnlista på vilka som ska gå på utbildningen under 2011.
- Utföraren ska redovisa hur man säkerställer att alla som är i behov av energi- och proteinberikad kost serveras detta.

Senast den 21 september 2011

- ska utföraren redovisa hur man i verksamheten arbetar för att säkerställa att genomförandeplanerna upprättas tillsammans med den enskilde. Utföraren ska även påvisa att genomförandeplaner som har upprättats under maj tom september är upprättade tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare
- ska utföraren uppvisa en plan för aktiviteter som ska anordnas enligt de boendes önskemål
 - ska utföraren redovisa att samtliga sjuksköterskor som arbetar inom verksamheten har kompetens och erfarenhet som motsvarar kraven i avtalet

Senast nästa avtalsuppföljning

- daglig reflektion ska vara infört i verksamheten enligt anbudet

BILAGOR



Bilaga 1. Uppföljning av avtal om stadens vård- och omsorgsboende för äldre

Bilaga 2. Brukarundersökning genomförd av Stockholms stad oktober-november 2010.

Bilaga 3. Individuppföljning