



Uppföljning av ramavtal om enstaka platser samt stadens vård- och omsorgsboende för äldre

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende
Ägare/Entreprenör:	Stockholm stad/Östermalm SDN
Inriktning:	Demens/somatik
Tillstånd från länsstyrelsen:	Ej aktuellt
Adress:	Roslagstullsbacken 7, 114 21 Stockholm
Verksamhetschef/enhetschef:	Karin Magnusson
Telefon:	08-508 10 468
Hemsida:	www.stockholm.se/ostermalm
Antal boende totalt:	97
Varav antal boende från staden:	96
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Östermalm (samt en person från Skåne).
Uppföljningen utförd av:	Lili Brieze, MAS och Hanna Markkula, adm. sekr. ÅO
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Karin Magnusson, verksamhetschef och Jessica Backman, ssk.
Datum för uppföljningen:	2008-08-11, 2008-08-14, 2008-09-05

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende är en väl fungerande verksamhet med en lugn och trivsam stämning. Personalen är trevlig och välkomnande. Boendet är modernt och lägenheter och allmänna utrymmen är fräscha och det råder god ordning. Enhetschefen/ verksamhetschefen för hälso- och sjukvård träffar hälso- och sjukvårdspersonalen varje vecka och det finns ett stort engagemang hos ledningen och personalen för att utveckla och förbättra vården och omsorgen. Verksamheten har ett kvalitetsråd som träffas en gång per månad för genomgång av alla avvikelser inklusive omsorg, hälso- och sjukvård och andra eventuella brister. Medverkande i rådet är personal från alla yrkeskategorier och boendepalen.

☐

Inga avvikelser finns.

☐

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast till nästa uppföljningstillfälle:

Den sociala dokumentationen har märkbart utvecklats sedan tidigare uppföljningstillfället och fleratalet brukare har idag en genomförandeplan. Genomförandeplanerna behöver vidareutvecklas avseende innehåll och beskrivning av vilka insatser som ska utföras och hur, alla insatser över dygnet finns ej med. I många planer saknas datum för uppföljning och en del ärenden saknar löpande journalanteckningar.

Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade den 12 december 2005 om en uppföljningsmodell för hemtjänst, ledsagning och avlösning. Av beslutet framgår att modellen även ska tillämpas för vård och omsorgsboende. Beslutet innebär bl.a. att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndsområdena och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen. Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till äldreförvaltningen och sammanställas i en rapport till Kommunfullmäktige vartannat år.

Syfte

Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns. När det gäller de verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med är det en avtalsuppföljning.

Uppföljningsmallen kan även användas för tillsyn enligt 13 kap 5§ SoL.

Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Intervju med enhetschefen/verksamhetschefen och en sjuksköterska, besök på planen och

samtal med personal, dokumentationsgranskning av omsorgen (i ParaSoL samt dokumentationspärmarna), dokumentationsgranskning av hälso- och sjukvården (i VODOK och respektive pärmarna) samt dokumentationsgranskning av lokala rutiner i kvalitetssystemet.

Personal och ledning

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 boendet/enheten: 74 årsarbetare

Personalens anställningsform:

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

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 100 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senaste året är ca 5 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 21* antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	5-7	5	4	1,20
Sjuksköterska	2	0,20	0,20	0,20

- ☒ 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.
- ☒ Vid behov finns tillgång till vikarier.
- ☒ Personalen bär identifikation med dennes och utförarens namn som är synlig för brukaren.

Kommentar

ca 60% av personalen är undersköterskor, övriga är utbildade vårdbiträden. Ett fåtal personer saknar utbildning men har lång erfarenhet.

*Avdelningen är en av fem varav en avdelning endast har 13 boenden.

Det finns personal som har vissa svårighet att dokumentera. Får stöd vid behov.

Boendemiljö

- ☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring.
- ☒ De boende som önskar får möblera sitt eget rum. I annat fall svarar utföraren för möbleringen.
- ☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom städmaterial, glödlampor, toalettpapper och tvättlappar.
- ☒ Tillgång till telefon och TV finns i gemensamhetsutrymmen.
- ☐ De boende erbjuds bostad med:
 - ☒ egen toalett
 - ☒ egen dusch
 - ☒ egen kokmöjlighet
 - ☐ tillgång till anhörigrum

Kommentar

Tillgång till telefon i gemensamhetsutrymmen finns ej, alla boenden har egen telefon.

Anhörigrum finns inte, utföraren sätter i förekommande fall in en säng åt de anhöriga som önskar övernatta.

Ledningssystem

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

Verksamheten tillämpar stadsdelsnämndens kvalitetssystem som är framtaget i enlighet med SOSFS 2006:11, är integrerat i ILS och bygger på stadens äldreomsorgsplan och äldreomsorgens kvalitetspolicy. Lokala rutiner finns upprättade där det är nödvändigt.

Inflyttning

- ☒ De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

Kommentar

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende.
- ☒ När kontaktmannen är i tjänst är det denne som i första hand utför vård- och omsorgsinsatserna och är ansvarig för planering av insatser.
- ☒ Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman.
- ☒ Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för brukarna, dvs. minimerar antalet personal hos brukaren och håller överenskomna tider.

Kommentar

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- ☐ Dokumentation finns som innehåller:
- bakgrundsfakta
 - beskrivning av sociala förhållanden
 - sociala kontaktnät
 - intressen
 - uppgifter om vilka insatser som ska utföras samt när och av vem
 - uppgifter om de boendes delaktighet i planeringen av insatserna
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

- ☒ Dokumentationens förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Ca 30 % av ärendena har granskats. Verksamheten har successivt övergått till att dokumentera i ParaSoL, viss dokumentation som levnadsberättelse förvaras i pärmar. Den sociala dokumentationen har märkbart utvecklats sedan tidigare uppföljningstillfälle och flertalet brukare har idag en genomförandeplan. Genomförandeplanerna behöver vidareutvecklas avseende innehåll och beskrivning av vilka insatser som ska utföras och hur, alla insatser över dygnet finns ej med. I många planer saknas datum för uppföljning och en del ärenden saknar löpande journalanteckningar. I flertalet ärenden finns i och med dokumentet "levnadsberättelse" uppgift om bakgrund, sociala förhållanden, kontaktnät, intressen.

Brukarinflytande

- ☒ Den enskilde och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan.
- ☒ Förtroenderåd och/eller anhörigråd finns.

Kommentar

Förtroenderåd finns.

Synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering

- ☒ 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.
- ☒ Rapportering av synpunkter och klagomål sker till den stadsdelsnämnd som avropat platsen.
- ☒ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Egenuppföljning

- ☒ Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

Kommentar

Bl.a. på kvalitetsråd 1 gång per månad, veckormöten med ssk, egenkontrollistor bl.a. avseende kosten.

Lex Sarah

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett under det senaste året.

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

Kommentar

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 ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål.
- ☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet.
- ☒ De boende erbjuds möjlighet att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när han/hon ska äta.
- ☒ Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor.
- ☒ Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet.
- ☒ All personal har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning.
- ☒ All personal har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien.
- ☒ Utföraren är registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad eller motsvarande i annan kommun.

Måltidernas fördelning över dygnet:

Frukost	Efter eget önskemål ca 07-09.30
Mellanmål	Efter eget önskemål

Lunch	12.30
Mellanmål	15.00
Middag	17.00
Kvällsmål	Efter eget önskemål
Övriga tider	Finns alltid tillgängligt

Kommentar
 Nattpersonalen går runt med matvagn till alla boende för att förhindra att nattfastan blir för lång dvs mer än 11 timmar.

Egenkontrollprogram har tagits fram och utbildning av personalen har genomförts inom ramen för ett matprojekt.

Maten ej direkt anpassad utifrån ESS-gruppens direktiv. Maten levereras av Sodexho som levererar mat anpassad efter äldres behov.

Aktivering

- ☒ 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.

Kommentar

Bland annat sker samarbete med Victor Rydbergs gymnasium, Fryshuset, församlingarna m.m.

Arbete pågår för att erbjuda brukaren mer individanpassade former av utevistelse då många tackar nej till erbjudande om utevistelse, främst under vinterhalvåret.

Hantering av egna medel och nycklar

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av egna medel.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

Kommentar

Ledsagare och tolk

- ☒ Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc.
- ☒ Vid behov anlitas tolk via invandrarbyrå, tolkservice eller liknande.

Kommentar

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 och stryks vid behov.
- ☒ Vid behov utförs mindre lagningar av kläder.
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov.

Kommentar

Lägenheter städas normalt 1 gång per vecka eller vid behov.

Hälso- och sjukvård

- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § och 2 kap. 5 § FYHS.
- ☒ Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställelsetiden inte 30 minuter.
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- ☒ De boende har en namngiven läkare.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas.
- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet.
- ☒ Rutiner finns och tillämpas vid 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.

Kommentar

Ledningssystem

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.

Kommentar

Verksamheten använder sig av stadsdelens kvalitetssystem (KLEO) som utgår från SOSFS 2005:12 och är integrerat med kvalitetsystemet för omsorgen som bygger på SOSFS 2006:11 och ILS. Lokala rutiner finns där det är nödvändigt.

Lex Maria

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Maria.
- ☒ Utföraren ser till att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria.
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett under det senaste året.

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange antal och avseende vad:

Kommentar

Dokumentation av hälso- och sjukvård

- ☒ Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen.
- ☒ Journalen innehåller riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- ☒ Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg.
- ☒ Vårdplanen inklusive rehabplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet.
- ☒ Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Kommentar

Sjuksköterskorna, sjukgymnasten och arbetsterapeuten ska använda de bedömningsmallar för fallolyckor, undernäring, trycksår, ADL och sjukgymnastiskt funktionsstatus som finns i VODOK.

Rehabilitering

- ☒ För nyinflyttade boende görs en rehabiliteringsbedömning inklusive ADL av sjukgymnast/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.

Kommentar

Medicintekniska produkter

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2001:12.
- ☒ Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel görs av arbetsterapeut/sjukgymnast.
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustning, den övriga utrustning, de arbetsredskap och de hjälpmedel och förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel mm som åtgår för att fullgöra åtagandet.
- ☒ Inkontinenshjälpmedel är individuellt utprovade av legitimerad personal med forskrivningsrätt.

Kommentar

I dagsläget har två sjuksköterskor forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel. Verksamheten ska se över möjligheten att utbilda flera sjuksköterskor.

Hygien och MRSA

- ☒ 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.

Kommentar

Verksamheten har avtal med Vårdhygien.

Läkemedel

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

Kommentar

Begränsningsåtgärder

- ☒ Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder.
- ☐ Inga begränsningsåtgärder förekommer.

Om begränsningsåtgärder förekommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:
Brickbord beslutas av rehabpersonalen. Sänggrindar beslutas av sjuksköterskorna.
Positioneringsbälte och grensele beslutas av läkaren.

Kommentar

Vård i livets slutskede

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för vård i livets slutskede.
- ☒ Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den boendes önskemål och stöd till den boendes närstående.
- ☒ Döende personer lämnas inte ensamma utan någon i dess närhet.

Kommentar