



Handläggare:
Hanna Markkula, administrativ sekreterare
Lili Briese, MAS
Linnéa Svanström Leistedt, MAR

Till:
Östermalms stadsdelsnämnd
sammanträde 2011-05-19

Kvalitets- och avtalsuppföljning av Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende samt tillägg till driftavtal

Förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden godkänner kvalitets- och avtalsuppföljningen av Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende.
2. Stadsdelsnämnden godkänner tilläggsavtal 2011-10-01 --- 2013-09-30.

Göran Månsson
stadsdelsdirektör

Marianne Snell
avdelningschef

Sammanfattning

Stadsdelsförvaltningen har under våren 2011 genomfört en kvalitets- och avtalsuppföljning av verksamheten vid Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende. Stadsdelsnämnden lade driften av vård- och omsorgsboendet på entreprenad i november 2008. Utförare är Stiftelsen Rödakorshemmet. Förvaltningens sammanfattande bedömning är att de boende får en god omvårdnad. Arbetet präglas av ett gott bemötande av de äldre vilket också bekräftas av Stockholms stads brukarundersökning, där 93 % är nöjda med personalens bemötande. Verksamheten arbetar aktivt med gemensamma aktiviteter. Förbättringsarbete har skett kring måltidssituationen och de boende är generellt sett nöjda med maten som serveras. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna ansvarar för arbetet med att förebygga och minska risken för undernäring och trycksår hos de boende och tillsammans med arbetsterapeuten och sjukgymnasten förebygga och minska risken för fallolyckor hos de boende. Det har skett en positiv utveckling av aktuella bedömningar av ADL på de boende. Det tvärprofessionella teamarbetet med ett salutogent¹ förhållningssätt inför de boende har utvecklats sedan föregående uppföljning. Det systematiska arbetet med att förebygga och förhindra upprepning av avvikelser fortsätter i kvalitetsrådet. Ledningen har arbetat fram en föredömlig risk- och resursanalys avseende all

¹ Salutogent = hälsofrämjande

personalbemanning för sommaren 2011. Utveckling och förbättring krävs emellertid inom ett antal områden för att motsvara de krav och åtaganden som utlovats i anbudet. Förbättringsområden är inom egenkontrollen för livsmedels-hanteringen, individuella aktiviteter, utevistelse, kontinuitet/kontaktmannaskap samt att dokumentationen utifrån Socialtjänstlagen (SoL) behöver utvecklas ytterligare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver upprätta fler vårdplaner inom olika problemområden. Sjuksköterskorna måste dokumentera fler bedömningar om de boendes samt tillägg

till driftavtal

risk för trycksår. Även bedömningarna inom riskområdena undernäring och fallolyckor behöver förbättras. Med anledning av förändrade vårdnivåer föreslår förvaltningen att ett tilläggsavtal tecknas med möjlighet till en mer flexibel bemanning utifrån brukarnas behov.

Metod för avtalsuppföljning

Alla äldreomsorgens verksamheter följs upp varje år. Uppföljningen av verksamheten vid vård- och omsorgsboendet har genomförts i enlighet med kommunfullmäktiges uppföljningsmodell för vård- och omsorgsboende samt förvaltningens fördjupade avtalsuppföljningsmodell för entreprenad driven verksamhet. Uppföljningen genomfördes under perioden 2 mars - 27 april 2011 av en administrativ sekreterare i äldreomsorgsstaben, en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Uppföljningen har utgått från avtal, tidigare uppföljningar och handlingsplaner samt från gällande lagstiftning. Intervjuer har skett med chefer och olika personalkategorier. Det har genomförts en fokusgrupp med omsorgspersonal, verksamhetsbesök med observationer samt granskning av dokumentation. Enheten för biståndsbedömning har genomfört individuppföljningar där samtal har förts med samtliga boende samt i förekommande fall med närstående. Stockholms stads brukarundersökning som genomfördes hösten 2010 ger underlag till uppföljningen. Övrig löpande uppföljning som har skett under året har varit:

- samverkansmöten 1 gång per kvartal med protokoll
- förvaltningen har deltagit på förtroenderåd (även politiker), anhörigmöten
- tagit del av arbetsscheman för att följa upp personalbemanningen
- tagit del av avvikelser, synpunkter och klagomål
- husmöten (lokalfrågor)
- samverkansmöten kvartalsvis mellan stadsdelsnämndens MAS och utförarens MAS
- månatlig uppföljning av avvikelser i hälso- och sjukvården
- verksamhetsbesök av stadsdelsdirektör 1 gång per år

Bakgrund

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende är ett boende för personer i behov av service och omvårdnad dygnet runt. Det är beläget i Ruddammenområdet i ett modernt hus som är väl anpassat för äldres behov. Det finns omsorgspersonal och sjuksköterska dygnet runt och tillgång till rehabiliteringspersonal på vardagarna. Läkare kan alltid nås på telefon. Vård- och omsorgsboendet har totalt 97 lägenheter, 55 platser med

inriktning somatisk vård och 42 platser inriktning demens. Lägenheterna är fördelade på fem plan och indelade i boendegrupper om 8-13 boende per grupp, totalt 9 boendeenheter. Varje boendegrupp har gemensamma utrymmen för social samvaro och måltider samt tillgång till inglasad balkong. Det finns stora gemensamma utrymmen på entréplanet och en uteplats med pergola.

FRAMGÅNGSFAKTORER SOCIAL UPPFÖLJNING

Arbetssätt och metoder

Arbetet präglas av ett gott bemötande av de äldre vilket också bekräftas av brukarundersökningen där 93 % är nöjda med personalens bemötande. Brukarundersökningen visar också att 85 % känner sig trygga och 79 % är nöjda vilken är en höjning från år 2009 då 76 % var nöjda med verksamheten. Förhållningssättet och bemötandet på avdelningarna ger generellt ett kunnigt och medvetet intryck. Flera i personalen ger uttryck för målsättningen att skapa en trevlig och trygg dag för de äldre.

Aktiviteter

Verksamheten arbetar aktivt med gemensamma aktiviteter. Det finns en aktivitetsamordnare som är utbildad rehabiliteringsinstruktör samt ytterligare två aktiverare som arrangerar gemensamma aktiviteter, totalt ca 1,5 årsarbetare. Aktiviteter är inplanerade varje vardag i entrén samt en gång per vecka inkl helger på varje avdelning, scheman finns uppsatta. Ex. på gemensamma aktiviteter är hantverksgrupp, onsdagslunch och tipspromenad. Aktiviteterna avslutas med gemensam fika i entrén, fredagar anordnas "Fredagskatten", fika på respektive plan. Underhållning erbjuds regelbundet, ex inbjudna artister, filmvisning eller musikandakt. Aktivitetssamordnaren arrangerar även planbundna aktiviteter såsom sittgympa, frågesport och högläsning. Det anordnas större arrangemang som vår- och höstfest samt utflykter.

Utevistelse

Signeringslistor för utevistelse har tagit fram sedan förra avtalsuppföljningen, personalen fyller i vilka som varit ute och även om man erbjudits men tackat nej. Statistiken sammanställs avdelningsvis och följs upp av enhetschef. Utevistelse ska enligt anbudet erbjudas minst en gång per vecka, oftare om vädret tillåter. Rutin för utevistelsegarantins genomförande finns och promenadgrupp finns schemalagd varje vardagseftermiddag. Personalen på respektive plan ska följa med de boende ut på promenad eller ut på terrassen.

Mat och måltidssituationen

Enligt både Stockholms stads brukarundersökning och förvaltningens individuppföljning upplever flertalet av de boende som deltagit att de är nöjda med maten som serveras. En dietist är projektanställd via stimulansmedel för att arbeta med utbildning och handledning av personalen, bland annat kring måltidsmiljö och nattfasta. Måltidssituationen har utvecklats sedan förra avtalsuppföljningen, bland annat genom att personalen genomfört måltidsobservationer. Vid platsbesöken var stämningen runt måltiderna trevlig och atmosfären genomsyrades av lugn och ro. På de flesta avdel-

ningar satt personalen ner under måltiden, arbetade lugnt och metodiskt och väntade med att ta hand om disken tills de äldre hade ätit klart. På de flesta avdelningar var det fint dukat med duk, underlägg, servetter samt blommor och ljusstakar. Pärm med egenkontrollistor har uppdaterats sedan föregående avtalsuppföljning och ska implementeras i verksamheten.

Kontaktmannaskap

Kontaktmannens uppdrag verkar vara känt av flertalet personal, varje kontaktman skriver under ett kontrakt för kontaktmannaskapet. För att uppnå ett mer aktivt kontaktmannaskap håller verksamheten på att omarbete arbetssättet med ordinarie och vice kontaktperson för att istället införa två kontaktpersoner för varje boende. Syftet är att öka kontinuiteten för de boende, få till stånd ett salutogent arbetssätt samt öka personalens ansvarstagande.

Ledningssystem

Verksamheten har arbetat aktivt med att utveckla ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med SOFS 2006:11. Avsevärd förbättring har skett sedan föregående avtalsuppföljning. Det ledningssystem som uppvisades i samband med uppföljningen var inte helt fullständigt, det innehåller däremot de viktigaste rutinerna. Avstämning av ledningssystem sker på samverkansmötet den 24 november 2011.

Kompetensutveckling

För närvarande går sex personal på utbildning till undersköterska och ett 30-tal personal har nyligen genomgått livsmedelshygienutbildning. Vid avtalsuppföljningen 2009 och 2010 framkom att alla anställda inte hade en individuell kompetensplan. Verksamheten har arbetat med frågan och nu har all omvårdnadspersonal en individuell kompetensutvecklingsplan.

Dokumentation

Aktivitetsansvarig dokumenterar, i mån av tid, i Parasol vilka som deltagit i gemensamma och planbunda aktiviteter. En person fungerar som dokumentationsstödjare för sina kollegor.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Bemanning

Antalet hälso- och sjukvårdspersonal stämmer med avtalet, dvs 1,20 arbetsterapeut (2 individer), 1,00 sjukgymnast (2 individer) och 10,90 sjuksköterskor (12 individer). Det finns 8,75 dagsjuksköterskor (9 individer) och 2,15 nattsjuksköterskor (3 individer). På plan 2 och 3 med 42 boende med demenssjukdom finns 3,75 dagsjuksköterskor (4 individer). På plan 1, 4 och 5 med 55 boende med somatisk sjukdom finns 5,00 dagsjuksköterskor (5 individer).

Ledningen har arbetat fram en föredömlig risk- och resursanalys avseende all personalbemanning för sommaren 2011.

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

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande för att minska risker för undernäring och trycksår hos de boende som genom bedömningsinstrumenten MNA² och Norton³ identifierats befinna sig inom dessa riskområden. Tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuten arbetar sjuksköterskorna också för att minska risken för fallolyckor hos de boende genom bedömningsinstrumentet DFRI.⁴ Sjuksköterskorna bedömer med ovan nämnda instrument inom 14 dagar alla nyinflyttade boendes näringstillstånd, risk för trycksår och tillsammans med rehabiliteringspersonalen risk för fallolyckor, vidtar åtgärder utifrån bedömningsresultaten och den enskildes behov samt följer upp.

Verksamheten håller på att utveckla det tvärprofessionella teamarbetet kring de boendes risker, problem och resurser och följer upp åtgärderna vid teamkonferenser. Deltagare är de boendes kontaktmän, omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen. Läkaren deltar när behov föreligger och kan remittera den boende till logoped när t ex svårare tugg- och sväljningsproblem föreligger. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten deltar också i arbetet med den boendes nutrition när behov finns för utprovning av nödvändiga hjälpmedel och instruktioner om en korrekt sittställning vid måltiderna. Vid MAS journalgranskning framkommer att sjuksköterskorna under senaste året genomfört riskbedömningar beträffande nutritionen för 85 % av de boende och av aktuella journaler innehåller 72 % dokumenterad riskbedömning för nutrition.

Vid MAS granskning av riskbedömningar för trycksår framkommer att det finns färre uppdaterade bedömningar (59 %) för trycksår än vid förra uppföljningen (99 %). Däremot har sjuksköterskorna tillsammans med sjukgymnasten genomfört aktuella riskbedömningar för fallolyckor på 73 % av de boende.

MAS har framfört ovanstående brister i riskbedömningarna för ledningen. I enlighet med ledningens önskemål har MAS också skickat en tydlig skrivelse som stöd för sjuksköterskorna i arbetet med att uppdatera ovan nämnda riskbedömningar för de boende som inte har aktuella. Verksamheten har sedan föregående uppföljning introducerat det salutogena arbetssättet där all personal ska identifiera och försöka bevara det friska hos varje boende.

Läkarinsatser

Det är Stockholmsgeriatriken som genom avtal med landstingets hälso- och sjukvårdsnämnds förvaltning ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt. Läkarkontinuiteten

² MNA = Mini Nutritional Assessment, ett screening- och bedömningsverktyg för att identifiera äldre som löper risk för undernäring.

³ Norton = Modifierad Nortonskala, ett specialinstrument för bedömning om en person löper risk för att utveckla trycksår.

⁴ DFRI = Downton Fall Risk Index, ett bedömningsinstrument för att identifiera vilka personer som löper risk för fallolyckor.

är mycket god och läkaren kan nå dygnet runt på telefon. Om behov föreligger kan direkt inläggning via läkaren ske samma dag till Stockholmsgeriatriken när den boende inte behöver akutsjukhusets resurser.

Läkemedelshantering inklusive delegering

Sjuksköterskorna ansvarar för de boendes läkemedelshantering utifrån läkarens bedömning om den enskildes möjlighet till eget ansvar eller inte. Sjuksköterskan kan delegera överlämnandet till omsorgspersonalen av iordningställda läkemedelsdoser till de boende. Sjuk-sköterskorna ansvarar för att följa upp sina delegeringar, som alltid ska vara skriftliga, och att den delegerade personalen utför den medicinska arbetsuppgiften korrekt. Vid MAS granskning av slumpvist utvalda delegeringar innehåller besluten korrekta uppgifter.

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

Under senhösten 2010 och våren 2011 har verksamheten haft tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar med apotekarstöd genom ett projekt i regi av stadsdelsnämndens MAS. Under hösten 2011 kommer verksamheten ha en apotekare på plats en dag per vecka som bland annat ska göra en översyn av hela läkemedelshanteringen utifrån ett projekt med legitimerade apotekare/farmaceuttjänster som stadsdelsförvaltningens MAS ansvarar för. Samverkan kommer att ske med Stockholmsgeriatriken inom detta projekt.

Ledningssystem och patientsäkerhetsberättelse

Ledningen har påbörjat ett omfattande arbete med att revidera sitt kvalitetssystem varav en del rutiner är uppdaterade vid aktuell uppföljning. I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter⁵ ska verksamheten ha lokala rutiner som ska säkerställa kvaliteten för tillämpliga områden inom hälso- och sjukvården.

Avvikelsehantering

Verksamheten har kvalitetsråd som träffas regelbundet en gång per månad för genomgång av alla händelser från föregående månad. I rådet är alla yrkeskategorier som arbetar kring de boende representerade inklusive omsorgspersonal från samtliga våningsplan. Arbetet med händelserna/avvikelserna har fokus på att förebygga och minska upprepning av avvikelser.

Patientsäkerhetsberättelse⁶

⁵ SOSFS 2005:12

⁶ Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår bland annat att verksamheten genom sitt medlemskap i FAMNA (branschorganisation för non profit vård och social omsorg) deltagit i Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med fokus på fallrisk, nutrition och trycksår. Verksamheten är också med i Svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister för hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar människor i livets slutskede. Ovan nämnda register är bland annat instrument för verksamhetens egenkontroll och uppföljning.

Rehabilitering och ADL

Arbeterapeuterna och sjukgymnasten ansvarar utifrån sina respektive områden för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmågan samt tillgodose behov av bland annat förflyttnings- och ADL- hjälpmedel. De handleder omsorgspersonalen i ett rehabiliterande arbetssätt utifrån den enskildes behov av stöd. Det har skett en positiv utveckling senaste året genom att det finns betydligt fler aktuella ADL bedömningar.

Medicintekniska produkter

Lokala rutiner är under utveckling och inventering och registrering av hjälpmedel i inventarieförteckning pågår. För att säkra användning och hantering av hjälpmedel får omsorgspersonalen handledning och instruktioner. Utbildning för att säkra förflyttningar med personlyft har genomförts. Det brister till viss del i spårbarhet i journalerna avseende utlämnade hjälpmedel, då registreringsnummer inte alltid framgår.

Förebyggande och behandlande antitrycksårsmadrasser ordinerar av sjuksköterskorna som ansvarar för att kontinuerligt underhåll och funktionskontroll sker dagligen. Den boendes kontaktman ansvarar för skötsel av madrassen efter instruktion från forskrivande sjuksköterska.

Inkontinensvård

Fyra sjuksköterskor varav en distriktsköterska har utbildning i inkontinensvård vilket är bra. De utreder boende med inkontinensproblem och förskriver adekvat inkontinensskydd för de boende som behöver.

Hygien

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och sjuksköterskorna registrerar alla infektioner inklusive antibiotikabehandlingar i Vårdhygiens statistikmall vilket är mycket bra. Ju färre antibiotikakurer desto mindre möjlighet för bakterier att utveckla resistens. Genom att följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården⁷ kan verksamheten också bidra till en minskning av infektioner och behandlingar med antibiotika. Verksamheten har haft hygienrund 2010 med hygiensjuksköterska.

⁷ SOSFS 2007:19

Vård i livets slutskede

Verksamheten har lokala rutiner som säkrar vården och omsorgen om de boende som befinner sig i livets slut. Sjuksköterskorna har ännu inte börjat registrera i Svenska palliativ-registret men ska försöka komma igång under 2011.

AVVIKELSER OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Arbetssätt och metoder

Enheten har arbetsplatsträffar en gång i månaden för samtlig personal och varje våningsplan har dessutom veckomöten samt morgonmöten. Personalen ger dock uttryck för att ledningen inte syns till i verksamheten och det finns viss oro hos en del personal. Det framkommer att rutiner och arbetssätt varierar mellan planen, ex kring måltider, utevistelse, dokumentation och aktiviteter. Om det fungerar tillfredsställande beror till stor del på vilken personal som arbetar. I allmänhet kan sägas att arbetet präglas av ett gott bemötande av de äldre vilket också bekräftas av brukarundersökningen och individuppföljningen. Vid uppföljningen gavs dock en del exempel på oprofessionellt bemötande som antyder att man inte alltid respekterar och utgår från de äldres behov.

Åtgärd: Ett tydligt och nära ledarskap är en förutsättning för att kunna bedriva kvalitets- och förbättringsarbete i verksamheten. För att säkra omsorgen om den enskilde och bidra till att de äldre känner större delaktighet och inflytande behöver verksamheten arbeta med att nå ett likartat arbetssätt och gemensamt synsätt på hela enheten. Man bör i större utsträckning anpassa rutinerna efter de äldres behov. En handlingsplan ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 15 september 2011.

Kontaktmannaskap

Vid intervjuer med omsorgspersonal framgår det att det inte är kontaktmannaskapet som i första hand styr planeringen av de äldres hjälpinsatser. Personalen arbetar över hela våningsplanet vilket innebär att kontaktmannen inte är den primära vårdaren trots att denne är i tjänst. Att "kunna" alla boende framhålls som orsak samt att vissa äldre behöver två personal som hjälps åt vid omvårdnaden. Av individuppföljningen framgår att endast hälften av de boende på de somatiska avdelningarna vet vem som är deras kontaktman.

Åtgärd: I omsorgen om den enskilde är kontaktmannaskapet centralt och borgar för den enskildes trygghet. I anbudet finns åtagande om att det ska vara kontaktmannen som ska ansvara för helheten hos den enskilde. Arbetsfördelningen behöver utvecklas för att öka kontinuiteten för de boende. En handlingsplan ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 24 november 2011.

Aktiviteter

Omsorgspersonalen ska enligt anbudet ansvara för att vardagsnära aktiviteter genomförs tillsammans med de boende samt för planbunda aktiviteter såsom sång, bingo, frågesport etc. Det finns pärmar med förslag på aktiviteter samt böcker, tidskrifter, CD-skivor och spel. Personalen uppger dock att det sällan förekommer aktiviteter på avdelningarna och vid platsbesöken observerades inte heller några aktiviteter förutom de gemensamma aktiviteter som aktivitetssamordnare arrangerar. Helgaktiviteter finns inplanerade men genomförs inte regelbundet. Egen tid för de boende tillsammans med kontaktman har utlovats i anbudet, ingen av den tillfrågade personalen kände till detta, det går heller inte att spåra i dokumentationen. Aktivitetsanalys ska enligt anbudet göras för samtliga boenden för att aktiviteter ska utgå från den boendes behov och önskemål. Det finns planering för detta men det har inte genomförts i större omfattning.

Det framgår av individuppföljningen att flera boende ger uttryck för att det känns långsamt på boendet och att man efterfrågar mer specifika aktiviteter. Brukarundersökningen visar att endast 42 % är nöjda med aktiviteterna vilket är en sänkning från 61 % år 2009.

Åtgärd: För att skapa en meningsfull vardag för de boende bör verksamheten arbeta med att få till stånd regelbundna aktiviteter utifrån behov och önskemål samt egen tid i enlighet med anbudets intentioner. En handlingsplan ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 15 september 2011.

Utevistelse

Statistiken från signeringslistorna visar att utevistelse genomförts under sommaren, dock sparsamt under hösten och vintern. Den långa vintern samt att de boende ofta tackar nej till utevistelse har enligt personalen bidragit till nedgången. Det finns skillnader mellan avdelningarna i vilken omfattning de boende får komma ut. Rutin för utevistelsegarantins genomförande finns, men enligt ledningen är rutinen inte implementerad. Enligt brukarundersökningen så upplever endast 32 % av de tillfrågade att de kommer ut när de vill.

Åtgärd: Verksamheten behöver arbeta vidare med att implementera arbetssättet med utevistelse så det genomförs kontinuerligt och likvärdigt mellan avdelningarna. En handlingsplan ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 15 september 2011.

Den sociala dokumentationen

Ca 30 % av dokumentationen i ParaSoL har granskats och 85 % av dokumentationspärmarna. Samtliga boende har en egen dokumentationspärm där pappersdokumentationen förvaras. Generellt är det stor skillnad mellan avdelningarna och det finns ingen systematik i upprättandet, en boende på ett plan kan ha fullständig dokumentation medan en annan i stort sett saknar allt.

Kopia av utskriften genomförandeplan fanns i ca hälften av pärmarna. De flesta bruka-

re har en genomförandeplan i ParaSoL, dock har de i vissa fall inte följts upp på över ett år. Många planer är bra men en hel del är väl tunna och allmänt hållna. Ofta saknas samtliga insatser under hela dygnet liksom utevistelse och aktiviteter. Det fanns täta och adekvata daganteckningar i många fall men även dessa behöver vidareutvecklas. En hel del journalanteckningar förs skriftligen i pärmarna. Utevistelse finns sällan med som insats i den boendes genomförandeplan eller i löpande daganteckningar. Det är något bättre avseende deltagande i aktiviteter. En femtontal aktivitetsanalyser fanns i pärmarna. I 24 % av de granskade pärmade på somatik-avdelningarna och 55 % på demensavdelningarna fanns en levnadsberättelse. Information om brukaren/ställföreträdarens deltagande saknas med några undantag och endast 17 % hade en genomförandeplan som var undertecknad av den äldre eller dess företrädare.

Åtgärd: Verksamheten behöver fortsätta att arbeta med innehållet, användningen samt uppföljning av genomförandeplanerna och de löpande daganteckningar. Framför allt bör planerna bli mer individuellt utformade för att säkerställa att omsorgen om den enskilde utförs utifrån dennes behov och önskemål. Det är oklart om dokumentationen används som ett aktivt instrument i omvårdnaden. Verksamheten bör sträva efter att få in fler levnadsberättelser, informationen är särskilt viktig i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. En handlingsplan ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 24 november 2011.

Måltider och livsmedelshantering

Den skriftliga rutinen för gemensamma måltider följs inte fullt ut på alla avdelningar. Arbetssättet skiljer sig åt avseende måltidsmiljön, på vissa våningsplan var det generellt oroligare och inte lika omsorgsfullt dukt. På få avdelningar var dagens meny presenterad så att de boende lätt kunde ta del av den. Matsedlarna sitter på kylskåp/kökslucka vilket snarare ger ett intryck att vara till för personalen än de boende. Individuppföljningen påvisar att ca hälften inte upplever måltiden som en trevlig stund på dagen.

Egenkontrollen avseende livsmedelshantering är inte implementerad i verksamheten, systematiskt arbete saknas helt på samtliga avdelningar. Det finns vissa signeringslistor men endast sporadisk temperaturkontroll görs av den levererade maten, övrig kontroll finns inte dokumenterad. All personal har inom ramen för förvaltningen projekt "Maten i fokus" gått utbildning i egenkontroll, vid samtal framgår att personalen saknar kunskap i frågan.

Åtgärd: En handlingsplan för implementeringen av egenkontrollen av livsmedelshantering och fortsatt utveckling av måltidsmiljön ska presenteras senast den 30 juni 2011. Avstämning hur arbetet fortlöper sker på samverkansmötet den 15 september 2011.

Boendemiljö

Aktuellt veckoschema för aktiviteter finns på varje plan. Gemensamhetsutrymmen såsom kök, vardagsrum och korridorer ger dock på vissa plan ett något oengagerat

intryck. Inaktuellt material finns på anslagstavlorna, glasdörrarna till entrén används istället som anslagstavla. Synpunkts- och klagomålsblanketter finns framtagna och är placerade utanför entrén liksom information till anhöriga. Dock var materialet på några avdelningar inte påfyllt eller är i oordning.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Det saknas aktuella riskbedömningar för ett flertal boende beträffande trycksår, fallrisk och nutrition. Journalerna innehåller få vårdplaner både inom områdena sjuksköterskans specifika omvårdnad samt rehabilitering.

Åtgärd: Sjuksköterskorna ska årligen genomföra aktuella riskbedömningar beträffande trycksår och nutrition och tillsammans med arbetsterapeuten och sjukgymnasten årligen uppdatera fallriskbedömningarna.

Åtgärd: Sjuksköterskorna och arbetsterapeuten och sjukgymnasten ska utifrån sin specifika kompetens upprätta fler vårdplaner med diagnos, åtgärder och uppföljningsdatum gällande de boendes problem och riskområden.

ÖVRIGT

Synpunkts- och klagomålshantering

På samverkansmötena är inkomna klagomål under perioden en stående punkt för diskussion. Sedan föregående avtalsuppföljning har det till Östermalms stadsdelsförvaltning inkommit två klagomål som har handlat om störande beteende från en annan boende samt synpunkter på hantering av kläder/tvätt, inredning och kontaktperson/genomförandeplan.

Administration

När det gäller hantering av ärenden i Paraplysystemet finns det brister vad gäller registrering av kunder i lägenhet och vid utförrapportering. Kunder är dubbelregistrerade vilket bland annat leder till oklarheter vilka lägenheter som är tomma i Paraplysystemet. Rutiner vid ändring av ersättningsnivåer fungerar inte tillfredsställande. Det saknas någon som har övergripande kontroll vid inflyttning gentemot kösamordnare.

Åtgärd: Verksamheten behöver se över rutinerna avseende hantering av ärenden i Paraplysystemet och klargöra ansvarsfördelningen. Ska vara åtgärdat senast den 15 september 2011.

Skattekontroll

Förvaltningen har kontrollerat med Skatteverket att Stiftelsen Rödakorshemmet löpande och i tid har betalat sina skatter, sociala avgifter och arbetsgivaravgifter.

Brandskydd

Förvaltningen genomförde tillsyn av det systematiska brandskyddsarbetet den 20 april 2011. Bedömningen är att verksamheten bedriver ett välfungerande och systematiskt brandskyddsarbete.

SAMMANSTÄLLNING AV AVVIKELSER OCH FÖRBÄTT- RINGSOMRÅDEN

Senast till den 30 juni 2011 ska utföraren

- redovisa hur man avse uppnå ett likartat *arbetssätt* och gemensamt synsätt
- redovisa hur man avser uppnå en ökad kontinuitet för de boende och uppfylla *kontaktmannaskapets* intentioner i enlighet med anbudet
- redovisa hur man avser arbeta med att öka planbunda, individanpassade *aktiviteter, utevistelse* och ”egen tid” i enlighet med anbudets intentioner
- redovisa hur man avser vidareutveckla den *sociala dokumentationen*
- ta fram en handlingsplan för implementeringen av *egenkontrollen för livsmedels-
hygien* och utveckling av måltidssituationen

Till den 15 september 2011

- ska sjuksköterskorna uppdatera riskbedömningar för *trycksår och nutrition*
- ska sjuksköterskorna tillsammans med arbetsterapeuten och sjukgymnasten uppdatera riskbedömningar för *fallolyckor*
- ska utföraren se över rutinerna avseende hantering av *ärenden i Paraplysystemet* och klargöra ansvarsfördelningen

Till den 24 november 2011

- avstämning av ledningssystem enligt SOFS 2006:11

Till nästa avtalsuppföljning

- Arbetsterapeuten, sjukgymnasten och sjuksköterskorna ska till nästa uppföljning utifrån sina ansvarsområden ha upprättat fler vårdplaner med diagnos, åtgärder och datum för uppföljning beträffande de boendes problem och risker.

Tillägg till driftavtal

Stiftelsen Rödakorshemmet driver Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende åt stadsdelsnämnden enligt avtal sedan den 1 november 2008. Avtalet gäller i tre år, till och med den 30 september 2011. Stadsdelsnämnden beslutade den 16 december 2010 att förlänga avtalet för tiden 2011-10-01 --- 2013-09-30. Till huvudavtalet finns ett förslag till tilläggsavtal (bifogas) som behandlar särskilda frågor gällande vård- och omsorgsboendet såsom inventarier, telefoni, el, IT m m. Ersättning till utföraren utgår i tre vårdnivåer som baseras på den enskildes omvårdnadsbehov och ska täcka utförarens alla omkostnader. Fördelningen av nivåerna kan förändras i och med att den enskilde försämras i sitt hälsotillstånd eller att det flyttar in personer med en lägre/högre ersättningsnivå. Före införandet av stadens valfrihetssystem placerade förvaltningen ofta personer med relativt stora omvårdnads- samt hälso- och sjukvårdsbehov på Kattrumpstullen. Möjligheten att välja äldreboende innebär att brukaren själv väljer, vilket har inneburit att personer med lättare vård- och omsorgsbehov har valt Kattrumpstullen. En jämförelse mellan novem-

ber 2008, november 2009, november 2010 och mars 2011 visar tydligt vårdnivåerna på Kattrumpstullen kontinuerligt har minskat. Värdet av de minskade omvårdnadsnivåerna omräknat i årsarbetare motsvarar 5,6 årsarbetare. Utföraren har under hela avtalstiden följt avtalet och haft avtalad bemanning. Boendet har ofta vid månadskontrollerna t o m haft mer personal än avtalat. Förvaltningen anser det rimligt att utföraren i någon mån får anpassa bemanningen till de boendes lägre vårdbehov, så att utföraren ges möjlighet att minska antalet personal med maximalt 5,6 årsarbetare, dock ej hälso- och sjukvårdspersonal. Utföraren ska höja antalet årsarbetare i motsvarande omfattning om antalet boende i högre vårdnivåer ökar. Förvaltningen föreslår därför att ett tilläggsavtal tecknas med möjlighet till en mer flexibel bemanning utifrån brukarnas behov.

BILAGOR

Bilaga 1. Stadens uppföljningsmall av vård- och omsorgsboende

Bilaga 2. Individuppföljning, sammanfattning

Bilaga 3. Brukarundersökning, Stockholms stad 2010

Bilaga 4. Särskilt avtal gällande inventarier, telefoni, el m m