



HÄSSELBY-VÄLLINGBY STADSDELSFÖRVALTNING

Socialtjänstavdelningen

Handläggare: Gunilla Ljungholm

Telefon: 508 05 209

Dnr 1.2.1-131-2011

Sammanträde 22 mars 2011

TJÄNSTEUTLÅTANDE
SID 1 (22)
25 JANUARI 2011

Till

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Uppföljning av verksamheter som drivs av Carema Orkidén AB i Hässelby- Vällingby för personer med funktionsnedsättning

Förvaltningens förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden godkänner redovisningen.
2. Stadsdelsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att åtgärder vidtas inom utsatt tid.

Leif Spjuth
stadsdelsdirektör

Ingrid Brännström
avdelningschef

Marie Sundström
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning

Carema Orkidén AB driver elva verksamheter på uppdrag av Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Verksamheterna har ett ledningssystem för att långsiktigt säkra verksamheternas kvalitet. Den enskilde eller dennes ställföreträdare har möjlighet att ha inflytande över insatsens utförande. Det finns tydlig organisation och ansvarsfördelning inom verksamheterna. Utifrån genomförda uppföljningar bedöms verksamheterna bedrivas utifrån gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer och avtal. Verksamheterna bedöms vara av god kvalitet men dokumentationen behöver generellt förbättras.

Bilaga: 1 Förbättringsåtgärder Carema Orkidén AB – sammansällning
2 Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvård – sammanställning

Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom socialtjänstavdelningen i samarbete med Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Ärendet har behandlats i lokala handikapprådet 14 mars 2011.

Bakgrund

Carema Orkidén AB driver elva verksamheter i Hässelby-Vällingby på uppdrag av stadsdelsförvaltningen. Verksamheterna har upphandlats enligt lag om offentlig upphandling, LOU. Avtalen för verksamheterna löper över olika tidsperioder:

Spegelns dagliga verksamhet och Bergmyntegränds gruppboestad
2008 10 01-2011 09 30.

Gruppbostäderna Eklövsgård, Granskogsvägen, Kanngjutargård och Rosenbacken 2009 03 03-2012 02 29.

Backlura gruppboestad övre och nedre planet, Sörgårdens barn och ungdomsboende 2009 04 21-2012 03 31.

Dagliga verksamheterna Astrakan och Containeråttan 2009 12 01-2012 11 30.

Att verksamheterna som drivs av Carema Orkidén är av god kvalitet följs upp på olika sätt. Genom att bjuda in entreprenören till samverkansmöten två gånger per år, bjuda in anhöriga/gode män en gång per år och besöka varje verksamhet minst en gång per år, så får stadsdelsförvaltningen kunskap om både styrkor i verksamheten och angelägna förbättringsåtgärder. Förvaltningen får på dessa möten information om vad brukarna och anhöriga tycker är viktigt på olika verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett ansvar vilket regleras enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen och 7 kap. 3§ patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:13:69). I MAS ansvaret ingår ett ansvar för att patienterna får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Enligt principöverenskommelsen från 1994, ansvarar landstinget för utförandet av den hälso- och sjukvård som åligger kommunen enligt 18- 18c § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Detta innebär ett ansvar upp till och med sjuksköterskenivå för de personer som bor i de särskilda boendeformer och de som vistas i dagliga verksamheter inom LSS. I ansvaret ingår även habilitering, rehabilitering och tekniska hjälpmedel. Carema ansvarar för att bekosta de förbrukningsartiklar som behövs

vid inkontinens. Vårdcentralens sjuksköterskor provar ut och förskriver dessa hjälpmedel.

Verksamhetsuppföljning

Cirka fyra månader efter det att en entreprenör övertagit driften av en verksamhet görs det första uppföljningsbesök. Om besöket är förankrat eller inte varierar. En kortfattad utvärdering av övertagandeprocessen görs vid besöket. Dessutom diskuteras personalförsörjningen, personal/ledning, dokumentation, krav på tjänsten och brukarinflytande. Verksamhetsuppföljning görs på alla verksamheter varje år. Vid behov kan denna kompletteras med ytterligare uppföljningsbesök och oanmälda besök. Syftet är att kontrollera att verksamheten arbetar utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete, följer gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer och tecknat avtal och att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsåtgärder som finns. Uppföljningen tar två till tre timmar och är alltid förankrad. Innan besöket på verksamheten genomförs, inhämtas ev. synpunkter på verksamheten från biståndshandläggare och ekonomiavdelning. Vid verksamhetsbesöket intervjuas verksamhetschefen utifrån förutbestämda frågor. Verksamhetschefen avgör vilka som ska delta vid uppföljningen. Uppföljaren kan i vissa fall ställa krav på att få träffa en viss yrkeskategori, förutom verksamhetschefen. Förutom intervju granskas dokumentation och rutiner. Viss observation görs i lokalen.

Uppföljningen består av följande delar:

- Ekonomi – granskningen görs främst av ekonomiavdelningen.
- Ledningssystem för kvalitet – föreskrifter från socialstyrelsen.
- Krav på tjänsten – kraven ställs i samband med upphandlingen.
- Personal – bl.a. vilken utbildning nyrekryterad personal har.
- Mervärden – framgår av det anbud entreprenören lämnat i samband med upphandlingen.
- Anhörigmöten – en gång per år.
- Samverkansmöten med entreprenörerna – två gånger per år.
- Uppföljning utifrån HSL.

Uppföljningsbesöken dokumenteras i en uppföljningsrapport med en sammanställning av förbättringsåtgärder. Verksamhetschefen får möjlighet att kommentera uppföljningsrapporten innan den skrivs under. Verksamheternas förbättringsåtgärder redovisas i bilaga 1.

Att hitta metoder för att ta reda på brukarnas synpunkter är svårt. Anhöriga/gode män som ofta känner brukarna väl får därför fungera som deras språkrör. Att ta reda på anhörigas synpunkter, vad som fungerar bra och vad som kan förbättras är en viktig del i verksamhetsuppföljningen.

I samband med att en ny entreprenör övertar driften av en verksamhet bjuder socialtjänstavdelningen in till regelbundna avstämningsmöten för att lösa frågor som uppkommit i samband med övertagandet, diskutera samverkansfrågor etc. Så länge båda parter har behov av att träffas fortsätter avdelningen att bjuda in till dessa möten. Avstämningsmötena ersätts sedan av samverkansmöten, två gånger per år.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer upp att hälso- och sjukvården och att verksamheten uppfyller kraven på en god och säker vård och de rutiner som utarbetats av MAS samt ansvarar för att nämnden informeras.

Övrig granskning

Förutom stadsdelsförvaltningens uppföljningar, granskar stadens funktionshindersinspektörer verksamheter som bedrivs i både privat som kommunal regi. Granskningen ska bidra till att säkra kvaliteten för målgruppen och är ett komplement till annan uppföljning. Socialstyrelsen som är tillsynsmyndighet gör granskningar över hela landet utifrån olika fokus.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Ekonomi

Carema Orkidén AB har giltigt tillstånd och de försäkringar som krävs för att bedriva gruppboendena i Hässelby och Vällingby. För verksamheten väsentliga ekonomiska data samt ekonomiadministrativa rutiner enligt lag och praxis är granskade och inget anmärkningsvärt har framkommit.

Ledningssystem för kvalitet

Qualimax är Carema Orkidéns ledningssystem för kvalitet och miljö. Ledningssystemet är certifierat enligt den internationella standarden ISO 9001:2004. Syftet är att säkerställa en god kvalitet på verksamheterna, skapa arbetssätt och uppföljningsrutiner som gör ständiga förbättringar till ett naturligt arbetssätt. I Qualimax ingår fyra olika delar, ledning, dokumentation, mätning och förbättring. Den enskildes mål, uppföljningar av målen och avvikelser, dokumenteras i en s.k. boplan.

Vid uppföljningarna framkom att ledningssystemet används på alla verksamheter. På tre verksamheter är systemet inte infört fullt ut. På några verksamheter behöver enstaka rutiner förtydligas, vilket har åtgärdats inom utsatt tid. Enligt avtalet ska utföraren använda stadens dokumentationssystem ParaSoL vilket innebär att personalen arbetar med dubbla dokumentationssystem vilket vissa chefer påpekat är ineffektivt. Verksamheterna har en tydlig organisation där ledningsfunktioner, beslutsvägar och ansvarsområden tydligt framgår. Verksamheterna har rutiner som säkerställer att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning

och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling. Det finns rutiner för att säkerställa att beslutade insatser utförs utifrån beställning och att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Både personal och brukare har möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla verksamheten.

Krav på tjänsten

Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras, ska dokumenteras i en genomförandeplan. Det fortsatta genomförandet ska fortlöpande dokumenteras. Genomförandeplanen ska upprättas tillsammans med den enskilde och/eller dennes ställföreträdare. Målen ska vara individuellt utformade och ska bygga vidare på målen i beställningen. Kopplingen mellan beställning och mål i genomförandeplanen ska vara tydlig.

Vid uppföljningen framkom att dokumentationen generellt är ett utvecklingsområde och att nivån på dokumentationen varierar mellan olika verksamheter. De flesta brukare har aktuella genomförandeplaner eller genomförandeplaner som är under utarbetande. De individuella målen behöver utvecklas så de är tydliga, mätbara och realistiska utifrån brukarens enskilda förmåga. På vissa verksamheter saknas fortlöpande dokumentation när omständigheter inträffar som medfört att en aktivitet inte har kunnat genomföras som planerat. Förvaltningen vill speciellt påpeka vikten av att utföraren säkerställer att den enskilde får möjlighet att delta i individuella fritidsaktiviteter och kulturella aktiviteter på gruppboenden såväl som ute i samhället.

Alla brukare har en stödperson, flera verksamheter har utsett två. Med stödperson avses en person i personalgruppen som inom ramen för sin yrkesroll har till uppgift att särskilt bevaka sådant som rör den enskilde. Stödpersonen ansvarar för att den enskildes intressen tas till vara samt har ett övergripande ansvar att den insats som är beviljad, planerad och överenskommen också utförs.

Flera chefer har haft synpunkter på beställningarna bl.a. de som är begränsade till en kort tid och beställningar som är "tunna". Att utarbeta en genomförandeplan utifrån en beställning som gäller en kort tid medför en ökad arbetsbelastning för utföraren och kräver engagemang även från anhöriga. Planen ska vara utarbetad, godkänd av den enskilde och/eller ställföreträdare och vara biståndshandläggaren tillhanda inom 15 dagar. Denna synpunkt kommer att diskuteras inom socialtjänst-avdelningen.

Verksamheternas förbättringsåtgärder är sammanställda i bilaga 1.

Anhörigmöte

Anhöriga/gode män/förvaltare inbjöds till ett anhörigmöte 2010 12 01. Vid mötet framkom att meningarna är delade, huruvida de förändringar som skett efter att Carema övertagit driften av verksamheterna, är till det bättre eller inte. Vissa tycker det hänt mycket positivt sedan övertagandet. Personalen är engagerad. De försöker engagera de boende att göra individuella aktiviteter. Gemensamma aktiviteter mellan flera gruppboenden anordnas liksom semesterresor.

Spegelns dagliga verksamhet

2010 10 11 - uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare. Från verksamheten deltog, Annette Silberman verksamhetschef och Kina Carlsson vikarierande gruppchef.

Spegelns dagliga verksamhet vänder sig till personer med utvecklingsstörning. Verksamhetens inriktning är att ge brukarna samvaro i mindre grupp med en tydlig struktur och individuellt anpassade aktiviteter. Verksamheten ligger i bottenvåningen i ett flerfamiljshus, nära Vällingby centrum. Verksamheten har tillstånd att ha 12 brukare men har vid tillsynstillfället nio brukare varav en går på deltid.

Resultatet av Caremas anhörigenkät visar att anhöriga är nöjda med Spegelns dagliga verksamhet. Anhörigas nöjdhetsgrad är 4.19 av 5 möjliga.

Totalt arbetar 5 personal på verksamheten, 4.7 helårsanställningar samt en verksamhetschef. 0.25 %. Enligt verksamhetschefen har personalen adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet. Två personal av fem är män. Åldersfördelningen varierar. Plan finns för kompetensutveckling. Personalen har genomgått ett antal utbildningar under 2010.

Funktionshindersinspektörerna har granskat Spegelns dagliga verksamhet. En redovisning av granskningen har presenterats för stadsdelsnämnden. Samtliga förbättringsåtgärder har följts upp och är genomförda enligt åtgärdsplanen.

Förbättringsåtgärder:

- Genomförandeplanerna behöver fortsätta att utvecklas. Målformuleringar och kopplingen mellan beställning och mål i genomförandeplanen ska vara tydliga. Målen ska vara formulerade så att de går att mäta om verksamheten uppnått målen.

Bergmyntegränds gruppbostad

2010 04 14 - uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Naimie Erling verksamhetschef och Kristina Jovanovic gruppchef.

Bergmyntegränds gruppbostad ligger i Backlura i en enplansvilla med fem lägenheter och gemensamt sällskapsrum. Alla lägenheter har egen uteplats. Till huset hör även en trädgård. På Bergmyntegränds gruppbostad bor vuxna personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Totalt arbetar 10 personal på verksamheten. Ingen nyrekrytering har skett sedan föregående uppföljning. En ny brukare har flyttat in vilket medfört en utökning av personalen med 0.26. En ny nattpersonal har rekryterats då en nattpersonal övergått till dagtjänstgöring. Verksamhetschefen bedömer att personalen har adekvat utbildning och erfarenhet för arbetet. Kompetensutvecklingsplan finns.

Förbättringsåtgärder:

- Rutin för användande av underleverantörer ska utarbetas.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Ormängens vårdcentral. Kontakten med vårdcentralen fungerar bra. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvarat kvällar och nätter.

Personalen på gruppbostad utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler. Personalen känner väl till MAS rutiner och lagstiftning gällande HSL. Enheten har kontinuerligt förbättringsarbete aktualiserad.

Enheten följer HSL lagstiftning och använder sig av rutiner enligt MAS anvisningar. Påtagliga förbättringar märks sedan tidigare granskningar. MAS har inget att anmärka gällande rutinerna utom att plan för regelbundna viktkontroller ska upprättas. MAS skickar uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten.

Förbättringsåtgärder

- Plan för viktkontroller ska upprättas

Eklövsgränds gruppbostad

2010 09 27 - uppföljningen av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Monica Pettersson verksamhetschef och Daniel Aroka gruppchef.

Eklövsgårds gruppboende ligger i Hässelby villastad i en tvåvåningsfastighet med sex fullvärdiga lägenheter och gemensamhetsutrymmen. Till fastigheten hör en stor trädgård. Verksamheten riktar sig till personer med lindrig till grav utvecklingsstörning med fysiska och psykiska tilläggshandikapp.

Vid uppföljningen framkom att dokumentationen behöver utvecklas. Under hösten har detta varit ett prioriterat utvecklingsområde. Stödpersonerna arbetar medvetet för att öka antalet fritidsaktiviteter. Genom att samarbeta med Granskogsvägens gruppboende har utbudet av gemensamma aktiviteter ökat. Flera av de boende har inte något önskemål eller vilja att delta i olika aktiviteter.

På gruppboendet arbetar 11 vårdare, 8,03 helårsanställningar samt en verksamhetschef på 0,25 %. Personaltätheten är anpassad till brukarnas behov och brukarnas fritidsaktiviteter. Sedan övertagandet har personalstyrkan minskats med ca 1,25 personal. Samtlig personal har, enligt verksamhetschefen, för uppdraget adekvat utbildning och lämplighet. Kompetensutvecklingsplan finns. För att inspirera till ökad friskvård, har verksamheten en hälsoinspiratör. Friskvård har, liksom dokumentationen, varit ett prioriterat område under hösten.

Förbättringsåtgärder:

- Utveckla dokumentationen. De individuella målen ska vara mätbara och formulerade så att de går att följa upp. Avvikelser från genomförandeplanen ska dokumenteras samt anledningen till avvikelserna.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Örmängens och Hässelby gårds vårdcentral. Under jourtid (kväll, natt) ansvarar Löwet ASIH för sjuksköteinsatser. Gruppboendet har ett bra samarbete med sjuksköterskan. Enheten arbetar fortlöpande med att utveckla verksamheten.

Personalen på gruppboendet utför hälso- och sjukvårdsåtgärder genom skriftlig delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Vid uppföljningen framkom några förbättringsområden för att säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskan skriver inte anvisningar i boendes hälsopärm utan all information sker muntligt. Personalen dokumenterar viktig informationen avseende hälso- och sjukvård i hälsopärmen och i ParaSol.

Under jourtid kontaktar verksamheten Vårdia sjuksköterskepatrull istället för Löwet ASIH som är ansvarig. De boende vikt kontrolleras vid inflyttning. Regelbunden kontroll görs dock inte på alla.

Verksamheten följer fallolyckor, diskuterar risker och åtgärder. Arbete med förebyggande riskbedömningar bör utvecklas där sjuksköterskan har ett huvudansvar.

Rutiner för vilka arbetsuppgifter som kräver delegering var oklart för verksamheten. Skriftliga instruktioner till vårdpersonal, avseende vid behovsläkemedel saknas.

Basala hygienrutiner efterlevs inte tillfredsställande, utan behöver utvecklas. Uppdaterade rutiner skickas till verksamheten.

Förbättringsåtgärder

- Sjuksköterskan ska lämna skriftlig anvisningar i boendes hälsopärm
- Jourtid ska kontakt tas med sjuksköterskepatrull Löwet ASIH som är ansvarig.
- Sjuksköterska bör i samråd med verksamheten arbeta med förebyggande fallriskbedömning och upprätta vårdplan.
- Regelbunden vikt kontroll på alla.
- Ansvarig chef och sjuksköterska genomgång av rutiner för delegering och läkemedelshantering.
- Skriftliga instruktioner till vårdpersonal, avseende vid behovsläkemedel.
- Följsamhet till basala hygienrutiner.

Granskogsvägens gruppbostad

2010 09 27 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Monica Pettersson verksamhetschef och Gun Palmhaag vårdare.

Granskogsvägens gruppbostad ligger i bottenvåningen i ett flerfamiljshus i Hässelby villastad. Gruppboستaden består av fem fullvärdiga lägenheter och gemensamhetsutrymmen. Målgruppen är personer med utvecklingsstörning.

Vid uppföljningen framkom att genomförandeplanerna behöver utvecklas. Under hösten var arbetet med att utveckla genomförandeplanerna ett prioriterat område.

Gruppboendena Granskogsgränd och Eklövsgränd arbetar med ett gemensamt utbud av fritidsaktiviteter. Stödpersonerna försöker motivera de boende att prova på aktiviteter. Flera vill inte delta i några. För att motivera de boende att prova något nytt, erbjudas alla "egen tid" med stödpersonen. På den egna tiden kan man bestämma från gång till gång vad man vill göra. På verksamheten har man även infört ett aktivitetsråd.

Totalt arbetar 5 personal på verksamheten, 3.7 helårsanställningar samt en verksamhetschef på 0.25 %. Två av fem personal är män. Ingen nyrekrytering av personal har skett sedan övertagandet. Verksamheten är inte bemannad dagtid, då de boende inte är hemma. Nattetid finns en sovande jour och en gemensam jourberedskap som är stationerad på Eklövsgränd. Enligt verksamhetschefen har personalen adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet. Plan finns för kompetensutveckling.

Förbättringsåtgärder:

- Dokumentation behöver utvecklas så de följer riktlinjer för utförardokumentation. Avvikelser från genomförandeplanen och anledningen till avvikelserna ska dokumenteras.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Örmängens vårdcentral. Under jourtid (kväll, natt) ansvarar Löwet ASIH för sjuksköteinsatser.

Personalen på gruppboendena utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Enheten arbetar med att utveckla verksamheten. Vid uppföljningen framkom dock några förbättringsområden för att säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskan skriver inte anvisningar i boendes hälsopärm utan informationen lämnas muntligt. Personalen dokumenterar själva in viktig information avseende hälso- och sjukvård i hälsopärmen och i ParaSol. Gruppboendena har ett bra samarbete med en av sjuksköterskorna. De upplever problem med att inte ha en samarbetspartner.

Verksamheten rapporterar inte fallolyckor eller gör riskbedömningar. Arbeta med förebyggande riskbedömningar bör utvecklas där sjuksköterskan har ett huvudansvar.

Det var oklart för verksamheten om sjuksköterskan utför en skriftlig kunskapskontroll i samband med delegering.

Basala hygienrutiner följs inte. Detta måste åtgärdas. Uppdaterade rutiner skickas till verksamheten.

MAS informerade om att (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård och (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt SOSFS 1997:16 är upphävd. Beslut som innebär tvång eller frihetsinskränkningar saknar stöd i lag och strider mot regeringsformen. Nya rutiner om tvångs- och skyddsåtgärder har skickats till verksamheten.

Förbättringsåtgärder

- Sjuksköterskan bör lämna skriftliga anvisningar i boendes hälsopärm.
- Följsamhet till basala hygienrutiner.
- Sjuksköterska bör i samråd med verksamheten arbeta med förebyggande fallriskbedömning och upprätta vårdplan.
- Kunskapskontroll vid delegering.

Kanngjutargränds gruppbostad

2010 04 21 - uppföljningen av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Monica Pettersson verksamhetschef och Jessica Hedblom och Anita Jacobsson vårdare.

Kanngjutargränds gruppbostad ligger i ett flerfamiljshus i Grimsta. Verksamheten består av fem fullvärdiga lägenheter. På boendet bor personer med autism eller autismliknande tillstånd.

Vid uppföljningen framkom att kvalitetssystemet Qualimax ännu inte används fullt ut på verksamheten. Vissa rutiner ska utarbetas och implementeras i det dagliga arbetet.

Nio personal, samtliga arbetar 100 %, är anställda på verksamheten samt en verksamhetschef på 0.25 %. Ingen nyrekrytering har skett sedan övertagandet. Från april har den vakna natten ersatts med en sovande jour som delas av fyra verksamheter. Fem personal saknar grundutbildning. Det finns en plan för personalens kompetensutveckling.

Förbättringsåtgärder:

- Rutiner för användande av underleverantörer ska utarbetas.
- Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som tydliggör bl.a. ansvaret för samarbete, internt och externt och hur samverkan ska bedrivas såväl internt som externt med myndigheter och andra aktörer (se SOSFS 2006:11).
- Rutiner ska vara väl kända av all personal och användas på verksamheten. En plan för hur och när detta ska ske ska redovisas beställaren.
- En genomgång av genomförandeplanerna ska göras så de uppfyller kraven enligt riktlinjerna för utförardokumentation. All personal ska ha kunskap om riktlinjerna.
- Av genomförandeplanerna framgår det inte vilka fritidsaktiviteter man kommit överens om och när de ska genomföras. Avvikelser från genomförandeplanerna ska dokumenteras med datum och anledning.
- Rutiner för dokumentation ska utarbetas.
- Rutiner för att aktualisera/avaktualisera användare i ParaSoL ska utarbetas.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Råcksta – Grimsta närsjukvård. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvaret kvällar och nätter.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Gruppboenden saknade bra samarbetsrutiner med vårdcentralen. Personalen förmedlar att de har svårt att komma i kontakt med sjuksköterskorna. En del personal är inte välinformerade vad som gäller angående hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Vid granskningen framkom följande områden som ska förbättras för att nå en god och säker hälso- och sjukvård för brukarna:

Personalen är inte nöjd med den kontakten som vårdcentralen erbjuder. Det är svårt att få tag i sjuksköterska, sjuksköterskan skriver inga anvisningar i boendes hälsopärm utan all information sker muntligt. Informationen förs vidare av mottagande personal till de övriga i gruppen. Enheten dokumenterar inte i ParaSol utan använder sig av Caremas boplan. Enligt avtal ska dokumentationen ske i ParaSol. Personalen känner sig osäker hur rehabiliteringspersonal kan medverka utifrån boendes behov.

De flesta av delegeringarna var utgångna vid granskningen.

Instruktion för vid behovsläkemedel var gammalt.

Märkning på dosett och ordination stämde inte.

Det finns oklarheter i hur sjuksköterskan har tänkt att läkemedel ska överlämnas. Dels fanns läkemedlet i apodos men också som en hel förpackning i brukarens skåp. Signaturlistan var otydligt utformad.

Personalen har ingen möjlighet att skilja på privata kläder och arbetskläder. Allt ska rymmas i ett litet skåp utan hyllor för rena arbetskläder.

MAS rekommendera att verksamhetschefen ordnar samarbetsmöten med ansvarig sjuksköterska och kommer överens om återkommande möten för att förbättra kontinuitet och samarbetsrutiner.

Sjuksköterskorna ska utforma läkemedelshanteringen så att den följer de krav som finns i Socialstyrelsens författning om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1997:14 om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

MAS har tagit kontakt angående ovan med samordnande sjuksköterska på Råcksta – Grimsta närsjukvård och bitt henne att kontrollera att samordning och förbättring sker.

Gruppboenden personal behöver uppdatering i hälso- och sjukvårdsrutinerna. MAS har skickat rutinerna till verksamhetschefen.

Arbetskläder och privata kläder ska inte förvaras intill varandra i samma skåp utan var för sig. MAS skickar uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten.

Förbättringsåtgärder

- Samarbetsrutiner med gruppboenden bör förbättras gällande tillgänglighet på sjuksköterskeservice.
- Signeringslista för läkemedels överlämnande ska ordnas och skrivas tydligt med klockslag av sjuksköterska.
- Särskild anvisning/instruktion för vid behovs medicin var gammal. En aktuell instruktion ska sättas in i boendes pärm.
- Sjuksköterskan ska skriva anteckning i boendes pärm om eventuella hälso- och sjukvårds åtgärder
- Delegeringarna ska uppdateras i tid.
- Läkemedelsordination och det som finns i skåpet ska stämma överens. Gamla läkemedel ska rensa bort av sjuksköterskan.
- Dokumentation gällande hälso- och sjukvård ska skrivas i ParaSol i fliken hälso- och sjukvård.

- Dokumentation gällande hälso- och sjukvård ska skrivas i ParaSol i fliken hälso- och sjukvård .
- Samarbetsruiner ska förbättras med vårdcentralen.
- Det ska finnas möjlighet att ha rena arbetskläder åtskilda från privata kläder
- Repetition av hälso- och sjukvårdsrutiner

Rosenbackens gruppbostad

2010 10 13 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska och Annika Sjöblom praktikanter. Från verksamheten deltog Monica Pettersson verksamhetschef och Selamit Aelontou vårdare (vikariat sedan sex månader).

Rosenbackens gruppbostad ligger i Hässelby villastad, i en tvåvåningsfastighet med fem fullvärdiga lägenheter, gemensamhetsutrymmen och en stor trädgård. På gruppboستaden bor personer med utvecklingsstörning med fysiska tilläggshandikapp. Hjälpbehovet hos de boende är stort och omfattande.

Vid uppföljningen framkom att riskanalyser görs regelbundet och förvaras i de boendes akt vilket strider mot verksamhetens rutiner. Att utveckla genomförandepanerna var ett prioriterat område under hösten. Verksamhetschefen kontrollerar regelbundet dokumentationen, en arbetsuppgift som successivt ska överföras till gruppchefen. De boende har många individuella fritidsaktiviteter. Genom att flera gruppboستäder samarbetar har antalet aktiviteter ökat. Aktiviteterna finns dokumenterade i en årsplan som följs upp.

På verksamheten arbetar 5 personer, totalt 4.4 heltider och en verksamhetschef 0.25 %. En tjänst på 47 % är vakant. Verksamheten har en sovande jour och en gemensam jourberedskap som delas mellan flera verksamheter. Tre personal har adekvat utbildning. Bemanningen är anpassad till tider då brukarna är hemma och till deras fritidsaktiviteter. Kompetensutvecklingsplan finns utarbetad.

Förbättringsåtgärder:

- Rutin för användande av underleverantör ska kompletteras.
- Dokumentationen behöver utvecklas så de följer riktlinjer för utförardokumentation. Det ska bl.a. finnas en tydlig koppling mellan beställning och genomförandepanen. Avvikelser från genomförandepanen och anledningen till avvikelserna ska dokumenteras.

Hälso- och sjukvård

Ormängens vårdcentral ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna genom tecknad principöverenskommelse från 1994. ASIH Löwenströmska har sjuksköterskeansvarat under kvällar och nätter.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentralen. Enheten bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete och följer gällande rutiner enligt MAS anvisningar. Vid uppföljningen informerade MAS om att (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård och (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt SOSFS 1997:16 är upphävd. Beslut som innebär tvång eller frihetsinskränkningar saknar stöd i lag och strider mot rege- ringsformen. Nya rutiner om tvångs- och skyddsåtgärder har skickats till verksamheten.

Förbättringsåtgärder

- Sjuksköterska bör informera om ev. biverkningar som ska observeras och effekter vid nyinsatta läkemedel
- Följsamhet till basala hygienrutiner
- Sjuksköterska bör i samråd med verksamheten arbeta med förebyggande riskbedömningar avseende malnutrition, fallrisk-bedömning och upprätta vårdplan
- Kunskapskontroll och utbildning ang. läkemedelshantering vid delegering
- Sjuksköterska bör ge regelbunden handledning och instruktioner utifrån genomförda bedömningar
- Inventarieförteckning över tekniska hjälpmedel

Backlura övre och nedre gruppboende

2010 04 21 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Naimie Erling verksamhetschef och Birgitta Ingelsson gruppchef på Backlura övre och Chatarina Vinberg vikarierande gruppchef på Backlura nedre.

Backlura gruppboenden består av två boenden för personer med utvecklingsstörning. Gruppboendet ligger i Hässelby villastad i en tvåvåningsfastighet. Till gruppboendet hör en stor trädgård. Den övre gruppboenden består av fem lägenheter och gemensamhetsutrymmen. Den nedre gruppboenden består av fyra lägenheter och gemensamhetsutrymmen.

Vid uppföljningen framkom att kvalitetssystemet Qualimax är inte infört fullt ut på verksamheterna. Förvaltningen påpekade att Qualimax snarast ska vara infört.

Totalt arbetar 11 personal på övre och 11 på nedre planet. Ingen nyrekrytering har skett sedan föregående uppföljning. För att upprätthålla kontinuiteten i omvårdnaden anlitas 7 fasta vikarier. Enligt verksamhetschefen har personalen adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet på det övre planet. På det nedre planet saknar två personal adekvat utbildning. Plan finns för kompetensutveckling på respektive plan.

Förbättringsåtgärder:

- Skriftliga rutiner för användande av underleverantörer ska utarbetas.
- Rutiner för hantering av nycklar ska utarbetas.
- Qualimax ska snarast vara infört fullt ut i verksamheten.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Ormängens vårdcentral. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvarat kvällar och nätter.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Enheten arbetar kontinuerligt med förbättringar.

Välfungerande, trevlig gruppboende med bra samarbetsrutiner med vårdcentralen. Brukarna är garanterade en god hälso- och sjukvård.

Enheten följer HSL lagstiftning och använder sig av rutiner enligt MAS anvisningar. MAS skickar uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten.

- Plan för vägning av brukare ska upprättas.

Sörgårdens barn och ungdomsboende

2010 04 14 - uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Maria Ekeröth verksamhetschef, Michael Karlsson ny verksamhetschef från 1 juni 2010 och Camilla Winnermark gruppchef.

Sörgårdens barn och ungdomsboende vänder sig till barn och unga med utvecklingsstörning. Verksamheten ligger i Vinsta i en fristående villa med trädgård.

Vid uppföljningen framkom att en miljöpolicy som följer stadens miljöpolicy håller på att utarbetas för 2011. Rutiner för hantering av handkassa för brukarna har utarbetats och ska förankras hos anhöriga.

Totalt arbetar 12 personal på verksamheten. Två fasta vikarier används vid ordinarie personals frånvaro. Utföraren har under det senaste året endast rekryterat personal med för ändamålet adekvat utbildning. En personal genomgick vid tillsynstillfället grundutbildning. Enligt verksamhetschefen har övrig personal adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet. Plan saknas för kompetensutveckling. För att varje barn ska kunna göra egna aktiviteter på helgerna är bemanningen 1:1.

Förbättringsåtgärder:

- Verksamhetsberättelse för 2009 skickas till uppdragsgivaren.
- Rutiner för användande av underleverantör ska utarbetas.
- En miljöpolicy håller på att utarbetas för 2011.
- Rutinen för inflyttning av ny brukare ska uppdateras.
- Rutiner för att avsluta/avaktualisera användare i ParaSol ska utarbetas.
- Rutiner för hantering av brukarnas egna medel har utarbetas. Rutinerna ska förankras hos anhöriga på ett anhörigmöte.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Västervårdens vårdcentral. Kontakten med vårdcentralen fungerar bra. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvarat kvällar och nätter.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Enheten har kontinuerligt förbättringsarbete aktualiserad.

Enheten följer HSL lagstiftning och använder sig av rutiner enligt MAS anvisningar.

Förbättringsåtgärder:

- Fallriskbedömning
- Kontroll av brukarnas vikt.
- Rutiner vid dödsfall behöver uppdateras och informeras till all personal.
- MAS skickar uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten.
- Personalen ska dokumentera hälso- och sjukvård av vikt i ParaSol.
- Inventarielista för tekniska hjälpmedel ska upprättas.

Astrakans dagliga verksamhet

2010 04 07 – uppföljning av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare.

2010 11 11 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Maria Johnsson verksamhetschef och Tove Fasth gruppchef.

Astrakans dagliga verksamhet ligger i Hässelby gård i bottenvåningen av en kontorsbyggnad. Vid tillsynstillfället hade verksamheten 40 arbetstagare, fördelade på fem olika grupper: hantverk, service, promenad, sinnen och hjärnskadegruppen. Dessutom finns tväraktiviteter såsom ateljé, verkstadsklubb musik och gymnastik. Verksamheten har tillstånd att ha 7 arbetstagare i hjärnskadegruppen och 33 i övriga grupper.

Arbetstagarna har möjlighet att vara delaktiga i utvecklingen av verksamheten. Bl.a. genom Verkstadsklubben, där representanter från verksamhetens fem olika grupper finns representerade. Verkstadsklubben leds av en utomstående person. Verkstadsklubben har vid två tillfällen bjudit in representanter från socialtjänst-avdelningens ledning för att framföra hur viktigt det är att ha en kontaktperson. Anhörigmöten anordnas inte men det finns en stående inbjudan till anhöriga och gode män när som helst är välkomna att besöka verksamheten.

På verksamheten arbetar 18 personal, 40 % arbetsterapeut och 50 % verksamhetschef. 2010 12 01 genomfördes en organisationsförändring inom Carema. Verksamhetschefen har från december ansvar för tre verksamheter. Personalstyrkan är densamma som vid övertagandet. Under 2011 kommer fokus ligga på att öka personalens välmående. Därför har två hälsocoacher utbildats.

Förbättringsåtgärder:

- Underutförare som används ska senast 2010 12 01 meddelas stadsdelens upphandlare.

Hälso- och sjukvård Astrakan och Containererrättans dagliga verksamhet

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av olika vårdcentraler p.g.a. att de kan komma från olika stadsdelar. Vid Astrakans dagliga verksamhet kan ansvarig sjuksköterska/läkare vara svåra att nå i enskilda ärenden. Personalen vänder sig till respektive förälder/personlig assistent eller gruppbestad om ärendet inte har en akut karaktär. Därifrån förmedlas kontakten till respektive sjuksköterska. Akuta ärenden sköts via Hässelby vårdcentral eller via 112 beroende på ärendets svårighetsgrad.

Personalen på den dagliga verksamheten utför hälso- och sjukvårdsinsatser genom delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Det finns 7 brukare som dagligen behöver hjälp vid måltidssituationen. Moment som lyft från rullstol och även hjälp med toalettbesök ingår i det dagliga arbetet för de som är rullstolsbundna. Personalen använder gällande rutiner för detta.

Personalen känner väl till MAS rutiner och lagstiftning gällande HSL. På enheten pågår kontinuerligt utvecklingsarbete.

Enheten har svårt att få läkemedelordinationer från alla vårdcentraler på de som ska ha läkemedel då brukaren vistas på dagvården. Boendet skickar med aktuella läkemedel och signeringslistor.

MAS har under våren skickat uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten. Rutiner avseende skydds- och tvångsåtgärder, överenskommelse vid inskickning till sjukhus samt egenkontroll av basala hygienrutiner skickas till ansvarig chef. Följsamhet av basala hygienrutiner diskuteras kontinuerligt. Vid fallolyckor bör kontakt med vårdcentralens distriktssköterska tas för bedömning av åtgärder enligt gällande rutiner. Vid dödsfall ska vårdcentralens distriktssköterska kontaktas. Skriftlig kunskapskontroll inför delegering. Verksamheten bör ha ett gemensamt låst skåp för förvaring av brukarnas läkemedel som förvaras i Apo-dos påse i den egna ryggsäcken.

Förbättringsåtgärder:

- Förvaring av brukarnas läkemedel i låst skåp.
- Vid fallolyckor bör kontakt tas med vårdcentralens distriktssköterska för bedömning av åtgärder enligt rutin.
- Informera personalen att vid dödsfall ska vårdcentralens distriktssköterska kontaktas.
- Skriftlig kunskapskontroll inför delegering.
- All personal ska följa basala hygienrutiner.
- Begära skriftlig instruktion från distriktssköterska på läkemedel som ska ges på dagligverksamhet.

Containerrättans dagliga verksamhet

2010 04 07 – uppföljning av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm, utvecklingssekreterare.

2010 10 11 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare. Från verksamheten deltog Maria Johnsson verksamhetschef och Mikael Forsberg gruppchef.

Containerrättans dagliga verksamhet ligger i Hässelby gård. Huvudlokalen består av sex rum i två plan. I gatuplanet finns butik, ateljé, verkstad och förråd. I källarplanet finns kök och förråd. Verksamheten är inriktad på återvinning och försäljning. Olika produkter demonteras innan de körs till Lövsta återvinningsstation. Till verksamheten hör ett bageri som finns i en intilliggande lokal. Vid uppföljningstillfället hade 22 brukare sin dagliga verksamhet på Containerrättan. Luncherna äter arbetstagarna på Hässelbygårdsskolan. Målgruppen är personer med utvecklingsstörning eller Aspberger syndrom. Arbetstagarna kan påverka verksamheten genom bl.a. "Råttanklubben" där representanter från verksamhetens olika grupper ingår.

Totalt arbetar 7 personal på verksamheten, 6.67 helårsanställningar samt en arbetsterapeut på 20 % och en verksamhetschef på 0.25 %. Enligt verksamhetschefen har personalen adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet. Två nyrekryteringar har skett sedan övertagandet, båda med adekvat utbildning och erfarenhet. Plan finns för kompetensutveckling. För att säkra kontinuiteten för arbetstagarna ersätter arbetsterapeuten ordinarie personal vid frånvaro.

2009 granskades Containerrättans dagliga verksamhet av stadens hemvårdinspektörer. Synpunkter som framkom vid granskningen var att man på verksamheten skulle hitta former för att ge mer tid för individuella samtal med brukarna så att alla kan komma till tals, öka bild- och datastödet för att öka kommunikationen. Av journalanteckningarna ska det framgå om uppsatta mål har uppnåtts. Samtliga åtgärder har vid uppföljningstillfället åtgärdats.

Förbättringsåtgärder:

- Rutiner ska utarbetas för användande av underleverantör.
- Rutiner ska utarbetas för anmälan av allvarliga missförhållanden och att utan dröjsmål rapportera till beställaren, brott riktade mot brukaren.
- Underleverantörer som används av utföraren ska anmälas till stadsdelsförvaltningen.
- Dokumentation behöver utvecklas så de följer riktlinjer för utförardokumentation. Avvikelser från genomförandeplanen och anledningen till avvikelserna ska dokumenteras.

Praktikcentrum – del av Containerrättans verksamhet

2010 04 07 – uppföljning av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare.

2010 10 11 – uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare. Från verksamheten deltog Annette Silberman verksamhetschef, Maria Lindholm handledare och Tove Persson handledare.

Praktikcentrum låg vid övertagandet på Hässelby Torg 20-22. 2010 10 01 flyttade verksamheten till nya lokaler på Olof Jönssons gränd. Praktikcentrum vänder sig till personer som omfattas av LSS och vill arbeta på den öppna arbetsmarknaden med individuellt stöd. Målet med verksamheten är att ge den enskilde möjlighet att växa och utvecklas och slussas ut i förvärvsarbete. Verksamheten erbjuder olika typer av anpassat stöd ute på arbetsplatsen. Praktikcentrum har tillstånd att ha 12 brukare men hade vid uppföljningen 11.

Vid uppföljningen framkom att rutiner som kräver anpassning till de nya lokalerna inte har hunnit uppdateras.

Totalt arbetar 4 personal på verksamheten, 2.25 helårsanställningar, 0.25 arbetsterapeut och 0.25 verksamhetschef. Enligt verksamhetschefen har personalen adekvat utbildning och personlig lämplighet för arbetet. Plan finns för kompetensutveckling.

Förbättringsåtgärder:

- Vissa rutiner ska anpassas till de nya lokalerna och införas på verksamheten.
- Målen i genomförandeplanerna ska utvecklas. Målen ska formuleras så de går att följa upp om man uppnått uppställda mål.

Sammanfattning av förvaltningens synpunkter

Utifrån uppföljningen 2010 bedöms samtliga verksamheter som drivs av Carema Orkidén AB arbeta utifrån gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer och avtal. Utifrån uppföljningen bedöms verksamheterna vara av god kvalitet men med vissa utvecklingsområden.

När det gäller hälso- och sjukvården är verksamheterna beroende av distrikts-sköterskan och de förutsättningar som ges från aktuell vårdcentral. Det optimala är att det endast är en distriktssköterska som verksamheten har att samarbeta med. Vissa vårdcentraler har kunnat organisera det på sådant sätt. MAS bedömning är att verksamhetscheferna på respektive verksamhet arbetar aktivt för att säkerställa vården samt vidtar de åtgärder som påtalas.



Förvaltningens förslag till beslut

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner redovisningen och ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att åtgärder vidtas inom utsatt tid.
