

Hässelgårdens gruppboende - verksamhetsuppföljning 2010



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

Inriktning (*går inte att redigera*):
Gruppboende

Uppföljande stadsdelsförvaltning (*går inte att redigera*):
Hässelby-Vällingby

Avtalspart / Nämnd:

Egen regi

Verksamhetschef:

Ingrid Lindeborg

Hemsida:

www.stockholm.se/hasselgarden

Adress:

Ormängsgatan 10, 165 56 Hässelby

Telefon:

08-508 04 030

Verksamhetens regiform:

- ☒ Kommunal regi
- ☐ Privat regi
- ☐ Entreprenad

Tillstånd från länsstyrelsen/Socialstyrelsen (gäller enbart privat verksamhet):

- ☐ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden
☐ Tillståndet överensstämmer inte med faktiska förhållanden

Antal boende totalt:

88

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	11
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	69
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	1
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	1

Uppföljningens genomförande:

Uppföljningen utförd av:

Raili Petterson, medicinskt ansvarig sjuksköterska och Josefin Johansson, utvecklingssekreterare

Datum för uppföljningen:

2010-03-22 och 2010-04-08

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Enhetschefer Petra Gustafsson, Marie Sjölund, sjuksköterskor Therese Gran, Violeta Palomera och Kerstin Rudberg, omvårdnadspersonal Curcharan, Newal, Giti, Monica, Mulu Yikano och Tsehag Gebray

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån enkät. Granskning av rutiner, lokaler och dokumentation.

Sammanfattande bedömning:

Avvikelser

☐ Inga avvikelser finns ☒ Avvikelser finns

Följande avvikelser finns:

Tydliga rutiner för introduktion av hälso- och sjukvårdspersonal saknas. En av enheterna förvarar inte dokumentationen utifrån socialtjänstlagen (beställningar, genomförandeplaner mm) på ett betryggande sätt. Vid dokumentationsgranskning saknar 6 % av de boende en genomförandeplan. De granskade genomförandeplanerna uppfyller de flesta formella krav men är sparsamt skrivna och ger endast i få fall en utförlig bild av hur en insats ska utföras eller vilka önskemål den äldre har. Det förekommer att nattfastna på någon enhet överstiger 11 timmar. Vissa brister finns när det gäller att ta tillvara de äldres önskemål och erbjuda samt utforma aktiviteter utifrån dem. Gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok: I sin helhet uppfyller dokumentationen kraven för journalföring dock kan vårdplanerna förbättras så att långsiktiga och kortsiktiga mål framgår tydligare. Gällande inkontinensutredning: Förbättringsåtgärd är att utreda personer med inkontinens enligt Nikola mall och dokumentera resultatet i journalen. Dokumentation om inkontinensutredning saknas i samtliga journaler. Däremot finns inkontinensstyp och inkontinenshjälpmedel beskrivna. Hygien: Vissa förråd i A huset var röriga och behöver ordnas upp.

Avvikelserna skall vara åtgärdade senast:

mars 2011

Samlad bedömning av uppföljningen:

Personalen var mycket engagerade i att ha en bra enhet utifrån lagstiftning och de rutiner som styr verksamheten. Tydliga förbättringar kunde ses avseende dokumentation, utbildningsgraden inom kost och fördelningen av måltider under dagen så att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Lokalerna är gamla och slitna. Personalen har försökt göra så trevligt som möjligt med resurserna de har. Det är svårt att ha en fullgod hygienisk standard på grund av att lokalerna inte är ändamålsenliga. Bland annat finns det enheter där tvättmaskiner för boende är placerade på personaltoaletten. Ombyggnation av husen är planerad med start hösten 2010. Personalen känner väl till hälso- och sjukvårds- lagstiftningen och följer de rutiner som MAS har anvisat. Enheterna har sjuksköterskor med lång erfarenhet av äldresjukvård. Bedömningar gällande nutrition, fallolyckor och trycksår är utförda på samtliga boenden.

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:

Alla enheter arbetar inte lika avseende vem som kontaktar beställaren för reglering av ersättning. Skriftlig rutin för avvikelse rapportering gällande ekonomi saknas men ska arbetas fram.

Ledning och personal:

Ledning:

Minst en av dem som är ansvarig för driften av verksamheten (verksamhetschef/ enhetschef) har:

- ☒ Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd
- ☒ Minst 36 månaders praktisk erfarenhet av arbete heltid inom äldreomsorgen exempelvis som omsorgspersonal eller som arbetsledare
- ☒ Dokumenterad relevant utbildning, d.v.s. socionomutbildning med inriktning mot äldre och funktionshindrade, ålderdomshemsföreståndarutbildning, social servicelinje, sjuksköterskeutbildning eller annan eftergymnasial utbildning som ger likvärdiga kunskaper.

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Totalt antal anställda på uppföljd inriktning:

60

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

52,5

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☒ Minst 75 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Minst 50 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Minst 25 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är tillsvidareanställda

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonalen under det senaste året:

- ☒ 0 %
- ☐ 1-5 %
- ☐ 6-10 %
- ☐ 11-15 %
- ☐ 16-20 %
- ☐ 21 % eller mer

Personal:

- ☒ All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har för verksamheten adekvat specialist utbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig
- ☒ Plan finns för all personals kompetensutveckling
- ☐ Rutiner finns för introduktion av nyanställda
- ☐ All personal behärskar det svenska språket i tal
- ☐ All personal behärskar det svenska språket i skrift

Personalen bär identifikation synlig för brukaren med:

- ☐ Dennes (personalens) namn
- ☐ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Rutiner för introduktion av omvårdnadspersonal finns men inga tydliga rutiner för hälso- och sjukvårdspersonal. Sammanlagt har ca fyra medarbetare svårigheter med det svenska språket i tal och/eller skrift. Insatser pågår för att åtgärda detta. Enligt enhetscheferna bär vikarierna inte alltid namnskylt. Vid besök på avdelningarna bär personalen namnskyltar på alla utom en enhet.

Boendemiljö:

- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring
- ☒ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel
- ☒ Tillgång till TV finns

De boende erbjuds bostad med:

- ☒ Egen toalett
- ☒ Egen dusch
- ☒ Egen kokmöjlighet

Eventuella kommentarer avseende boendemiljön:

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:

Ledningssystem finns och boendet som helhet arbetar med att uppdatera rutiner och räknar med att vara klara inom kort. Den interna kontrollen brister för närvarande, frågan kommer att prioriteras under 2010.

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:

Om det är möjligt gör personalen hembesök, innan flytt, hos den som tackat ja till erbjudande om boende på Hässelgården.

Kontaktmannaskap:

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende
- ☒ Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman
- ☒ Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för den enskilde, dvs. minimerar antalet personal hos den enskilde och håller överenskomna tider

Eventuell kommentar om kontaktmannaskap:

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen samt brukarinflytande:

- ☒ Beställning finns
- ☒ Av beställningen framgår aktuell situation och insatsens syfte
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse
- ☐ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- ☐ Genomförandeplaner finns för alla boende

De genomförandeplaner som finns innehåller:

- ☒ Kontaktmannens namn
- ☒ Ett veckoschema där insatsernas utformning och genomförande beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
- ☒ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ☒ Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
- ☐ Ansvarig arbetsledare
- ☒ Underskrift av kontaktman
- ☒ Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud
- ☒ Den enskilde och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

Anhörig/Förtroenderåd:

- ☐ Anhörigråd finns
- ☒ Förtroenderåd finns

Eventuell kommentar om dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen och brukarinflytande:

Vid besöket förvarar alla enheter, utom en, pappersdokumentationen på ett sådant sätt att obehöriga inte kan få tillgång till den. Vid dokumentationsgranskning har 94 % av de boende en godkänd genomförandeplan eller en plan under bearbetning och 6 % saknar helt en genomförandeplan. Datum för uppföljning finns på samtliga planer men verkar inte följas, 32 % av planerna är över ett år gamla. De granskade genomförandeplanerna uppfyller de flesta formella krav men är i många fall sparsamt skrivna, beskriver mycket allmänt hur en insats ska utföras eller vilka önskemål den äldre har. Vid samtal med personalen framkommer att de flesta tycker att genomförandeplanen inte fyller någon funktion i det dagliga arbetet. Vikarier har inte behörighet i dokumentationssystemet ParaSol.

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:

Boendet genomför inga egna brukarundersökningar utöver stadens.

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

- ☒ Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah
- ☒ Rutiner finns för att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Sarah anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Sarah:

Kost

- ☐ Matintaget fördelas jämnt över dygnets vakna timmar, med frukost, lunch och middag samt tre mellanmål med hänsyn tagen till att nattfastan inte överstiger 11 timmar
- ☒ Kosten är anpassad efter individens behov, utifrån Livsmedelverkets rekommendationer
- ☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet
- ☒ Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor
- ☒ Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning:

☐ 0 % ☐ 1-30 % ☐ 31-50 % ☐ 51-65 % ☒ 66-75 % ☐ 76-85 % ☐ 86-100 %

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

☐ 0 % ☐ 1-30 % ☐ 31-50 % ☐ 51-65 % ☐ 66-75 % ☐ 76-85 % ☒ 86-100 %

Eventuell kommentar angående kost:

Fördelningen av måltider över dygnets vakna timmar har blivit bättre sedan föregående år. På någon enhet kan nattfastna fortfarande överstiga 11 timmar men blir aldrig längre än 12 timmar.

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:

Många aktiviteter erbjuds i huset men enhetscheferna uppger själva att enheterna kan bli bättre på att ta tillvara de äldres önskemål och utforma aktiviteter utifrån dem.

Hantering av egna medel och nycklar:

- ☒ Rutiner finns för hantering av egna medel
- ☒ Rutiner finns för hantering av nycklar

Eventuell kommentar angående hantering av egna medel och nycklar:

Städning och tvätt:

- ☒ Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- ☒ Vid behov utförs mindre lagningar av kläder
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar angående städning och tvätt:

Hälsa- 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:

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 placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria
☒ Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Maria anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Maria:

Dokumentation av hälso- och sjukvård:

- ☒ Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
☒ Journalen innehåller riskbedömningar för fall
☒ Journalen innehåller riskbedömningar för undernäring
☒ Journalen innehåller riskbedömningar för trycksår
☐ Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
☒ Vårdplanen respektive rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i

hälsotillståndet

- ☒ Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem

Eventuell kommentar till dokumentation av hälso- och sjukvård:

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:

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:

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:

Läkemedel:

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

Eventuell kommentar till läkemedel:

Senaste granskning utförd 2009-05-13

Begränsningsåtgärder:

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

Eventuell kommentar angående begränsningsåtgärder:

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: