

Uppföljning av Vård- och omsorgsboenden med ramavtal. Äldreomsorg 2008.

Innehåll

Björkgården	2
Björnkulla	2
Blommelund	2
Borgerskapets Enkehus och Gubbbhus samt Rozeliahemmet	2
Broby Gård	2
Dalahöjdens vård- och omsorgsboende	3
Edsby Slott	3
Ekgården/Stortorp	3
Fargärdet	3
Flygarhöjden	3
Furans gruppboende	4
Furuhöjdens Rehabiliteringshem	4
Gammeluddshemmet	4
Grönskogens äldreboende	5
Herdens äldreboende	5
Höstfibblans vårdboende	5
Johannesgården	6
Josephinahemmet	6
Judiska hemmet	6
Kullagården/Stortorp	7
Kyrkbyn och Skogsbyns gästhem	7
Linnéan, Berglunda	7
Liseberg/Blomsterfonden	8
Lovisagården	8
Långbrogården	8
Mangården	9
Mariahemmet	9
Marieberg vårdboende	9
Nackahemmet/Nacka Koti	10
Norrbärke Sjukhem	10
Nya Nåshemmet	10
Näsbyrarks Parkinsonboende	10
Rosengården	10
Rosstorps Äldreboende	10
Rubinen	11
Röda Korsets korttidsvård	11
Rönbacken	11
Safiren	11
Sandstugan	12
Sjösidan/Stortorp	12
Skogsbyn enhet 9 och 10	12
Smedbygården	12
Solbacken Vård och Omsorg	13
Solgården	13
Stockholms sjukhem	13
Strandgården/Stortorp	13
Svalnäs/ Blomsterfonden	13
Villa Cederschiöld	14
Vittsjö sjukhem	14
Årstabergshemmet	14

Uppföljning av Vård- och omsorgsboenden i privat eller annan regi. Äldreomsorg 2008.

Uppföljande förvaltnings sammanfattande bedömning med avvikelser och utvecklingsområden.

Björkgården

Björkgården bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Enheten har helt nyligen fått en ny enhetschef, i övrigt är personalgruppen stabil. Lokalerna är rymliga och ändamålsenliga. En hemtrevlig stämning råder på boendet. När det gäller rutiner och dokumentation har ett stort utvecklingsarbete skett under det senaste året, dock återstår en hel del förbättringsarbete. Utveckling/förbättring krävs på nedanstående områden.

Följande avvikelser finns: Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 finns endast till viss del.

Dokumentationen ska innehålla levnadsbeskrivningar. Det ska framgå av dokumentationen att boende varit delaktiga i planeringen av insatserna. Egenkontrollprogram avseende kost ska finnas på enheten. Tillgång ska finnas till specialistkompetens i kost och nutritionsfrågor. Erbjuda vardagsnära aktiviteter och regelbunden utevistelse. Ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 finns endast till viss del. Dokumentation om ID-kontroll ska finnas. Omvårdnads- och läkarjournaler ska separeras. Dokumentation om begränsningsåtgärder behövs förtydligas. Lokal rutin för medicintekniska produkter ska finnas. Alla sjuksköterskor ska ha utbildning i forskrivningsrätt.

Björnkulla (Huddinge kommun)

Ett välfungerande äldreboende som är tillgängligt även i utemiljön då samtliga bodde i markplan. Ej fullvärdigt då kokmöjligheter saknades i samtliga boenden. Arbetar med att kvalitetssäkra sin verksamhet.

Blommelund

Blommelunds gruppboende är en nyöppnad enhet som är kopplad till Rubinens gruppboende. Av den anledningen var verksamheten ej fullbelagd vid uppföljningen. Helhetsintrycket av Blommelund är bra. Boendets lokaler är nya och ljusa och trivsamma. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Allt är välordnat, rent och frächt. I verksamhetens ledningssystem framgår enhetens rutiner och ansvarsfördelning dock saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerade om nya författningar m.m. Information ges om ny författning om medicintekniska produkter. När det gäller synpunkts och klagomålshantering är det viktigt att dessa registreras oavsett om det är av enklare karaktär. Detta för att få en överblick på frekvens och eventuella återupprepningar. Man skickar rutiner för riskbedömningar avseende fallolyckor, trycksår och malnutrition med tillhörande instrument till verksamheten.

Borgerskapets Enkehus och Gubbhus samt Rozeliahemmet

Borgerskapet är ett boende med individualisering och hög integritet som anpassar personalstödet efter den enskildes behov.

Boendet saknar ett ledningssystem enligt HSL men redovisar en bra verksamhet enligt HSL med rutiner och riktlinjer som är förankrade hos personalen.

Broby Gård

Broby Gård är en mycket väl fungerande enhet och bör ses som ett gott exempel för denna typ av verksamhet. Lokalerna är ljusa och trevliga och hela boendet präglas av hemkänsla. Boendet ligger mycket naturskönt ute på landet med goda möjligheter till utevistelse både på den stora inhägnade uteplatsen och i den övriga omgivningen. De boende ges möjlighet till varierad, individuell sysselsättning och utflykter görs ofta med boendets bil. Ledningen är kunnig, engagerad och arbetar med ständig utveckling av verksamheten. Personalen är mån om att ge de boende bästa möjliga

individuella omvårdnad. Egen kock har anställts och köket har byggts om till godkänd standard, boendet lägger mycket stor vikt vid att kosten ska vara vällagad, välsmakande och väldoftande.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 091231: Rutin för hantering av huvudnyckeln saknas.

Dalahöjdens vård- och omsorgsboende

Stadsdelen bedömer att verksamheten är välfungerande. De boende får ett bra bemötande, en god omsorg och omvårdnad. Verksamheten har riktlinjer och rutiner som säkerställer kvaliteten i hälso- och sjukvård.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade vid uppföljningen 2009: Individuella planer för personalskompetensutveckling saknas i vissa fall. All personal har inte genomgått utbildning i livsmedelshygien. I verksamheten saknas riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår.

Edsby Slott

Edsby slott ligger i vacker omgivning utanför Upplands Väsby. Slottet har en hemtrevlig och ombonad atmosfär. Boende har mycket goda möjligheter till utevistelse. Arbetet inom enheten utgår från individens behov. Verksamheten arbetar utifrån de krav som ställs på vårdgivaren enligt ramavtalet. Verksamhetschefen finns i verksamheten och har ett stort intresse av utvecklingsfrågor. Ombyggnad genomförs mellan 2008-2011 för att alla boende ska få tillgång till egen toalett. Verksamheten har hittat former för att ytterligare höja kvaliteten i omvårdnaden genom att ta emot volontärer.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast under 2009: Personalen kompetens måste kompletteras avseende livsmedelshygien, kost och nutrition

Ekgården/Stortorp (Huddinge kommun)

Ekgården är en del av Stortorps äldrecentrum som består av ett flertal byggnader och äldreverksamheter. Det är vackert beläget och har tillgänglig utemiljö. Lokalerna är i gott skick planlösningen innehåller fullvärdiga bostäder.. En ombyggnadsplan är utarbetad av kommunen som är flerårig, start är inte angiven. Verksamheten har utvecklats avsevärt gällande kvalitet och dokumentation och de olika enheternas utvecklingsarbete har olika fokus. Omvårdnaden har ett regelbundet inslag av aktiviteter.

Fargärdet

Fargärdet ligger beläget i Eksjö i Småland och verksamheten bedriver vård och omsorg av hög kvalitet. Personalen uppvisar ett gott bemötande och boende/klienter, närstående eller andra företrädare deltar vid upprättandet av genomförandeplaner. Lägenheterna är trevligt möblerade och en del lägenheter har tillgång till egen uteplats. Miljön känns lugn och trygg. Det finns möjligheter till aktiviteter, kulturella upplevelser och utevistelser. Verksamheten arbetar med integrerat ledningssystem som omfattar både SoL och HsL. Verksamheten granskas internt och externt, totalt fyra gånger/år. Dokumentationen är mycket väl utförd men att notera är att det är sjuksköterskorna som dokumenterar både enligt SoL och HsL. Verksamheten saknar sjukgymnast och arbetsterapeut då tillgången på dessa yrkesgrupper är mycket liten i Eksjö. Detta leder till problem för verksamheten att få hjälp med utprovning och förskrivning av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning till boende/klienter.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Det är sjuksköterskorna som dokumenterar både enligt SoL och HsL. Omvårdnadspersonalen gör endast vissa journalanteckningar i SoL-dokumentationen.

Flygarhöjden

De boende får sina individuella behov och önskemål tillgodosedda enligt uppföljarna. Personalen uppvisar ett gott bemötande och visar de boende respekt. Stämningen på enheterna känns öppen och

välkomnande och de boende ger uppföljarna intrycket av att vara lugna och trygga. Gemensamhetsutrymmena används flitigt av både boende och personal och de flesta boende sitter uppe vid besökstillfället. Nästa deltar vid vårdplaneringarna och närståendeträffar anordnas minst 2 ggr/år

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast vid uppföljningen 2009: Utbildning för all personal avseende kost och nutrition för äldre och livsmedelshygien saknas. Dokumentation enligt HsL uppvisar brister med avseende på system för regelbundna nutritionsutredningar som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd och riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som saknas i flertalet journaler. Upprättandet av vård- och rehabplaner måste också utvecklas och förbättras. Dokumentation enligt SoL uppvisar brister avseende beskrivning av sociala förhållanden, uppgifter om sociala kontaktnät, boendes intressen, uppgifter om insatsernas genomförande. Arbetet med genomförandeplaner måste förbättras.

Furans gruppboende

Enheten bedöms utifrån genomförd uppföljning vara en fungerande verksamhet. Boendet är uppdelat på två våningsplan med vardera två avdelningar. Varje avdelning består av åtta lägenheter samt gemensamhetsutrymmen. Enheten har inrett ett "spa-rum" med badkar och plats för lyft. De boende har också tillgång till ett relaxrum och ett bibliotek. Utevistelse är ett prioriterat område och utemiljön är väl genomtänkt.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast under hösten 2008: Plan för personalens kompetensutveckling ska finnas. Personalen ska bära identifikationsbrickor. Redovisning över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits ska finnas. All personal ska genomgå utbildning i livsmedelshygien. Enheten ska ta fram en plan för hur träning och sjukgymnastik ska tillgodoses om behov uppstår.

Furuhöjdens Rehabiliteringshem

Furuhöjdens Rehabiliteringshem är en mycket väl fungerande enhet med engagerad, kunnig och stabil personal. Nuvarande verksamhetschef startade verksamheten och arbetar med ständig vidareutveckling av densamma. Personaltätheten bland sjuksköterskor och paramedicinare är mycket hög och de deltar i arbetslaget i den dagliga omvårdnaden för bästa möjliga resultat. Lokalerna är ljusa och trevliga och boendet är rikt utrustat med träningsredskap och hjälpmedel, även bassäng finns. Boendet ligger i ett villaområde, och har dessutom en stor altan, varför möjligheterna till utevistelse är mycket goda. Verksamheten bedriver en god hälso- och sjukvård, kvälls- och nattpatrull med sjuksköterskor och läkarnas jourverksamhet fungerar på ett bra sätt.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 091231: Ledningssystemet i enlighet med SOSFS:11 måste färdigställas (Enl verksamhetschefen är arbetet med ISO 9000 likställigt). Förvaring av dokumentationen enl SoL och HSL är inte tillfredsställande.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 31 dec. 2008: Utveckla ledningssystemet så att det framgår hur processen kringegenkontrollen genomförs. Synpunkt- och klagomålshantering. Rehabbedömning inklusive ADL status av sjukgymnast/arbetsterapeut vid inflyttning samt handledning till personal.

Gammeluddshemmet

Gammeluddshemmet bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Samtliga gemensamma utrymmen är inredda på ett hemtrevligt och genomtänkt sätt. Gammeluddshemmet är beläget på en udde med havsutsikt. Det finns en stor terrass med tillhörande trädgård som underlättar möjligheten till utevistelse för de boende. På demensavdelningen bor en huskatt. En personal på demensavdelningen tar ofta med sig en hund till sitt arbete. Det var en

välдресerad hund som genom sitt beteende gav de äldre glädje och närhet då den sökte kontakt på ett smidigt sätt.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade under hösten 2008, undantag gäller de avvikelser som ej åtgärdats sen förra uppföljningen. Dessa ska vara åtgärdade senast 2008-09-30.

Avvikelser som ej åtgärdats sedan 2006 års uppföljning: Plan för personalens kompetensutveckling ska finnas. Skriftliga rutiner för hur synpunkts och klagomålshantering ska rapporteras till berörd stadsdel ska finnas.

Avvikelser från årets uppföljning: SoL-dokumentationen måste kompletteras och uppdateras. Genomförandeplaner ska vara undertecknade av de boende och/eller deras företrädare. Samtlig dokumentation ska förvaras i låst utrymme. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska genomföras. Delegeringsrutiner måste uppdateras. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska finnas. Omvårdnadsjournaler enligt HSL finns men behöver struktureras och uppdateras. De permanent boende ska ha tillgång till munhälsobedömning och tandvårdsintyg.

Grönskogens äldreboende

Grönskogen ligger lugnt beläget i centrala Sundbyberg och lokalerna ger ett ombonat intryck. Bedömningen är att Grönskogen är ett väl fungerande boende där verksamhetschefen uppvisar ett stort engagemang och en vilja att utveckla verksamheten tillsammans med sin personal. Det har bedrivs ett aktivt utvecklingsarbete avseende dokumentationen och verksamheten har ett välutvecklat kvalitetsystem. Det finns dock en del förbättringsområden enligt nedan punkter där några ska åtgärdas omgående.

Följande avvikelser finns: Upprätta individuell kompetensutvecklingsplan för alla medarbetare (åtgärdas under 2009). I enlighet med ramavtalet med Stockholms stad kostnadsfritt tillhandhålla förbrukningsartiklar (åtgärdas omgående). Upprätta rutiner så beställande nämnd får kännedom om Lex Sarah- resp. Lex Maria-anmälan (åtgärdas omgående). Den sociala dokumentationen ska förvaras i låst utrymme (åtgärdas omgående). Verksamhetschefen ska uppdra åt befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens att upprätta riktlinjer för läkemedelshanteringen och följa upp dessa. Uppdraget ska dokumenteras (åtgärdas omgående). Riskbedömningar för fallolyckor, felnäring och trycksår ska göras enligt strukturerade bedömningsinstrument. (Ska påbörjas omgående, granskande MAS givit tips om bedömningsmallar).

Herdens äldreboende

Herden bedriver en god individuellt utformad vård och omsorg i en trivsamt boendemiljö. De boendes behov av aktiviteter och utevistelse tillgodoses på ett bra sätt. Enhetens mål är att de boende ska ha så få läkemedel som möjligt, man försöker hitta andra lösningar innan läkemedel sätts in, tex. löser man oro eller ångest och sömnsvärigheter med omtanke, värme och lite mat. Alla boende får regelbunden toalettassistans. Sedan föregående uppföljning har dokumentationen förbättrats betydligt i HSL, arbetet med förbättring av SoL dokumentationen måste fortsätta. Under hösten kommer ledningen att genomföra en planeringsdag där man bl.a ska utbilda i dokumentation.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast tills nästa års uppföljning: Utbildning i basala hygienrutiner ska genomföras (inbokad 081104). Fortsatt förbättring och utveckling av SoL dokumentationen

Höstfibblans vårdboende

Höstfibblan är ett boende som ger ett positivt intryck med en lugn och trivsamt stämning. Det finns engagerad personal som har arbetat länge på boendet. Rutinerna på boendet är väl inarbetade och det är låg personalomsättning. Alla lägenheter har tillgång till egen balkong alt egen uteplats. Boendet har

ett eget kök där en kokerska är anställd och hon lagar all mat vilket ger ett hemtrevligt intryck med dofter.

Boendet har väl genomtänkta rutiner för såväl hälso- och sjukvård som de sociala insatserna. Sjuksköterska finns ej på plats dygnet runt. Inställelsetiden för sjuksköterskan i det mobila teamet är 30 min. Helhetsintrycket är att hälso- och sjukvårdsinsatserna fungerar väl.

Johannesgården

Johannesgården bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Enheten har helt nyligen fått en ny enhetschef, i övrigt är personalgruppen stabil. Enheten har under året byggts om så att samtliga boende har egna lägenheter med toalett och dusch. I övrigt är gemensamhetslokalerna uppfärskade. När det gäller rutiner och dokumentation har ett stort utvecklingsarbete skett under det senaste året, dock återstår en hel del förbättringsarbete. Utveckling/förbättring krävs på nedanstående områden.

Följande avvikelser finns: Rutiner för introduktion av nyanställda. Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 finns endast till viss del. Dokumentation ska innehålla levnadsbeskrivningar. Det ska framgå av dokumentationen att boende varit delaktiga i planeringen av insatserna. Uppföljningsdatum i genomförandeplanerna ska finnas. Egenkontrollprogram avseende kost ska finnas på enheten. Tillgång ska finnas till specialistkompetens i kost och nutritionsfrågor. Erbjudna vardagsnära aktiviteter och regelbunden utevistelse. Rutin för att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ska finnas. Ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 finns endast till viss del. Dokumentation om ID-kontroll ska finnas. Journaler enl. Sol och HSL samt läkarjournaler ska separeras. Dokumentation om begränsningsåtgärder behövs förtydligas. Lokal rutin för medicintekniska produkter ska finnas. Alla sjuksköterskor ska ha utbildning i forskrivningsrätt.

Josephinahemmet

I Josephinahemmets mål anges att Josephinahemmet skall: "erbjuda äldre katoliker ett värdigt och innehållsrikt boende, ge god och personlig omvårdnad med hänsyn till den boendes hela livssituation, ge de boende trygghet, värme och omsorg i en hemlik miljö och bemöta de boende med respekt och lyhördhet".

Verksamheten är inrymd i ett fyravåningshus som ligger i ett litet grönområde. Det finns en uteplats som ger möjlighet till utevistelse i trädgårdsmiljö. Boendemiljön ger ett lugnt och trivsamt intryck. Verksamheten har stabil ledning med dokumenterad relevant utbildning. Omsorgspersonalen har i hög grad adekvat utbildning och/eller lång erfarenhet av vårdarbete och under det senaste året har den enda personalomsättningen varit att en anställd gått i pension. Varje boende har en namngiven kontaktperson och kontaktpersonens ansvar och arbetsuppgifter finns beskrivna.

Sjuksköterskor finns tillgängliga alla dagar. Kvällar och helger med en inställelsetid av 30 minuter. För läkarisatserna dagtid ansvarar Råcksta-Vällingby Närvårdsmottagning. Jourtid ansvarar Curera Jourbilar. Varje journal har ett aktuellt fotografi på den boende, vilket är ett säkert sätt att trygga identiteten. Vårdtagarnas läkemedel förvaras i låst skåp på sjuksköterskeexpeditionen. Iordningsställd dosett och ApoDos förvaras i bostaden dit enbart berörd personal har tillgång.

Förbättringsområden: MAS anser att dokumentationen ska förbättras och att sjuksköterskestaten behöver utökas på grund av detta. Det finns bara en sjuksköterska som har omvårdnadsansvaret för samtliga boende och det är inte tillfyllest. Enheten bör också upprätta ett bättre system för förvaring av den sociala dokumentationen.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast vid nästa uppföljningstillfälle: Samtliga status/vårdplaner ska vara uppdaterade och aktuella.

Judiska hemmet

Boende får enligt uppföljarnas bedömning en god omvårdnad där stor hänsyn tas till boendes individuella behov och önskemål eftersom hela verksamhetsidén bygger på judisk tro och judiska

traditioner. Personalen uppvisar ett gott bemötande och de boende ger uppföljarna intrycket av att de trivs och känner sig trygga. Anhöriga/närstående är mycket aktiva och deltar ofta i fester och vid högtidsfirande.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast vid uppföljningen år 2009: System för någon form av egenuppföljning av verksamheten saknas. Plan för utbildning av personal vad gäller kost och nutrition för äldre och livsmedelshygien saknas. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är inte utförd årligen. Den lokala instruktionen för medicintekniska produkter måste revideras utifrån SOSFS 2008:1. System för synpunkts- och klagomålshantering måste utvecklas till att innefatta redovisning av inkomna sådana och vidtagna åtgärder med anledning av dessa.

Dokumentation enligt HsL uppvisar allvarliga brister med avseende på den lagstadgade journalföringen. System för regelbundna nutritionsutredningar som omfattar nutritionsbedömningar med uppföljning och åtgärd, riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår saknas. Upprättade omvårdnads- och rehabplaner saknas eller är inte uppdaterade.

Den sociala dokumentationen uppvisar brister vad gäller bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, intressen, uppgifter om insatser och boendes delaktighet i planeringen av insatserna och dess genomförande. Upprättade genomförandeplaner saknas i flertalet journaler. Personalomsättningen är hög och andelen tillsvidareanställ personal låg vilket måste åtgärdas.

Åtgärdsförslag: För att komma tillrätta med brister vad gäller dokumentation enligt SoL och HsL och personal har en åtgärdsplan att begärts in och ska vara nämndens medicinskt ansvarig sjuksköterska tillhanda senast 2008-06-30. Uppföljning av dokumentation enligt SoL och HsL görs under oktober 2008. Bilaga: Brev till Föreningen Judiska hemmet med begäran om åtgärdsplan.

Kullagården/Stortorp (Huddinge kommun)

Kullagården är en del av Stortorps äldrecentrum som består av ett flertal byggnader och äldreverksamheter. Det är vackert beläget och har tillgänglig utemiljö. Lokalerna är i gott skick men planlösningen innehåller vissa ej fullvärdiga bostäder medan andra är fullvärdiga främst åhemsplatser. En ombyggnadsplan är utarbetad av kommunen som är flerårig, start är inte angiven. Verksamheten har utvecklats avsevärt gällande kvalitet och dokumentation och de olika enheternas utvecklingsarbete har olika fokus. Omvårdnaden har ett regelbundet inslag av aktiviteter.

Kyrkbyn och Skogsbyns gästhem

Skogsbyn och Kyrkbyn bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Lokalerna på enheten är rymliga, med långa korridorer i mellan. En innergård finns på bottenvåningen. När det gäller rutiner och dokumentation har ett stort utvecklingsarbete skett under det senaste året, dock återstår en hel del förbättringsarbete. Utveckling/förbättring krävs på nedanstående områden.

Följande avvikelser finns: Plan för all personals kompetensutveckling. All personal ska behärska det svenska språket i skrift. Rutiner för introduktion av nyanställda. Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 finns endast till viss del. Löpande dokumentation ska finnas. Genomförandeplaner ska upprättas för samtliga boende. Dokumentationen ska innehålla levnadsbeskrivningar. Det ska framgå av dokumentationen att boende varit delaktiga i planeringen av insatserna. Egenkontrollprogram avseende kost ska finnas på enheten. Tillgång ska finnas till specialistkompetens i kost och nutritionsfrågor. Erbjuda vardagsnära aktiviteter och regelbunden utevistelse. Ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 finns endast till viss del. Dokumentation om ID-kontroll ska finnas. Journaler enligt SoL och HSL samt läkarjournaler ska separeras. Riskbedömningar ska finnas i samtliga journaler. All personal ska ha utbildning i basala hygienrutiner. Lokal rutin för medicintekniska produkter ska finnas. Alla sjuksköterskor ska ha utbildning i förskrivningsrätt.

Linnéan, Berglunda

Verksamheten Berglunda, enhet Linnéan, ligger belägen i Eksjö i Småland och bedriver vård och omsorg av hög kvalitet. Personalen uppvisar ett gott bemötande och boende/klienter, närstående eller

andra företrädare deltar vid upprättandet av genomförandeplaner. De boende har egna rum som de får möblera själva om så önskas. Rummen är trevligt möblerade och miljön känns lugn och trygg. Det finns möjligheter till aktiviteter, kulturella upplevelser och utevistelse. Verksamheten arbetar med integrerat ledningssystem som omfattar både SoL och HsL. Verksamheten granskas internt och extern totalt, fyra gånger/år. Dokumentationen är mycket väl utförd men att notera är att det är sjuksköterskorna som dokumenterar både enligt SoL och HsL.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Det är sjuksköterskorna som dokumenterar både enligt SoL och HsL. Omvårdnadspersonalen gör endast vissa journalanteckningar i SoL-dokumentationen.

Liseberg/Blomsterfonden

Bomsterfonden i Liseberg har 72 platser för personer i behov av omvårdnad och service dygnet runt, varav 29 platser för sjukhemsboende samt 43 för dementa personer. Tillgång till personal finns dygnet runt och bemanningen anses vara tillräcklig i förhållande till antalet boende och deras behov av vård och omvårdnad. Personalomsättningen har minskat i förhållande till tidigare år med är ändå ganska hög varför vissa utbildningsinsatser erfordras.

Ett tiotal sociala akter, sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentationer och rehabiliteringspersonalens journalföringar har granskats. Journalföringarna förs manuellt. Vissa delar av HSL-journalerna är dubbelförda, fragmenterade och ger inte helhetsbild av den enskildes behov, erforderliga åtgärder och utvärderingar på grund av yrkeskategoriernas separata dokumenteringar. De sociala dokumentationerna visar ingen utveckling i förhållande till de tidigare genomförda verksamhetsuppföljningarna. Biståndsbedömarens otydliga/generella utformning av biståndsbesluten försvårar genomförandeplanernas utformning. Förvaringen av journalerna följer inte givna regler gällande säkerhetsaspekterna. Lokala rutinbeskrivningar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter är eftersatta och/eller saknas. Enheterna är rena och utstrålar en lugn och stillsam atmosfär. Omvårdnadspersonalen bemöter de boende med respekt.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Utarbeta ledningssystem för verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2005:12 (M) och SOSFS 2006:11 (S). Utforma och underteckna serviceplanerna tillsammans med de boende. Dokumentera de genomförda insatserna, aktiveringarna. Utbilda personalen gällande grundläggande hygienföreskrifter, livsmedelshygien, kost och nutrition för äldre och Lex Sara-anmälan. Dokumentera den enskildes senaste kvällsmål för att undvika mer än 11 timmars fasta. Använd validerade instrument för riskbedömningar. Genomför, åtgärda och utvärdera vårdplanerna. Utfärda riktlinjer för fysiska begränsningsåtgärder. Dokumentera och utvärdera.

Lovisagården

Lovisagården bedöms utifrån utförd verksamhetsuppföljning vara ett fungerande boende för dementa. Boendet är uppdelat på fyra avdelningar med nio boende på vardera avdelning. De boende verkar trivas bra på enheten. Personal och boende verkar ha en varm och hjärtlig relation. De boende bemöts med respekt och integritet av personalen. Det finns fungerande aktiviteter för de boende och regelbunden utevistelse erbjuds året om. Avdelningarna är inredda på ett hemtrevligt sätt med möbler och inredningsdetaljer från de boendes livsepok.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast under hösten 2008: Rehabiliteringsbedömning inklusive ADL ska upprättas för nyinflyttade. Enheten ska ta fram en plan för hur träning och sjukgymnastik ska tillgodoses om behov uppstår.

Långbrogården

Långbrogårdens vård och omsorgsboende har 54 platser för personer med demenssjukdomar. Verksamheten erbjuder genom en tydlig organisation ett tryggt och säkert boende inom sjukhemmet. Personalen arbetar som kontaktpersoner åt de äldre, dokumenterar, informerar och sköter den dagliga

omvårdnaden. Bostädernas standard uppfyller kraven som anges i den nationella handlingsplanen för en fullvärdig bostad. Enheterna är låsta med kodlås vilket ger trygghet för de boende. Synlig kod finns i anslutning till de låsta dörrarna. De boendes trygghet är garanterad genom att det finns personal tillgänglig dygnet runt. Personalen bemöter de boende med respekt, de tillfrågar och erbjuder hjälp när de ser att någon har svårighet t.ex.. att hitta sitt rum eller har svårt att känna igen sin omgivning. Gruppaktiviteter organiseras och deltagandet är frivilligt. Måltiderna är styrda av leverantörens tidsschema med undantag för frukost och kvällsskaffe. Leverantören erbjuder två maträtter men det är svårt för den dementa boende att själv välja maträtt och därför väljer personalen den maträtt som de tror sig veta att den boende tycker om. Personalen sitter vid matborden och erbjuder hjälp till de behövande.

Dokumentationerna, såväl den sociala och som hälso- och sjukvårdens, förs sedan maj 2006 via datasystem. Omvårdnadspersonalen dokumenterar daganteckningar, de boendes intresse och de insatser som ska utföras. I de granskade hälso- och sjukvårdsdokumentationerna finns det individuella vårdplaner och aktuella status. Integrerade lokala mål för ledningssystem, kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är generellt beskrivna i verksamhetsplanen. Mätbara mål för fallriskbedömningar, nutrition och trycksår finns i omvårdnadsjournalerna.

Kompetensutvecklingen för personalen sker dels via Attendo Care ABs gemensamma utvecklingsprogram och dels via lokalt inbokade föreläsare. Dessa kompetensutvecklingsprogram inriktar sig mot anhörigstöd och omvårdnaden av dementa personer. Verksamheten fokuserar på de boendes trygghet, säkerhet samt deras bevarade integritet. Boendet ger ett gott intryck.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Vidareutveckla ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11. Vidareutveckla ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12. Utvärdera av ordinerade begränsningsåtgärder

Mangården

De boende får en god vård men delade hygienutrymmen inkräktar på den boendes integritet och möjligheter till självbestämmande. De boendes lägenheter är små med små möjligheter att möblera med privata möbler och privata tillhörigheter. Verksamheten har tillstånd att bedriva demensvård i befintliga lokaler till år 2010 då verksamheten måste flytta till mer ändamålsenliga lokaler.

Följande avvikelser finns: Dokumentation enligt SoL och HsL görs i datadokumentationsprogrammet SafeDoc och kan utvecklas och förbättras.

Mariahemmet

Vård och omsorgsboende för äldre som betonar god omvårdnad och bemötande. Arbetat med att ställa om huset till ett omvårdnadsboende med högre personaltäthet och införa ett mer strukturerat och kvalitetssäkrat särskilt boende enligt tydligare regelverk. Huset skall renoveras och behov av evakuering av de boende kommer att göras.

Marieberg vårdboende

Mariebergs har en hemlik och trivsam boendemiljö. Verksamhetschefen är utvecklingsinriktad med goda idéer om utveckling av vården och omsorgen. SoL och HSL dokumentationen förs nu i Safedoc och är betydligt förbättrad mot föregående år. Det saknas fortfarande lokala skriftliga enhetsspecifika rutiner.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast innan årsskiftet: Skriftliga enhetsspecifika rutiner för SoL och HSL. Individuella kompetensutvecklingsplaner. Upprätta och tillämpa egenkontroll livsmedelshantering. Sjuksköterskan måste få utbildning i Safedoc. Till nästa uppföljning ska sjuksköterskan ha utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Nackahemmet/Nacka Koti

Nackahemmet är en tvåspråkig (svenska-finska) verksamhet som ligger i samma byggnad som Nacka sjukhus. Verksamheten bedrivs i något slitna lokaler som inte ger ett hemlikt intryck. Verksamhetsledningen arbetar för att utveckla rutiner och riktlinjer i syfte att uppnå fullgod kvalitet.

Norrbärke Sjukhem

Naturskönt beläget boende i en socialt skyddad miljö. En öppen, nära och varm stämning på boendet samtidigt som man har anpassade rutiner i förhållande till målgruppen. Boendet har inte fullvärdiga bostäder för de enskilda.

Nya Nåshemmet

Nåshemmet ligger i naturskön omgivning. Carema Äldreomsorg AB tog över verksamheten i april 2008 och lokalerna har den senaste tiden genomgått en upprustning. Sedan övertagandet har arbete pågått med införande av Caremas rutiner och värdegrund. Bedömningen är att ledningen uppvisar ett stort engagemang och en vilja att utveckla verksamheten tillsammans med sin personal. Det har bedrivits ett aktivt utvecklingsarbete avseende den sociala dokumentationen och det är positivt att brukarna serveras mat som lagas i boendets kök.

Följande avvikelser finns: Fortsatt utvecklingsarbete avseende den sociala dokumentationen bland annat avseende brukarnas delaktighet.

Näsbyrads Parkinsonboende

Samlad bedömning av uppföljningen: Boendet ger ett allmänt trivsamt intryck. Stor balkong finns med möjlighet till utevistelse. Utbildningsnivån är hög och personalen syns vara genuint intresserade av att arbeta med parkinsondrabbade personer. Enheten har arbetat med ett kostprojekt som bl a har resulterat i att alla boende har nutritionskort med mycket detaljerad information kring mat och måltidssituation. Enheten har en engagerad ledning.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 091231: Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11 håller på att utarbetas. Enheten använder sig av ISO och arbetet beräknas vara klart till 090630. Arbetet med individuella kompetensplaner pågår och beräknas vara färdigt till mars 2009. För närvarande dokumenterar vårdpersonalen med papper och penna. Denna dokumentation förvaras i pärmar i skåp som inte alltid är låst. Enheten utbildar all personal i det elektroniska dokumentationssystemet Safedoc och ska gå över till detta när alla fått utbildning. Enl verksamhetschefen har Länsstyrelsen godkänt förvaringen av dokumentationen i avvaktan på att all personal fått utbildning och börjar använda Safedoc. Detta beräknas till februari 2009.

Rosengården

Förvaltningens intryck av Rosengården är övervägande positivt. Ren och säker boendemiljö och det finns möjligheter till samvaro såväl inomhus som utomhus. Dokumentationen förs digitalt och den är lättöverskådlig och det finns aktuella genomförandeplaner för de boende.

Rosstorps Äldreboende

Rosstorps äldreboende ger ett mycket positivt intryck med en lugn och harmonisk stämning. Boendet präglas av en hemlik miljö med de boende i fokus. Trivsamt utemiljö med stor trädgård och sjöutsikt. Man har ett individuellt synsätt och tillvaratar den enskildes behov och önskemål. Rosstorp har väl genomtänkta rutiner för såväl hälso- och sjukvård som den sociala delen inklusive existensiella frågor. En ombyggnad är nu under planering och förväntas påbörjas under 2009. Detta kommer att leda till att boendet uppnår fullgod boendestandard. All kost och mathantering sker på boendet vilket ger ett hemtrevligt intryck med dofter. Sjuksköterska finns ej på plats dygnet runt. Inställetiden för sjuksköterskan i det mobila teamet är 30 min. Helhetsintrycket är att hälso- och sjukvårdsinsatserna fungerar väl.

Rubinen

Helhetsintrycket av Rubinens gruppboende är bra. Boendet har en varm, trivsamt och hemlik miljö. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Allt är välordnat, rent och fräckt. Verksamheten har låg personalomsättning och god kontinuitet vilket skapar trygghet och ett gott bemötande. I verksamhetens ledningssystem framgår enhetens rutiner och ansvarsfördelning dock saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerade om nya författningar m.m. Information ges om ny författning om medicintekniska produkter. När det gäller synpunkter och klagomålshantering är det viktigt att dessa registreras oavsett om det är av enklare karaktär. Detta för att få en överblick på frekvens och eventuella återupprepningar. Mas skickar rutiner för riskbedömningar avseende fallolyckor, trycksår och malnutrition med tillhörande instrument till verksamheten.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 31 december 2008: Utveckla ledningssystemet så att det framgår hur processen kring egenkontrollen genomförs. Synpunkt- och klagomålshantering. Rehabbedömning inklusive ADL status av sjukgymnast/arbets terapeut vid inflyttning samt handledning till personal.

Röda Korsets korttidsvård

Uppföljningsgruppen bedömer att Röda korsets korttidsplatser har en väl fungerande verksamhet där de boende får ett bra bemötande och en god omsorg och omvårdnad. Det har bedrivits ett utvecklingsarbete bland annat avseende den sociala dokumentationen.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast vid nästa uppföljningstillfälle: De synpunkter som finns i apotekets protokoll från kvalitetsgranskningen 24/11-08 ska och är på gång att åtgärdas snarast enligt aktuell MAS. Verksamheten håller på att upprätta ett ledningssystem för hälso- och sjukvården inklusive för medicintekniska hjälpmedel. Inkontinenshjälpmedel ska förskrivas individuellt av behörig sjuksköterska eller sjukgymnast. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas dokumentation ska innehålla riskbedömning av malnutrition och vårdplaner vid omfattande behov av specifik omvårdnad t ex smärtbehandling.

Utveckling av den sociala dokumentationen bland annat avseende genomförandeplan och brukarens delaktighet. Upprättande av ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 (SoL).

Rönnebacken (korttidsboende)

De boende får enligt förvaltningens uppföljare en god omvårdnad och en god och säker hälso- och sjukvård. Stor hänsyn tas till de boendes individuella behov och önskemål. Verksamheten är sedan 2008-03-18 certifierade enligt ISO 9001:2000; "Vård- och omsorg av personer med demenssjukdom och andra sjukdomar förknippade med åldrandet". Personalen uppvisar ett gott bemötande och de boende förefaller lugna och trygga. De boende erbjuds olika aktiviteter t ex daglig utevistelse. Möjligheten att välja mellan två varmrätter finns både till lunch och middag. På korttidsboendet finns det både enkel och dubbelrum men de boende har inte tillgång egna hygienutrymmen. Verksamheten planerar därför att flytta till ändamålsenliga lokaler under 2010.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast vid 2009 års uppföljning: Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har inte genomförts sedan våren 2006.

Safiren

Helhetsintrycket av Safirens gruppboende är bra. Boendet har en varm, trivsamt och hemlik miljö. Verksamheten är familjär och har bra kontakt med anhöriga. Allt är välordnat, rent och fräckt. Verksamheten har låg personalomsättning och god kontinuitet vilket skapar trygghet och ett gott bemötande. Utveckling av ledningssystem enligt författningarna SOSFS 2006:11 och 2005:12 pågår. I verksamhetens ledningssystem framgår rutiner och ansvar dock saknas processen kring hur egenkontrollen genomförs och hur verksamheten håller sig informerade om nya författningar m.m.

Information ges om ny författning om medicintekniska produkter. Mas skickar rutiner för riskbedömnigar avseende fallolyckor, trycksår och malnutrition med tillhörande instrument till verksamheten.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 31 december 2008: Utveckla ledningssystemet så att det framgår hur processen kring egenkontrollen genomförs. Utbildning i livsmedelshygien till all personal. Munhälsobedömning och tandvårdsintyg för nödvändig tandvård till alla boende.

Sandstugan

Ett välstrukturerat boende som uppvisar en lugn och öppen atmosfär där de boende verkar trivas. Lokalerna är inte fullvärdiga dock välskötta så långt det gått. Boendet har erhållit en tomt närmare Tumba centralort, ritningar finns som visades vid besöket, bygglovsprocessen är inledd och huset bör stå färdigt nyåret 2011. Planeras bli 52 platser i det nya boendet. Tvingas evakueras till Vårbergs Sjukhem i november då de är uppsagda av nuvarande hyresvärd och har inlett processen med länsstyrelsen för att få tillstånd till evakueringen.

Sjösidan/Stortorp (Huddinge kommun)

Sjösidan är en del av Stortorps äldrecentrum som består av ett flertal byggnader och äldreverksamheter. Det är vackert beläget och har tillgänglig utemiljö. Lokalerna är i gott skick men planlösningen innehåller vissa dubbelrum, ej fullvärdiga bostäder medan andra är fullvärdiga. En ombyggnadsplan är utarbetad av kommunen som är flerårig, start är inte angiven. Verksamheten har utvecklats avsevärt gällande kvalitet och dokumentation och de olika enheternas utvecklingsarbete har olika fokus. Omvårdnaden har ett regelbundet inslag av aktiviteter.

Skogsbyn enhet 9 och 10

Skogsbyn enhet 9 och 10 bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Enheten har för närvarande en tillförordnad enhetschef och personalomsättningen har under året varit hög. Lokalerna på enheten är rymliga, med långa korridorer i mellan. En innergård finns på bottenvåningen. När det gäller rutiner och dokumentation har ett stort utvecklingsarbete skett under det senaste året, dock återstår en hel del förbättringsarbete. Utveckling/förbättring krävs på nedanstående områden

Följande avvikelser finns: Plan för all personals kompetensutveckling. Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 finns endast till viss del. Skriftlig information ska ges till de boende vid inflyttning. Dokumentation ska innehålla levnadsbeskrivningar. Redovisning av inkomna synpunkter och klagomål. Egenkontrollprogram avseende kost ska finnas på enheten. Tillgång ska finnas till specialistkompetens i kost och nutritionsfrågor. Erbjuda vardagsnära aktiviteter och regelbunden utevistelse. Ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 finns endast till viss del. Dokumentation om ID-kontroll ska finnas. Dokumentation om begränsningsåtgärder behövs förtydligas. Uppföljning/utvärdering saknas för många begränsningsåtgärder. Omvårdnads- samt läkarjournaler ska separeras. Alla sjuksköterskor ska ha utbildning i forskrivningsrätt. All personal ska ha utbildning i basala hygienrutiner.

Smedbygården

Smedbygården ligger trivsamt i markplan och lokalerna ger ett hemtrevligt intryck. Det råder en välkomnande och trygg atmosfär på boendet. Bedömningen är att Smedbygården bedriver en god vård och omsorg där personalen förmedlar respekt och omtanke om de boende. Hälso- och sjukvården har en föredömlig dokumentation av skyddsåtgärder (begränsningsåtgärder). Det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete med en kunnig ledning och delaktig personal.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast till nästa uppföljning: Riskbedömningsinstrument som används för alla boende vid identifiering av boende med risk för fallolyckor och malnutrition.

Solbacken Vård och Omsorg

Versamheten bedrivs i slitna lokaler och har tidigare fått kritik av Länsstyrelsen för sin boende-standard. Verksamheten har nu fått tomtanvisning och väntar på bygglov, har vid uppföljningstillfället fått ett förhandsbesked som företaget säger är positivt. Beräknas vara klart 2010.

Dokumentationen förs manuellt både inom SoL el HSL. Företaget, söker efter ett datoriserat dokumentationssystem och har för avsikt att införa detta.

Solgården

Solgården bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Enheten är nystartad, dock har samtlig personal har utbildning/erfarenhet. Lokalerna är rymliga och fräscha. På innergården finns en anlagd trädgård och balkonger finns för utevistelse. När det gäller rutiner och dokumentation har ett stort utvecklingsarbete skett under det senaste året, dock återstår visst förbättringsarbete. Utveckling/förbättring krävs på nedanstående områden.

Följande avvikelser finns: Plan för all personals kompetensutveckling. Rutiner för introduktion av nyanställda. Ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 finns endast till viss del. Dokumentationen ska innehålla levnadsbeskrivningar. Redovisning av inkomna synpunkter och klagomål. Egenkontrollprogram avseende kost ska finnas på enheten. Tillgång ska finnas till specialistkompetens i kost och nutritionsfrågor. Erbjuda vardagsnära aktiviteter och regelbunden utevistelse. Rutin för att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ska finnas. Ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 finns endast till viss del. Dokumentation om ID-kontroll ska finnas. Dokumentationen om begränsningsåtgärder behövs förtydligas. Omvårdnads- samt läkarjournaler ska separeras. Alla sjuksköterskor ska ha utbildning i förskrivningsrätt. All personal ska ha utbildning i basala hygienrutiner.

Stockholms sjukhem

Stockholms sjukhem har en stadigvarande positiv utveckling inom vård -och omsorgsarbetet. Boendemiljön är trivsamt, personalen arbetar lugnt och bemöter de boende med respekt. Bemanningen är god, för att säkra de boendes behov av trygghet och säkerhet på kvällen inom demensenheter finns alltid en personal tillsammans med de boende i de allmänna utrymmena. För att bättre kunna tillgodose individuella behov har paramedicinerna utökats från 2,5 till 2,8. Neurologisk enheten har hittat former för att ytterligare höja kvaliteten i omvårdnaden genom att ha fyra volontärer som besöker boendet.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Alla boendeenheter ska följa rutinen för hantering av egna medel, egna medel ska förvaras i kassaskåp. Fortsätta utveckla och förbättra SoL dokumentationen, även nattinsatser ska framgå i genomförandeplanen. Fortsätta utveckla och förbättra HSL dokumentationen

Strandgården/Stortorp (Huddinge kommun)

Strandgården är en del av Stortorps äldrecentrum som består av ett flertal byggnader och äldreverksamheter. Det är vackert beläget och har tillgänglig utemiljö. Lokalerna är i gott skick men planlösningen innehåller vissa dubbelrum, ej fullvärdiga bostäder medan andra är fullvärdiga. En ombyggnadsplan är utarbetad av kommunen som är flerårig, start är inte angiven. Verksamheten har utvecklats avsevärt gällande kvalitet och dokumentation och de olika enheternas utvecklingsarbete har olika fokus. Omvårdnaden har ett regelbundet inslag av aktiviteter. Strandgården håller på och bygger upp ett fullt utbyggt kvalitetssystem.

Svalnäs/ Blomsterfonden

Svalnäs sjukhem drivs av Föreningen Blomsterfonden och består bl.a. två sjukhemsenheter med somatisk diagnostiserade äldre människor där Stockholms stad köper platser. För närvarande finns 5 personer från två stadsdelsförvaltningar. Personalbemanning finns dygnet runt och bedöms vara tillräcklig i förhållande till de boendas behov av vård och omvårdnad. Personalomsättningen är låg. Boendemiljön är trevlig och kontaktmannaskapet är väl fungerade. De basala hygienrutinerna följs

inte fullt ut bl.a. bär några av personalen armbandsur och smycken. Kunskapen om anmälningsärenden i enlighet med Lex Sarah är inte tillräcklig. Utbildning erfordras även dels avseende basala hygienrutiner och dels livsmedelshygien.

Såväl de sociala och som hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras manuellt. Biståndsbesluten är generellt otydliga och detta försvårar utformningen av de individuella planerna i de sociala dokumentationerna. Detta gäller i synnerhet biståndsbesluten från Stockholms stad. Erbjudande av vardagsnära aktiviteter finns men det framgår inte i genomförandeplanerna vem som har ansvaret för att dessa utföres praktiskt eller när de skall genomföras. Genomförda ordinerade omvårdnadsåtgärder saknas helt i de sociala dokumentationerna. Nutritionsbedömningar finns men fallriskbedömningarna är sporadiskt genomförda/dokumenterade. Åtgärder är givna men uppföljningar/utvärderingar saknas. Dessutom är genomgångarna av riskbedömningarna ofta inte aktuella. Rutinbeskrivning av fysiska begränsningsåtgärder saknas.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009: Utforma ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens författningar, SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11. Utarbeta ruiner/riktlinjer för användningen av fysiska begränsningsåtgärder. Dokumentera utförda vardagsnära aktiviteter och utevistelser. Genomför utbildningar gällande basala hygienrutiner, livsmedelshygien och innebörden av Lex Sarah-anmälan.

Villa Cederschiöld

Demensboende för äldre som gav ett intryck av lugn och trivsamt atmosfär. Boendet skall renoveras och kommer att evakueras troligen någon gång under nästa år. De har arbetat med att skapa nya fullständiga sociala akter för de boende.

Vittsjö sjukhem

Bedömningen är efter verksamhetsuppföljningen att Vittsjö sjukhem är ett fungerande boende. En lugn och trygg stämning genomsyrar hela boendet och då bör beaktas att de boende har stora omvårdnadsbehov. De boende har stor möjlighet till utevistelse, då trädgården är lättillgänglig. Ett sinnesrum finns där de boende får stimulering av syn, hörsel, lukt och känsel. All mat lagas på boendet och köket ligger i direkt anslutning till dagrummet där de boende till stor del vistas. Samtlig personal har minst fem års erfarenhet från yrket och/eller adekvat utbildning. Personalgruppen får kontinuerligt handledning. När det gäller social dokumentation och skriftliga rutiner behövs utveckling/förbättring enligt nedan.

Följande avvikelser finns: Plan för all personals kompetensutveckling. Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11 ska finnas. Dokumentation kring om de boende varit delaktiga i utformningen av hjälpen. Övergripande dokument om Ledningssystem enligt SOSFS 2005:12 ska finnas. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen behöver förbättras, bl.a. med uppgifter om ID-kontroll och sekretess. Riskbedömningar måste göras och dokumenteras. Vårdplaner ska finnas i hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Journaler ska förvaras åtskilda, så att all dokumentation inte är tillgänglig för all personal.

Årstabergshemmet

Årstabergshemmet bedöms utifrån genomförd verksamhetsuppföljning vara en fungerande verksamhet. Personalens engagemang i arbetet med att ge de boende en god vardag varierar mycket mellan avdelningarna. Detta är det område verksamheten måste utveckla mer.

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2009-06-15: All personal ska genomgå utbildning avseende kost och nutrition för äldre och avseende livsmedelshygien. De boende ska erbjudas vardagsnära aktiviteter och stimulans samt regelbunden utevistelse.