



Handläggare: Anica Hjulström
Telefon: 508 03 187

Till
Spånga-Tensta stadsdelsnämnd

Anmälan av verksamhetsuppföljning för 2007 enligt beslut i Kommunfullmäktige

Förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden beslutar lägga redogörelsen till handlingarna.

.....
Jack Kindberg
stadsdelsdirektör

.....
Gunnel Dahlin
avdelningschef

Ärendets beredning

Detta ärende har upprättats inom avdelningen för äldre. Stadsdelsnämndens pensionärsråd informerades om uppföljningarna på sitt sammanträde den 6 december 2007.

Bakgrund

Kommunfullmäktige har beslutat att alla verksamheter som är belägna inom stadsdelsnämndernas områden och verksamheter som Stockholms stad har ramavtal med ska följas upp årligen. Uppföljningen ska göras med hjälp av fastställda mallar som är lika för alla verksamheter av samma slag oavsett i vems regi de bedrivs.

Resultaten av uppföljningarna ska rapporteras till äldreförvaltningen som sammanställer dem i en rapport till Kommunfullmäktige vartannat år.

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

Förvaltningens redogörelse

De redovisade uppföljningarna har gjorts under hösten 2007 med början i september månad. Samtliga enhetschefer tillsändes i mitten av juli månad ett informationsbrev med förslag på dag för uppföljningen. Eftersom uppföljningsformuläret, enligt anvisningarna från äldreförvaltningen, inte fick skickas ut i förväg innehöll brevet också ett antal frågor att förbereda svar på samt en förteckning över dokument som enhetscheferna ombads hålla tillgängliga vid uppföljningstillfället.

Enhetscheferna har fått preliminära uppföljningsrapporter för sakkontroll. Efter rättningar och justeringar har respektive enhetschefer erbjudits kommentera den slutliga rapporten. Flertalet enhetschefer har dock avstått från att bifoga egna kommentarer. De kommentarer som inkommit bifogas som bilaga till detta tjänsteutlåtande.

Alla stadsdelsförvaltningars uppföljningsrapporter kommer att sammanställas av Äldre förvaltningen och anmälas till Kommunfullmäktige.

Samtliga verksamheter har uppmanats ta fram en plan för åtgärdande av de avvikelser som framkommit vid uppföljningen. Åtgärdsplanerna kommer att anmälas till stadsdelsnämnden i januari 2008.

Avdelningen för äldre kommer också att förelägga nämnden ett förslag till ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 i januari 2008.

Bilagor

- Uppföljningsrapport för Fristad servicehus Attendo Care AB
- Uppföljningsrapport för Fristad äldreboenden Takåsen och Vindskupan Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Fristad sjukhem Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Tensta servicehus Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Tensta äldreboenden Gullvivan, Violen, Blomsterborgen pl 3-4 Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Äldreboendet Nyponet Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Spånga-Tensta hemtjänst Spånga-Tensta sdf
- Uppföljningsrapport för Bildning och Vård i Stockholm AB
- Uppföljningsrapport för Aleris Äldreomsorg AB
- Kommentar från Bildning och Vård i Stockholm AB



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Uppföljning av servicehus

Basuppgifter

Servicehus:	Fristad servicehus
Ägare/Entreprenör:	Attendo Care AB
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för entreprenörer
Adress:	Cervins väg 13
Verksamhetschef/enhetschef:	Annica Sarén
Telefon:	508 03 511
Hemsida:	www.attendo.se
Antal boende totalt:	145 boende (153 lägenheter)
Varav antal boende från staden:	145 (7 par)
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta, Kista-Rinkeby, Hässelby-Vällingby, Bromma, Enskede-Årsta, Farsta, Kungsholmen, Södermalm, Älvsjö och Östermalm
Uppföljningen utförd av:	Ing-Britt Logren, biståndshandläggare och Anica Hjulström, 1:e sekr
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Annica Sarén, enhetschef
Datum för uppföljningen:	2007 09 18 kl 9 – 13.30 med avbrott för 45 min lunch.

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten i Fristad servicehus bedöms fungera väl. Verksamhetschefen är kunnig, erfaren och engagerad. Hon arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. De gemensamma utrymmena ger ett gemytligt och välvårdat intryck. Lägenheterna är bra och förhållandevis rymliga.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan anser att hemsjukvården i Fristad servicehus är väl fungerande ur hälso- och sjukvårdssynpunkt. De brister som framkommit är sådana att enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen enkelt bedöms kunna komma till rätta med dem.



Inga avvikelser finns.



Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008 12 31:

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt.

Genomförandeplaner finns inte för alla brukare. De genomförandeplaner som finns är inte alltid uppdaterade och många är ännu inte kompletta med alla uppgifter som de ska innehålla.

Dokumentation av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder med anledning av dessa saknas.

Egenkontrollprogram för livsmedelshantering saknas.

Skriftlig utbildningsplan för personalen saknas.

Rutinerna för kontaktmannaskap och för rapportering av förändrat hjälpbehov är inte tillräckligt implementerade i verksamheten.

Skriftliga rutiner saknas i viss utsträckning.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

All personal har inte genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre samt livsmedelshygien.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

Avvikelser som gäller hemsjukvården:

Rutinerna för läkemedelshantering är inte uppdaterade och de efterlevs inte helt.

Rutinerna för den palliativa vården (vård i livets slutskede) är inte skriftliga.

Sjuksköterskorna säkerställer inte alltid att de hjälpmedel som används vid inkontinens är de rätta.

Fall av inkontinens utreds inte alltid tillräckligt.

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 omsorgsböende. 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:

Besök på plats, intervju, viss dokumentgranskning

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 servicehuset: 44

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Minst 75 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☒ Minst 50 % av personalen är tillsvidare anställda (56,8 %)
- ☐ Minst 25 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är tillsvidare anställda

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) (86,4 %)
- ☐ Under 80 % har 5 års arbete med omsorg och/eller adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senast året är 8 %

- ☒ 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

Det finns tillsvidareanställd personal på alla schemarader utom på ett antal vakanta pass bl. a på helger som inte går att lägga på en ordinarie rad p.g.a. schematekniska och arbetstidslagsskäl. Vid sjuk- eller annan frånvaro anställs vikarier i den utsträckning det behövs med beaktande av aktuell arbetsbelastning.

Det finns ingen skriftlig utbildningsplan, dock kommer utbildning att anordnas i vårdhygien, dokumentation och nya livsmedelslagen så att samlig personal får möjlighet att inhämta de kunskaper som krävs.

Personalen behärskar det svenska språket i tal och skrift i den utsträckning som arbetet kräver.

Ledningssystem SoL, LVU, LVM och LSS

☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

Inflyttning

☒ De boende får muntlig och skriftlig information vid inflyttning.

Kommentar

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje brukare.
- ☒ 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

- ☒ Beställning finns som innehåller - i relation till aktuella insatser - bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, sociala kontaktnät, intressen och uppgift om vilka insatser som ska utföras.
- ☐ Genomförandeplan finns som minst innehåller:
 - Kontaktmannens namn
 - Ett veckoschema där insatsernas utformning beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
 - Att information har getts om klagomålshantering
 - Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
 - Ansvarig arbetsledare
 - Underskrift av kontaktman, den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående eller god man.
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Genomförandeplaner finns för alla brukare som har mer än bara serviceinsatser (nivå 4 och uppåt). Alla genomförandeplaner är dock inte uppdaterade och många är ännu inte kompletta med alla uppgifter som de ska innehålla.

Entreprenören använder sig av Safe-doc och arbetar aktivt med att förbättra genomförandeplanerna.

Rapportering av förändrat behov

- ☐ Rutin finns för rapportering av förändrat behov.

Kommentar

Skriftlig rutin för rapportering av förändrat hjälpbehov har tagits fram men är dock ännu inte implementerad. All personal har dock informerats muntligen om vad som gäller.

Brukarinflytande

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

Kommentar

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 beställt insatserna.
- ☐ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Dokumentation av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder med anledning av dessa saknas. I Attendos ledningssystem finns särskild rutin för månatlig genomgång av brister. Arbetet med detta bör förbättras.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Lex Sarah

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ser till att beställande 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

- ☒ Tillgång finns till kost efter behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om "Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg" (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål.
- ☐ Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte

tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi.

- ☐ 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.

Kommentar

Frågan om Tillgång finns till kost efter behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål är svår att besvara för servicehusboende.

Sodexho, som driver servicehuset restaurang på entreprenad, ska enligt avtalet med stadsdelsnämnden servera lunchmåltider som motsvarar ESS-gruppens rekommendationer. De boende i servicehuset som väljer att äta i restaurangen kan således få fullvärdiga måltider där.

De boende som beviljas tillagning av mat i hemmet får tillgång till enklare kost utifrån vad den enskilde önskar sig.

Vårdpersonalen har ansvar för att uppmärksamma och anmäla till sjuksköterska eller enhetschef alla avvikelser från vad som kan förväntas som normalt, dvs till exempel om en enskild går ner i vikt, inte har matlust eller har andra problem med kosten, etc. I sådana fall utreds orsaken och åtgärder vidtas för att komma tillrätta med problemen. Skriftlig rutin för detta finns dock inte.

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen. Entreprenören har heller inte, enligt avtalet, åtagit sig att ha tillgång till dietist.

Spånga-Tensta sdf driver ett särskilt projekt för framtagande av kvalitetssystem för grundläggande funktioner rörande kosthållningen tillsammans med Rinkeby-Kista sdf. Projektledaren är dietist.

Program för egenkontroll för hantering av livsmedel saknas.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

Aktivering

- ☒ De boende erbjuds, utifrån förmåga och önskemål, vardagsnära aktiviteter och stimulans.
- ☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose den enskildes sociala, kulturella, andliga och mentala behov.
- ☐ Den enskilde erbjuds regelbunden utevistelse.

Kommentar

Entreprenören satsar mycket på aktivering och olika aktiviteter.

Finns en särskilt avdelad person som arbetar på halvtid med olika aktiviteter.

Sjukgymnast och arbetsterapeut arrangerar grupp gymnastik, handträning, balansträning, etc.

Frivilliga organisationer som PRO, Svenska kyrkan, Filadelfiakyrkan, m. fl. arrangerar olika aktiviteter på servicehuset.

Utevistelse i form av promenader utförs utifrån bostadsbedömarens beställning.

Utevistelse i form av hjälp med att komma ut på gården utförs även utan beställning.

Larm

- ☒ Åtgärdskedja för att besvara och rycka ut på larm finns.

Kommentar

Hantering av egna medel och nycklar

☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av egna medel.

☒ Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

Kommentar

Nya rutiner håller på att införas på grund av att ett specialsåp för nycklar köpts in.

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

Nutritionsutredningar görs inte regelmässigt.

Rutin för nutritionsutredningar finns men har inte implementerats/följts fullt ut.

Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet behöver förbättras.

Ledningssystem HSL

☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar

Lex Maria

☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Maria.

☒ Utföraren ansvarar för att beställande 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 den enskilde 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

Riskbedömningar för undernäring och trycksår görs inte systematiskt.

Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet behöver förbättras.

Förbättringar behöver göras beträffande vårdplanerna.

Rehabilitering

- ☒ För nyinflyttade 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. (om ansvar för användning av medicintekniska produkter och anmälningsplikt avseende olyckor och tillbud)
- ☒ Föreskrivning 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 m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.
- ☒ Inkontinenshjälpmedel är individuellt utprovade av legitimerad personal med föreskrivningsrätt.

Kommentar

Det ingår inte i entreprenadavtalet att entreprenören ska bekosta den medicintekniska utrustningen.

Enligt entreprenadavtalet bekostar uppdragsgivaren bl. a. de medicintekniska hjälpmedel som behövs.

Entreprenören har enligt avtalet sjukgymnast och arbetsterapeut som kan föreskriva de hjälpmedel som behövs.

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

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:
Sänggrindar förekommer och beslut om att de ska användas fattas och dokumenteras av sjuksköterska.

Kommentar

Vård i livets slutskede

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

Kommentar

Ingen separat plan upprättas för vård i livets slutskede, vilket ska göras. Uppgifterna förs in i ordinarie omvårdnadsplan.



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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Fristad äldreboenden (Takåsen och Vindskupan)
Ägare/Entreprenör:	Spånga- Tensta sdf kommunal regi
Inriktning:	Demens (dock ej formellt beslutad)
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för kommunalt driven enhet
Adress:	Cervins väg 9, 4 tr respektive Cervins väg 11 4 tr
Verksamhetschef/enhetschef:	Ulla Lehvonen
Telefon:	508 03 519
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal boende totalt:	22 (22 lägenheter)
Varav antal boende från staden:	22
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta, Skärholmen och Hässelby-Vällingby (en från respektive)
Uppföljningen utförd av:	Ing-Britt Logren, biståndshandläggare och Anica Hjulström, 1:e sekreterare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Ulla Lehvonen, enhetschef, Lena Hedlund, sjuksköterska och Eva Westerberg Andersson
Datum för uppföljningen:	2007 10 24, klockan 9 - 12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Fristad äldreboenden är en mycket väl fungerande verksamhet med kunnig, engagerad och stabil personal. Den ansvariga sjuksköterskan har speciell kompetens och stort engagemang för arbete med personer med demenssjukdom. Verksamhetschefen är erfaren och kunnig. Hon och den ansvariga sjuksköterskan arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Vården i boendet är anpassad efter de behov demenssjuka personer har eftersom de boende med något undantag har en sådan sjukdom. Dock finns inget formellt beslut om att boendet är avsett för demenssjuka. De gemensamma

utrymmena är i behov av underhåll. En del förbättringar behöver göras inom områdena dokumentation, systematisk egenkontroll och personalutbildning.

☐ **Inga avvikelser finns.**

☒ **Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:**

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Sjuksköterskorna dokumenterar inte i SoL-journalerna i tillräcklig omfattning.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

Vård- och rehabiliteringsplanerna uppdateras inte systematiskt.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

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 omsorgsböende. 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:

Besök på plats, intervju, viss dokumentgranskning.

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: 38

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare (73,7 %)
- ☐ 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) (97,4 %)
- ☐ 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 4 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 11 boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	7.30-14 4 st 14-20.30 2 st	2	2	1
Sjuksköterska	1	Tillgång via sjukhemmet i samma hus	Tillgång via sjukhemmet i samma hus	Tillgång via sjukhemmet i samma hus

- ☒ 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

Förekommer att personal inte bär namnbricka.

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

Förvaltningen tillhandahåller alltid höj- och sänkbar säng inklusive madrass. De boende förutsätts i övrigt möblera sin lägenhet utifrån sitt eget behov av möbler, husgeråd, etc.

Självklart får hyresgästen hjälp med möblering/utrustning av lägenheten om behovet inte tillgodoses på annat sätt.

De boende förutsätts teckna egna telefonabonnemang. Vid angeläget behov kan dock telefon lånas. Det finns en liten lägenhet som anhöriga kan hyra i det närbelägna kollektivhuset.

Ledningssystem SoL

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11 (för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS)

Kommentar

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 måste kompletteras.

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

Arbetsgruppen är så liten att det inte är möjligt att minska antalet personal hos brukaren ytterligare. De boende är så långt gångna i sin demenssjukdom att det inte är meningsfullt att ha överenskommelser om tider. Kontinuitet och trygghet uppnås genom att ha fasta, återkommande rutiner för de vardagliga göromålen.

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

Brukarinflytande

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

Kommentar

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

Stora ansträngningar görs alltid för att tillmötesgå anhöriga och boende när de har synpunkter eller klagomål. Klagomål förekommer mycket sparsamt.

Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering har inte följts helt. Bristerna avser dokumentationen och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Enhetschefen nämner:

Brukar- och personalenkäter årligen.

Psykosocial rond och internkontroll enligt arbetsmiljölagen.

Uppföljning av de boende varje vecka – alla personalkategorier medverkar.

Uppföljning av ekonomin/budgeten varje månad.

Uppföljning av verksamhetens rutiner sker om nya eller ändrade lagar, föreskrifter, riktlinjer, eller dylikt föranleder revidering av befintlig rutin eller upprättande av en ny. Genomgång av verksamhetens rutiner med personalen ska göras årligen och vid behov som ett led i att säkerställa att all personal känner till och följer desamma.

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	Från kl 6
Mellanmål	Från kl 11
Lunch	Från kl 12:30
Mellanmål	Från kl 14:30
Middag	Från kl 16:30
Kvällsmål	Från kl 18
Övriga tider	Vid behov och efter önskemål

Kommentar

Kosten levereras från köket i Fristad servicehus som drivs av Sodexho AB på entreprenad. Enligt avtalet ska Sodexho leverera kost som följer ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003).

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen. Konsultation i kostfrågor sker via entreprenören som levererar kosten till boendena. Denne har tillgång till dietist på Karolinska sjukhuset.

Erbjudande om att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när han/hon ska äta ges inte eftersom maten levereras varm till boendena och bör ätas kort efter leverans. Möjlighet finns dock enligt avtalet med Sodexho att få kyld portion levererad vid behov. Det finns även möjlighet att få en enkel rätt tillagad i boendet åt den som inte kan äta på ordinarie mattid.

Boendena har en särskild pärm med information om vad som gäller för kost i boendet. Varje avdelning har en bland personalen som är utsedd till kostombud.

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

Aktiviteter som erbjuds är: Sångstunder, gruppsammankomster kring olika teman, pyssel, vardagsaktiviteter som strykning, sköta blommor, bakning.

Personalen lägger vikt vid att låta den boende sköta så mycket som möjligt av sin personliga omvårdnad själv och assistera i den utsträckning som behövs.

Varje månad ordnas en fest, alla högtidsdagar och helger firas enligt gällande traditioner. Utevistelse schemaläggs och anordnas genom utflykter, promenader (rullstols-) och fika på nere på gården eller på altanerna.

Svenska kyrkan håller gudstjänst varje månad. SPF/PRO anordnar Guldkant ibland.

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

Alla lägenheter är i bra skick. De renoveras löpande vid behov. De gemensamma utrymmena är dock slitna. Många ytor ser inte välstädade ut fast det är rengjorda så mycket som det går. Tapeterna är trasiga på många ställen och putsen på utskjutande hörn har lossnat här och var. Behovet av renovering har anmälts till hyresvärden Micasa AB sedan länge. Micasa har lovat renovera men besked om när det ska ske har inte lämnats.

Buffertförråd för kläder finns inte. Alla boende har egna kläder. Patientkläder förekommer inte. Skulle dock någon behöva hjälp med att skaffa kläder är personalen behjälplig.

Hälsö- 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 HSL**

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar**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**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.
- ☒ Föreskrivning 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 föreskrivningsrätt.

Kommentar

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

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:

Sänggrindar och bälten förekommer.

Beslut om att användande av sänggrind tas av sjuksköterska.

Beslut om användande av bälte tas av läkare.

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



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Fristad sjukhem
Ägare/Entreprenör:	Spånga- Tensta sdf kommunal regi
Inriktning:	Soma
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för kommunalt driven enhet
Adress:	Cervins väg 15
Verksamhetschef/enhetschef:	Ulla Lehvonen
Telefon:	508 03 519
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal boende totalt:	43 (45 platser)
Varav antal boende från staden:	43
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta och Hässelby-Vällinby sdf (en boende fr H-by-V-by)
Uppföljningen utförd av:	Ing-Britt Logren, biståndshandläggare och Anica Hjulström, 1:e sekreterare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Ulla Lehvonen, sjukhemschef, Anna Öhman sjukgymnast, Eva Hansson sjuksköterska
Datum för uppföljningen:	2007 10 25, klockan 9 - 12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Fristad sjukhem är en mycket väl fungerande verksamhet med kunnig, engagerad och stabil personal. Verksamhetschefen är erfaren och kunnig. Hon arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Lokalerna har traditionell sjukhusutformning men är i bra skick. Miljön ger ett trevligt och ombonat intryck. En del förbättringar behöver göras inom områdena dokumentation, systematisk egenkontroll och personalutbildning.

☐ **Inga avvikelser finns.**

☒ **Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:**

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Sjuksköterskorna dokumenterar inte i SoL-journalerna i tillräcklig omfattning.

Vård- och rehabiliteringsplanerna uppdateras inte systematiskt.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

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 omsorgsböende. 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:

Besök på plats, intervju, viss dokumentgranskning.

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: 59

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare (72,2 %)
- ☐ 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) (90,7 %)
- ☐ 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 senast året är 5,6 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 15 boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	5	4	2	2 på tre avd
Sjuksköterska	1	1 som svarar för 3 avd sjkh o 2 avd gruppb, (67 boende)	1 som svarar för 3 avd sjkh o 2 avd gruppb, (67 boende)	1 som svarar för 3 avd sjkh o 2 avd gruppb, (67 boende)

- ☒ 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**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

En eventuell ombyggnad av sjukhemmet diskuteras. Enligt nuvarande förslag reduceras antalet platser från 45 till 25.

Det finns en liten lägenhet som anhöriga kan hyra i det närbelägna kollektivhuset.

Ledningssystem

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11 (SoL, m.fl.)

Kommentar

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 måste kompletteras.

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

Det är inte alltid kontaktpersonen som utför de personliga omvårdnadsinsatserna. Det skulle medföra ett avsevärt mer omständligt sätt att arbeta. Det är ett mycket begränsat antal personer som är involverade i omvårdnaden, personalgruppen är mycket stabil och vikarier behöver sällan användas. Kontinuitet och trygghet uppnås genom att ha fasta, återkommande rutiner för de vardagliga göromålen. Att ha egentliga överenskommelser om tider är inte meningsfullt.

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 (se kommentar)
 - uppgifter om de boendes delaktighet i planeringen av insatserna
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

När och av vem insatser ska utföras anges inte. Personalen måste hjälpas åt för att det ska fungera i praktiken.

Sjuksköterskorna dokumenterar inte alltid i omvårdnadsjournalerna. Deras SoL-dokumentation behöver förbättras. Man litar till muntlig kommunikation i alltför hög grad.

Brukarinflytande

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

Kommentar**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

Stora ansträngningar görs alltid för att tillmötesgå anhänga och boende när de har synpunkter eller klagomål. Klagomål förekommer dock mycket sparsamt.

Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering har inte följts helt. Bristerna avser dokumentationen och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Enhetschefen nämner:

VIPS-möten för genomgång av samtliga boenden sker varje vecka varvid alla personalkategorier deltar.

Uppföljning av ekonomin/budgeten varje månad.

Brucar- och personalenkäter årligen.

Psykosocial rond och internkontroll enligt arbetsmiljölagen.

Uppföljning av långtidssjukskrivna.

Uppföljning av verksamhetens rutiner sker om nya eller ändrade lagar, föreskrifter, riktlinjer, eller dylikt föranleder revidering av befintlig rutin eller upprättande av en ny. Genomgång av verksamhetens rutiner med personalen ska göras årligen och vid behov som ett led i att säkerställa att all personal känner till och följer desamma.

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	Från kl 7
Mellanmål	Från kl 10
Lunch	Från kl 12:30
Mellanmål	Från kl 14
Middag	Från kl 16:30
Kvällsmål	Från kl 18
Övriga tider	Vid behov och efter önskemål

Kommentar

Kosten levereras från köket i Fristad servicehus som drivs av Sodexho AB på entreprenad. Enligt avtalet ska Sodexho leverera kost som följer ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003).

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen. Konsultation i kostfrågor sker via entreprenören som levererar kosten till boendena. Denne har tillgång till dietist på Karolinska sjukhuset.

Erbjudande om att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när han/hon ska äta ges inte eftersom maten levereras varm till boendena och bör ätas kort efter leverans. Möjlighet finns dock enligt avtalet med Sodexho att få kyld portion levererad vid behov. Det finns även möjlighet att få en enkel rätt tillagad i boendet för den som inte kan äta på ordinarie mattid.

Boendena har en särskild pärm med information om vad som gäller för kost i boendet. Varje avdelning har en bland personalen som är utsedd till kostombud.

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

Aktiviteter som anordnas är: Musikkirke, sångstunder, sittgymnastik, ”spelhörnan”, temafest varje månad, vardagsaktiviteter som har med den egna personliga omvårdnaden att göra. Utomhusaktiviteter erbjuds i form av promenad (rullstols-), vistelse i trädgården och på altanen, boulespel. Svenska kyrkan håller gudstjänst varje månad. SPF/PRO anordnar ”Guldkantsaktiviteter” ibland. Bara det att komma upp varje dag är en krävande aktivitet för dem som bor på sjukhemmet med tanke på deras tillstånd.

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

Strykning förekommer ytterst sällan.

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 HSL

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar

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

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 förskrivningsrätt.

Kommentar

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

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:

Sänggrindar och bälten förekommer. Beslut om att användande av sänggrind tas av sjuksköterska. Beslut om användande av bälte tas av läkare.

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



Uppföljning av servicehus

Basuppgifter

Servicehus:	Tensta servicehus
Ägare/Entreprenör:	Kommunal regi
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för kommunal regi
Adress:	Elinsborgsbacken 5
Verksamhetschef/enhetschef:	Gia Kruse van Paaschen
Telefon:	508 03 570
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal boende totalt:	75 (96 lägenheter varav 24 föreslås avvecklas)
Varav antal boende från staden:	75 (varav 2 par)
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista
Uppföljningen utförd av:	Yvonne Säll och Anica Hjulström
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Gia Kruse van Paaschen
Datum för uppföljningen:	2007 10 31, kl 9 - 12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten i Tensta servicehus bedöms fungera bra i stort sett. Verksamhetschefen är erfaren, kunnig och arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Förbättringar behöver dock göras inom en hel del områden. Främst gäller det dokumentation, specifik utbildning och handledning av vårdpersonalen, systematisk egenkontroll och samarbetet mellan olika personalkategorier.

Hemsjukvårdsenheten har följts upp separat eftersom den har en annan chef än äldreboendena. Hemsjukvårdsenheten i Tensta bedöms fungera väl trots de avvikelser som noterats. Det som behöver förbättras är främst förekomsten av skriftliga rutiner och dokumentation samt systematisk egenkontroll.



Inga avvikelser finns.



Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt.
 Skriftliga rutiner saknas i relativt stor utsträckning.
 Genomförandeplaner saknas för många boende.
 Egenkontrollprogram för livsmedelshantering saknas.
 All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.
 All personal behärskar inte det svenska språket i skrift.
 Samarbetet med hemsjukvården är inte tillräckligt väl fungerande.
 All personal har inte genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre samt livsmedelshygien.
 Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.
Avvikelser som gäller hemsjukvårdsenheten:
 Sjuksköterskorna dokumenterar inte i SoL-journalerna i tillräcklig omfattning.
 Vård- och rehabiliteringsplanerna uppdateras inte i tillräcklig omfattning.
 De nya rutinerna för bedömning av risk för undernäring, fall och trycksår är inte implementerade.
 Arbetet med miktionsstatus/inkontinens, riskavfall, demens, hygien och vård i livets slutskede är inte tillräckligt utvecklat.

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:
 Besök på plats, intervjuat enhetschefen, viss dokumentgranskning.

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 servicehuset: 14

Personalens anställningsform:

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

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) (71,4%)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senast året är 14 %

- ☒ 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

All personal behärskar inte det svenska språket i skrift i nödvändig utsträckning. Stor vikt måste läggas på muntlig information med tanke på personalens svårigheter med att förstå skriven svenska.

Rutiner för introduktion av nyanställda finns delvis.

Ledningssystem

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Inflyttning

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

Kommentar

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje brukare.
- ☒ När kontaktmannen är i tjänst är det denne som i första hand utför vård- och omsorgsinsatser-

	na 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

☒	Beställning finns som innehåller - i relation till aktuella insatser - bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, sociala kontaktnät, intressen och uppgift om vilka insatser som ska utföras.
☐	Genomförandeplan finns som minst innehåller: – Kontaktmannens namn – Ett veckoschema där insatsernas utformning beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter – Att information har getts om klagomålshantering – Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp – Ansvarig arbetsledare – Underskrift av kontaktman, den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående eller god man.
☐	Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
☒	Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Spånga-Tensta har sedan länge ett eget databaserat dokumentationssystem för vårdpersonalen, Mobil Omsorg. Dokumentationen har skett i detta program. Genomförandeplaner saknas ännu för ganska många i ParaSoL. Den löpande dokumentationen om faktiska omständigheter och händelser av betydelse förs ännu inte i tillräcklig omfattning i ParaSoL.

Det krävs tolk för att man ska kunna upprätta genomförandeplaner för personer med vissa hemspråk. Hittills har inte vårdbiträden använt sig av tolkar. Det förekommer att annan personal eller anhöriga fungerat som tolk.

Rapportering av förändrat behov

☐	Rutin finns för rapportering av förändrat behov.
Kommentar	
Skriftlig rutin för rapportering av förändrat behov saknas.	
Information om förändrat hjälpbehov sker bland annat vid de veckomöten som hålls för genomgång av alla hjälptagares behov.	
Arbete pågår för att förbättra samarbetet mellan vårdpersonalen och sjuksköterskorna.	

Brukarinflytande

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

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 beställt insatserna.
- ☐ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering har inte följts när det gäller dokumentation och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Veckomöten för genomgång av de boende varvid alla personalkategorier deltar.

Regelbunden genomgång av beställningarna så att de överensstämmer med hjälpbehovet för de boende.

Uppföljning av budgetläget görs varje månad.

Personaldimensioneringen följs upp kontinuerligt.

Systematisk genomgång och uppdatering av gällande rutiner görs inte.

Lex Sarah

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ser till att beställande 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**

- ☒ Tillgång finns till kost efter behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål.
- ☐ Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi.
- ☐ 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.

Kommentar

Frågan om Tillgång finns till kost efter behov, utifrån ESS-gruppens rekommendationer om ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” (Livsmedelsverket, SLV 2003), med hänsyn till individens egna önskemål är svår att besvara för servicehus.

Fridagruppen (daglig verksamhet LSS) som driver servicehusets restaurang, ska enligt överenskom-

melse med äldreomsorgens avdelningsledning, servera lunchmåltider som motsvarar ESS-gruppens rekommendationer. De boende som väljer att äta i restaurangen kan således få fullvärdiga måltider där. De boende som beviljas tillagning av mat i hemmet får tillgång till enklare kost utifrån vad den enskilde önskar sig.

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen.

Särskilt projekt för framtagande av kvalitetssystem för grundläggande funktioner rörande kosthållningen pågår tillsammans med Rinkeby-Kista sdf. Projektledaren är dietist.

Program för egenkontroll för hantering av livsmedel finns för servicehusets storkök men inte för servicehusets vårdbiträden.

Vårdpersonalen har ansvar för att uppmärksamma och anmäla till sjuksköterska eller enhetschef alla avvikelser från vad som kan förväntas som normalt, dvs till exempel om en enskild går ner i vikt, inte har matlust eller har andra problem med kosten, etc. Skriftlig rutin för detta finns dock inte.

Aktivering

- ☒ De boende erbjuds, utifrån förmåga och önskemål, vardagsnära aktiviteter och stimulans.
- ☒ Samarbete sker med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose den enskildes sociala, kulturella, andliga och mentala behov.
- ☒ Den enskilde erbjuds regelbunden utevistelse.

Kommentar

Den öppna dagverksamheten Elin som har program för olika aktiviteter måndag – fredag, erbjuder aktiviteter som inbegriper utevistelse. I övrigt kan enskilda vara beviljade utevistelse i form av promenader, ledsagning, etc.

Varje månad anordnas någon aktivitet av PRO och SPF tillsammans, den s. k ”Guldkanten”. Röda korset har arrangemang i servicehuset för sina medlemmar. SPF/PRO anordnar sammankomster (Guldkanten), Svenska kyrkan håller gudstjänst varje månad.

Larm

- ☒ Åtgärdskedja för att besvara och rycka ut på larm finns.

Kommentar

Hantering av egna medel och nycklar

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

Kommentar

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 HsL**

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar**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

Ny rutin för riskbedömningar finns sedan 2007 06.
Vård- och rehabiliteringsplanerna behöver utvecklas.

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 om tekniska hjälpmedel. (om ansvar för användning av medicintekniska produkter och anmälningsplikt avseende olyckor och tillbud)
- ☒ 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 förskrivningsrätt.

Kommentar

Rutinerna för inkontinenshjälpmedel behöver förbättras.

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

Läkemedel

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1 om läkemedelshantering.
- ☒ 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:

Sänggrindar förekommer och ordinerar då av sjuksköterska.

Bälten förekommer och ordinerar då av läkare.

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



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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Tensta äldreboenden (Violen, Gullvivan, Blomsterborgen plan 3 och 4)
Ägare/Entreprenör:	Spånga- Tensta sdf kommunal regi
Inriktning:	Ingen
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för kommunal regi
Adress:	Elinsborgsbacken 9, plan 1 – 4,
Verksamhetschef/enhetschef:	Anne-Christine Davidsson
Telefon:	508 03 550
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal boende totalt:	38 (38 lägenheter)
Varav antal boende från staden:	38
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tenstasdf och Rinkeby-Kista sdf
Uppföljningen utförd av:	Anica Hjulström, 1:e sekreterare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Anne-Christine Davidsson, enhetschef Tillträdde som chef för enheten 2006 09 01
Datum för uppföljningen:	2007 10 16 klockan 9 - 12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Äldreboendena Violen, Gullvivan, Blomsterborgen plan 3 och 4 bedöms vara väl fungerande verksamheter med engagerad, vänlig och stabil personal. Verksamhetschefen är erfaren, kunnig och arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Boendena har trevliga gemensamma utrymmen. Dock är möblerna i behov av en upprustning. Lägenheterna är bra och förhållandevis rymliga. En del områden behöver dock förbättras. Främst gäller det dokumentation, systematisk egenkontroll och specifik utbildning av vårdpersonalen.

Hemsjukvårdsenheten har följts upp separat eftersom den har en annan chef än äldreboendena. Hemsjukvårdsenheten i Tensta bedöms fungera väl trots de avvikelser som noterats. Det som behöver förbättras är främst förekomsten av skriftliga rutiner och dokumentation samt systematisk egenkontroll.



Inga avvikelser finns.

☒ **Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:**

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt. En del rutiner är inte skriftliga.

Genomförandeplaner saknas för en del boende.

Egenkontrollprogram för livsmedelshantering saknas.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

All personal behärskar inte det svenska språket i tal och skrift.

All personal har inte genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

Avvikelser som gäller hemsjukvårdsenheten:

Sjuksköterskorna dokumenterar inte i SoL-journalerna i tillräcklig omfattning.

Vård- och rehabiliteringsplanerna uppdateras inte i tillräcklig omfattning.

De nya rutinerna för bedömning av risk för undernäring, fall och trycksår är inte implementerade.

Arbetet med miktionsstatus/inkontinens, riskavfall, demens, hygien och vård i livets slutskede är inte tillräckligt utvecklat.

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:

Besök på plats, intervju, viss dokumentgranskning.

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, sjuksköterskeut-

bildning eller annan eftergymnasial utbildning som ger likvärdiga kunskaper.

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal)

Totalt antal anställda på boendet/enheten: 62

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☐ Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- ☒ Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare (61,3 %)
- ☐ 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 senast året är 10,5 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 10 boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	3	2	2	1
Sjuksköterska	0,5 - 1	1 som även svarar för s-huset och övr. gruppboend. i Tensta	Mobilt team (entreprenad Attendo Care)	Mobilt team (entreprenad Attendo Care)

- ☒ 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

Den ej tillsvidareanställda personalens utbildningsnivå är ännu inte helt känd av enhetschefen. En inventering ska göras.

Talad enkel vardagssvenskan fungerar nöjaktigt för alla. Dock behöver kunskaperna i Svenska språket förbättras för ca tio av dem som är tillsvidareanställda och för flertalet vikarier.

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

Förvaltningen tillhandahåller alltid höj- och sänkbar säng inklusive madrass. De boende förutsätts i övrigt möblera sin lägenhet utifrån sitt eget behov av möbler, husgeråd, etc. Självklart får hyresgästen hjälp med möblering/utrustning av lägenheten om behovet inte tillgodoses på annat sätt. De boende förutsätts teckna egna telefonabonnemang. Vid angeläget behov kan dock telefon lånas.

Ledningssystem SoL, LVU, LVM och LSS

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11 för kvalitet i verksamhet enl SoL, LVU; LVM och LSS.

Kommentar

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

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

Kontaktmannaskap har tillämpats i många år. En skriftlig rutin behöver tas fram.

Det är de boendes behov och önskemål olika dagar som avgör när och vilka insatser som ska utföras. Det finns således som regel inga överenskomna tider för hjälpinsatserna.

Antalet som arbetar i ett boende dag och kväll är begränsat till sju olika personer vilket gör att kontinuiteten är relativt stor.

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.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Genomförandeplaner enligt det nya systemet, ParaSoL, finns ännu inte för samtliga boende. En anställd som utbildats för ändamålet handleder kontaktpersonerna vid framtagandet av genomförandeplanerna.

Brukarinflytande

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

Kommentar

Äldreboendena ingår i förtroenderådet för servicehuset.

Anhörigmöten för boendeenheterna ska anordnas för informationsutbyte två gånger per år.

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

Klagomålsrutinen har inte följts när det gäller dokumentation och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Enkät till anhöriga lämnas varje år med början hösten 2007.

Budgetuppföljning görs varje månad.

Enhetsmöten för uppföljning av de boende görs varje månad varvid alla berörda personalkategorier deltar.

Systematisk genomgång och uppdatering av gällande rutiner görs inte. Alla rutiner finns inte i skriftlig form.

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	När man önskar
Mellanmål	När man önskar
Lunch	12.30 -
Mellanmål	14.30 -
Middag	16.30 -
Kvällsmål	18.30 -
Övriga tider	Mellanmål, kaffe/te, smörgås, frukt, mjölk, etc. kan fås när man vill.

Kommentar

Kosten utgörs huvudsakligen av Svensk husmanskost. Konsistensanpassad kost, specialkost för allergiker, underviktiga, vegetarianer, e.t.c., fläskfri kost, finns.

Erbjudande om att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när man vill äta ges inte eftersom maten levereras varm till boendet och bör ätas kort efter leverans. Möjlighet finns att beställa kyld portion från köket vid behov. Det finns även möjlighet att få en enkel rätt tillagad i boendet för den som inte kan äta på ordinarie mattid.

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen.

Egenkontrollprogram saknas.

Särskilt projekt för framtagande av kvalitetssystem för grundläggande funktioner rörande kosthållningen pågår tillsammans med Rinkeby-Kista sdf. Delar av det som kommer fram ur projektet kommer att kunna appliceras på boenden med heldygnsomsorg.

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

Utevistelse anordnas för dem som vill och kan bli genom promenader, utflykter, fika nere på gården, vistelse på boendets stora altan. Alla som vill får hjälp att komma ned till de aktiviteter som anordnas i servicehuset.

På helgerna anordnas till exempel filmvisning, SPA-aktiviteter, Pub-kväll, utflykt, allsång, bingo. Förutom de aktiviteter som anordnas på boendeenheterna finns tillgång till alla de aktiviteter som anordnas av den öppna dagverksamheten Elin som ligger i Tensta servicehus. Dagverksamheten Elin har program för olika aktiviteter måndag – fredag.

Varje månad anordnas någon aktivitet av PRO och SPF tillsammans, den s. k. "Guldkanten". Andra frivilliga organisationer som har aktiviteter i servicehuset är Röda korset och Svenska kyrkan.

Hantering av egna medel och nycklar

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

- ☐ Rutiner finns och tillämpas för hantering av nycklar.

Kommentar

Arbete pågår för att förbättra nyckelhanteringen och ta fram skriftliga rutiner. Särskilda nyckelskåp med inloggningsfunktion ska köpas in.

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

Buffertförråd för kläder finns inte. Alla boende har egna kläder. Patientkläder förekommer inte. Skulle dock någon behöva hjälp med att skaffa kläder är personalen behjälplig.

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 inställetiden 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 HsL**

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar**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

Ny rutin för riskbedömningar finns sedan 2007 06.
Vård- och rehabiliteringsplanerna behöver utvecklas.

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 om tekniska hjälpmedel. (om ansvar för användning av medicintekniska produkter och anmälningsplikt avseende olyckor och tillbud)
- ☒ 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 förskrivningsrätt.

Kommentar

Rutinerna för inkontinenshjälpmedel behöver förbättras.

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

Läkemedel

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

Kommentar

Begränsningsåtgärder

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

Om begränsningsåtgärder förkommer, ange avseende vad och vem de har beslutats av:

Sänggrindar förekommer och ordinerar då av sjuksköterska. Bälten förekommer och ordinerar då av läkare.

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



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

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:	Tensta äldreboenden Nyponet och hemsjukvårdsenheten
Ägare/Entreprenör:	Spånga- Tensta sdf kommunal regi
Inriktning:	Demenssjuka
Tillstånd från länsstyrelsen:	Krävs ej för kommunal regi
Adress:	Elinsborgsbacken 3, plan 1
Verksamhetschef/enhetschef:	Gia Kruse van Paaschen
Telefon:	508 03 570
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal boende totalt:	10 (10 lägenheter)
Varav antal boende från staden:	10
De boende kommer från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta och Hässelby-Vällinby (1 fr H-by-V-by)
Uppföljningen utförd av:	Yvonne Säll biståndshandläggare och Anica Hjulström, l:e sekreterare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Gia Kruse van Paaschen,
Datum för uppföljningen:	2007 10 31 klockan 13 – 15

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Äldreboendet Nyponet bedöms vara en väl fungerande verksamhet med engagerad, hjärtlig och stabil personal. Verksamhetschefen är erfaren och kunnig. Hon arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Boendet har fräscha och trevliga gemensamma utrymmen. Lägenheterna är bra och förhållandevis rymliga.

En del områden behöver dock förbättras. Framst gäller det dokumentation, systematisk egenkontroll och specifik utbildning av vårdpersonalen.

Hemsjukvårdsenheten har följts upp separat eftersom den har en annan chef. Hemsjukvårdsenheten i Tensta bedöms fungera väl trots de avvikelser som noterats. Det som behöver förbättras är främst förekomsten av skriftliga rutiner och dokumentation samt systematisk egenkontroll.



Inga avvikelser finns.

☒ **Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:**

Avvikelser som gäller äldreboendeenheten Nyponet:

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt. En del rutiner behöver förbättras.

Genomförandeplaner enligt det nya systemet, ParaSoL, finns ännu inte för samtliga boende.

Den löpande dokumentationen om faktiska omständigheter och händelser av betydelse behöver förbättras.

Miljön kring iordningställandet av maten är inte helt tillfredsställande.

Egenkontrollprogram för livsmedelshantering saknas.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

All personal har inte genomgått utbildning avseende livsmedelshygien, kost och nutrition för äldre.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

Avvikelser som gäller hemsjukvårdsenheten:

Sjuksköterskorna dokumenterar inte i SoL-journalerna i tillräcklig omfattning.

Vård- och rehabiliteringsplanerna uppdateras inte i tillräcklig omfattning.

De nya rutinerna för bedömning av risk för undernäring, fall och trycksår är inte implementerade.

Arbetet med miktionsstatus/inkontinens, riskavfall, demens, hygien och vård i livets slutskede är inte tillräckligt utvecklat.

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: Besök på plats, intervju, viss dokumentgranskning,

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: 19

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 (42,1 %)
- ☐ 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) (78,9 %)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonal det senaste året är 0 %

Bemanning vid en enhet/avdelning med 10 antal boende:

Personal	Dag må-fre	Dag helg	Kväll må-sön	Natt må-sön
Omvårdnadspersonal	3-4	3	2	1
Sjuksköterska	0,5 - 1	1 som även svarar för s-huset och övr. gruppbo. i Tensta	Mobilt team (entreprenad Attendo Care)	Mobilt team (entreprenad Attendo Care)

- ☒ 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

All tillsvidareanställd personal och mer än hälften av vikarierna har utbildning eller mer än fem års erfarenhet.

All personal bedöms behärska det svenska språket i tal och skrift i den utsträckning som arbetet kräver.

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

Förvaltningen tillhandahåller alltid höj- och sänkbar säng inklusive madrass. De boende förutsätts i övrigt möblera sin lägenhet utifrån sitt eget behov av möbler, husgeråd, etc. Självklart får hyresgästen hjälp med möblering/utrustning av lägenheten om behovet inte tillgodoses på annat sätt. De boende förutsätts teckna egna telefonabonnemang. Vid angeläget behov kan dock telefon lånas.

Ledningssystem SoL, LVU, LVM och LSS

- ☐ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11 för kvalitet i verksamhet enl SoL, LVM; LVU och LSS.

Kommentar

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

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

På grund av de boendes demenssjukdom är det inte meningsfullt att komma överens dem om klockslag för när olika insatser ska utföras.

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
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

På grund av de boendes demenssjukdom kan de sällan vara delaktiga i planeringen av insatserna. Genomförandeplaner enligt det nya systemet, ParaSoL, finns ännu inte för samtliga boende. Den löpande dokumentationen av faktiska omständigheter och händelser av betydelse behöver förbättras

Brukarinflytande

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

Kommentar

Samarbetet med anhöriga vid upprättande av genomförandeplanen behöver förbättras. Äldreboendena ingår i förtroenderådet för servicehuset. Anhörigråd saknas men ska startas under 2008.

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

Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering har inte följts när det gäller dokumentation och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Veckomöten för genomgång av de boende varvid alla personalkategorier deltar. Uppföljning av budgetläget görs varje månad. Personaldimensioneringen följs upp kontinuerligt. Systematisk genomgång och uppdatering av gällande rutiner görs inte.

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	7 - 10
Mellanmål	10 <
Lunch	12
Mellanmål	14
Middag	16.30
Kvällsmål	18.30 -20.30
Övriga tider	Mellanmål, kaffe/te, smörgås, frukt, mjölk, etc. kan fås när man vill. Fredagskvällar ordnas något extra gott.

Kommentar

Kosten utgörs huvudsakligen av Svensk husmanskost. Konsistensanpassad kost, specialkoster för allergiker, underviktiga, vegetarianer, e.t.c., fläskfri kost, finns.

Erbjudande om att inom ett intervall på två timmar själv bestämma när man vill äta ges inte eftersom maten levereras varm till boendet och bör ätas kort efter leverans. Möjlighet finns att beställa kyld portion från köket vid behov. Det finns även möjlighet att få en enkel rätt tillagad i boendet för den som inte kan äta på ordinarie mattid.

Det finns ingen egen specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor inom stadsdelen.

Egenkontrollprogram saknas.

Särskilt projekt för framtagande av kvalitetssystem för grundläggande funktioner rörande kosthållningen pågår tillsammans med Rinkeby-Kista sdf. Delar av det som kommer fram ur projektet kommer att kunna appliceras på boenden med heldygnsomsorg.

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

Arbeta med planlagda aktiviteter för de boende varje dag.

Förekommande aktiviteter är t ex bakning, promenader, sångstunder, pyssel, spel, dans.

Förutom de aktiviteter som anordnas på boendeenheterna finns tillgång till alla de aktiviteter som anordnas av den öppna dagverksamheten Elin som ligger i Tensta servicehus. Dagverksamheten Elin har program för olika aktiviteter måndag – fredag.

Varje månad anordnas någon aktivitet av PRO och SPF tillsammans, den s. k ”Guldanten”. Andra frivilliga organisationer som har aktiviteter i servicehuset är Röda korset och Svenska kyrkan.

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

Buffertförråd för kläder finns inte. Alla boende har egna kläder. Patientkläder förekommer inte. Skulle dock någon behöva hjälp med att skaffa kläder är personalen behjälplig.

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 HsL

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12 Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kommentar

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

Ny rutin för riskbedömningar av undernäring, fall och trycksår finns från 2007 06 men är inte implementerad.

Vård- och rehabplanerna behöver utvecklas.

Egenkontroll måste göras mer frekvent.

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 om tekniska hjälpmedel. (om ansvar för användning av medicintekniska produkter och anmälningsplikt avseende olyckor och tillbud)
- ☒ 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 förskrivningsrätt.

Kommentar

Rutinerna gällande inkontinenshjälpmedel behöver förbättras.

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

Läkemedel

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1 om läkemedelshantering.
- ☒ 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:

Sänggrindar förekommer efter beslut av sjuksköterska.

Om bälten förekommer ordinerar de av läkare.

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

Arbetet med vård i livets slutskede är inte tillräckligt utvecklat.



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Uppföljning av utförare i kundvalsmodellen för hemtjänst i ordinärt boende i Stockholms stad

Basuppgifter

Utförare och enhet:	Spånga-Tensta Hemtjänst
Adress:	Värsta allé 9
Verksamhetschef/enhetschef:	Shahram Roshanghias
Telefon:	508 03 553
Hemsida:	www.stockholm.se
Antal brukare totalt:	289
Brukarna är från följande stadsdelsnämnder:	Spånga-Tensta
Uppföljningen utförd av:	Maria Charlesdotter, biståndshandläggare och Anica Hjulström, 1:e sekreterare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Shahram Roshanghias, enhetschef
Datum för uppföljningen:	2007 10 04 kl 9 - 12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Spånga-Tensta hemtjänst bedöms fungera bra och ha engagerad, vänlig och stabil personal. Verksamhetschefen är erfaren och kunnig. Han arbetar aktivt med de problem som finns i verksamheten. Förbättringar behöver dock göras inom en hel del områden. Främst gäller det dokumentation, specifik utbildning av vårdpersonalen och systematisk egenkontroll.



Inga avvikelser finns.



Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008-12-31:

Ledningssystemet i enlighet med SOSFS 2006:11 är inte komplett.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål är inte implementerat så att det fungerar enligt vad som är bestämt.

Genomgång och uppdatering av verksamhetens rutiner görs inte systematiskt. En del rutiner är inte skriftliga.

Genomförandeplaner saknas i många fall.

Brukare med endast städinsatser och/eller larm har inte någon utsedd kontaktperson.

Egenkontrollprogram för livsmedelshantering saknas.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

All personal behärskar inte det svenska språket i skrift.

All personal har inte genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre samt livsmedelshygien.

Utföraren är inte registrerad som livsmedelsföretagare hos miljöförvaltningen i Stockholms stad.

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 omsorgsbosende. 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.

Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Besök på kontoret i Spånga, intervju med chefen och viss dokumentgranskning.

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.

Personal

Totalt antal anställda på den uppföljda enheten: 60

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Minst 75 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☒ Minst 50 % av personalen är tillsvidare anställda (56,7 %)
- ☐ Minst 25 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är tillsvidare anställda

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)

de/undersköterska)

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

Personalomsättningen det senast året är 0 %

- ☒ Plan finns för personalens 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.

Personal som utför insatser till egen anhörig/närstående

- ☒ Det finns ingen personal som utför insatser till egen anhörig/närstående.
- ☐ Det finns personal som utför insatser till egen anhörig/närstående. Personalen:
- har erforderlig kompetens och erfarenhet för arbetet
 - behärskar det svenska språket i tal och skrift
 - dokumenterar arbetet i enlighet med socialtjänstlagen och stadens riktlinjer för dokumentation. Utföraren ansvarar för den anställda får erforderligt stöd för detta
 - deltar i de aktiviteter som utföraren anordnar för annan personal, t.ex. utbildningar och möten.

Kommentar

Personalen har i stort sett de kunskaper i svenska språket som behövs för att de ska kunna utföra de arbetsuppgifter de har och dokumentera i ParaSoL.

Kontaktmannaskap

- ☐ Det finns en kontaktman för varje brukare.
- ☒ 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

Brukare med endast städinsatser och/eller larm har inte egen kontaktperson. För städning hos personer med enbart städhjälp anlitas oftast städfirmor.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- ☒ Beställning finns som innehåller - i relation till aktuella insatser - bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, sociala kontaktnät, intressen och uppgift om vilka insatser som ska utföras.
- ☐ Genomförandeplan finns som minst innehåller:
- Kontaktmannens namn
 - Ett veckoschema där insatsernas utformning beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
 - Att information har getts om enhetens klagomålshantering
 - Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden

- som är av speciell vikt att följa upp
- Ansvarig arbetsledare
 - Underskrift av kontaktman, den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående eller god man.

- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Spånga-Tensta har sedan länge ett eget databaserat dokumentationssystem för vårdpersonalen kallat Mobil Omsorg. Dokumentationen har hittills gjorts i detta program. ParaSoL-systemet upplevs som omständligt jämfört med Spånga-Tenstas eget som även ger bättre information.

Genomförandeplaner saknas ännu för ganska många i ParaSoL. Den löpande dokumentationen om faktiska omständigheter och händelser av betydelse förs ännu inte i tillräcklig omfattning i ParaSoL.

Rapportering av förändrat behov

- ☐ Rutin finns för rapportering av förändrat behov.

Kommentar

Skriftlig rutin saknas, dock finns en blankett för anmälan till biståndshandläggaren om förändrat hjälpbehov.

Brukarinflytande

- ☒ Den enskilde deltar vid upprättande av genomförandeplan.

Kommentar

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 beställt insatserna.
- ☐ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering har inte följts när det gäller dokumentation och anmälan till nämnden.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Att alla beställda insatser är utförda följs upp varje månad och alla avvikelser förs in i Paraplyet.

Varje vecka hålls särskilda möten med vårdbiträdena för att gå igenom hur hjälpen fungerar och vilka problem som finns.

Budgetuppföljning görs varje månad.

Bemanning i förhållande till beställda insatser följs upp kontinuerligt.

Systematisk genomgång och uppdatering av gällande rutiner görs inte.

Lex Sarah enligt 14 kap 2 § SoL

- ☒ Rutiner finns och tillämpas för anmälan enligt Lex Sarah.
- ☒ Utföraren ser till att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt

Lex Sarah.

☒ Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett under senaste året.

Om Lex Sarah anmälan gjorts ange antal och avseende vad:

Kommentar

Kost

- ☐ Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi.
- ☐ 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.

Kommentar

Särskilt projekt för framtagande av kvalitetssystem för grundläggande funktioner rörande kosthållningen pågår tillsammans med Rinkeby-Kista sdf. Projektledaren är dietist.

Skriftligt egenkontrollprogram för hantering av livsmedel saknas.

Vårdpersonalen har ansvar för att uppmärksamma och anmäla till enhetschef eller distriktssköterska alla avvikelser från vad som kan förväntas som normalt, dvs till exempel om en enskild går ner i vikt, inte har matlust eller har andra problem med kosten, etc. Skriftlig rutin för detta finns dock inte.

Cirka en tredjedel av personalen har fått utbildning om kost och nutrition för äldre samt livsmedelshygien.

Hygien

- ☒ Enheten 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.

Kommentar

Larm

- ☒ Åtgärdskedja för uttryckning på larm finns.

Kommentar

Hantering av egna medel och nycklar

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

Kommentar

Delegering från primärvården

- ☒ Rutiner finns för delegering från primärvården.
- ☒ Personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har delegation från primärvården.

Kommentar



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Uppföljning av utförare i kundvalsmodellen för hemtjänst i ordinärt boende i Stockholms stad

Basuppgifter

Utförare och enhet:	Bildning och Vård i Stockholm AB
Adress:	Kotgatgatan 1 B, 164 75 Kista
Verksamhetschef/enhetschef:	Neven El Badawi
Telefon:	59 461 960
Hemsida:	www.bv.st
Antal brukare totalt:	94
Brukarna är från följande stadsdelsnämnder:	Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Hässelby-Vällingby, Enskede-Årsta, Liljeholmen-Hägersten, Norrmalm, Skarpnäck, Farsta, Älvsjö och Skärholmen.
Uppföljningen utförd av:	Ing-Britt Logren, bist handl och Anica Hjulström, 1:e sekr
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Neven El-Badawi, verksamhetschef
Datum för uppföljningen:	2007 09 26 kl 9-12

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten bedöms fungera väl för kunderna. Verksamhetschefen ger intryck av att vara mycket engagerad och ambitiös samt angelägen om att rätta till de brister som framkommit. Förbättringar behöver dock göras inom en hel del områden. Främst gäller det dokumentation, rutiner, specifik utbildning av vårdpersonalen och systematisk egenkontroll.

- ☐ Inga avvikelser finns.
- ☒ Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast 2008 12 31:

Verksamhetschefen har inte den i formuläret efterfrågade utbildningen.

Alla anställda behärskar inte det svenska språket i tal och skrift.

Alla anställda erbjuds inte internutbildning.

All personal är visstidsanställd.

All vårdpersonal har inte adekvat grundutbildning.

All personal har inte genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre samt livsmedelshygien.

Skriftliga rutiner saknas i relativt stor utsträckning.

Genomförandeplaner, som innehåller alla uppgifter enligt avtalet, har inte upprättats och sänts till respektive biståndshandläggare inom föreskriven tid.

Den enskildes rätt att medverka vid upprättandet av genomförandeplanen har inte beaktats såsom avtalet föreskriver.

Skriftlig sammanställning över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa saknas.

Faktureringsrutinerna följer inte alltid vad som överenskommits i avtalet.

Egenkontrollprogram för hantering av livsmedel saknas.

Åtgärdsplan

Bildning och Vård i Stockholm AB har, enligt faxat brev; mottaget 2007 11 20, anställt en enhetschef (sjuksköterskan Pamela Vidal) fr o m 2007 11 13. Samtidigt med brevet har företaget dessutom bifogat en åtgärdsplan för rättelse av de påtalade avvikelserna.

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 omsorgsböende. 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.

Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Besök på företagets huvudkontor, intervjuer,

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.

Personal

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Minst 75 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Minst 50 % av personalen är tillsvidare anställda

- ☐ Minst 25 % av personalen är tillsvidare anställda
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är tillsvidare anställda

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) (61 %)

Personalomsättningen det senast året är %

- ☒ Plan finns för personalens 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.

Personal som utför insatser till egen anhörig/närstående

- ☐ Det finns ingen personal som utför insatser till egen anhörig/närstående.
- ☐ Det finns personal som utför insatser till egen anhörig/närstående. Personalen:
- har erforderlig kompetens och erfarenhet för arbetet
 - behärskar det svenska språket i tal och skrift
 - dokumenterar arbetet i enlighet med socialtjänstlagen och stadens riktlinjer för dokumentation. Utföraren ansvarar för den anställda får erforderligt stöd för detta
 - deltar i de aktiviteter som utföraren anordnar för annan personal, t.ex. utbildningar och möten.

Kommentar

Angående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd uppger verksamhetschefen att hon känner till att de finns och att hon har tillgång till dem.

Företaget startade år 2001 och N El-Badawi (som äger företaget tillsammans med en annan person som dock inte längre är verksam i företaget) har varit verksamhetschef och arbetsledare sedan starten.

Verksamhetschefen uppger att hon är utbildad folkhögskolelärare för barnomsorg vid Linköpings universitet (två-årig utbildning) och svenska 2-lärare.

Företaget har 51 anställda, ingen är dock tillsvidareanställd. All personal har visstidsanställning. Verksamhetschefen uppger att inte ens hon själv är tillsvidareanställd i företaget. Anledningen till att ingen är tillsvidareanställd uppger hon vara att avtalet med staden endast löper på drygt ett år i taget.

Av 51 anställda arbetar 32 personer 20 timmar eller mer per vecka (94 brukare).

Verksamhetschefen kan inte säga hur många som slutade under förra året. Personalomsättningen uppges dock vara låg då företaget oftast har andra kunder att erbjuda den personal vars timmar minskar

eller försvinner.

Det finns personal som inte behärskar det svenska språket. Enhetschefen anser dock att alla utom några få har tillfredsställande kunskaper i svenska språket. Verksamheten riktar sig i första hand till äldre med annan språklig, kulturell och etnisk bakgrund än svensk, främst personer som talar arabiska, persiska, turkiska och spanska.

Ungefär tolv anställda är släkt med dem de arbetar hos (aug 2007). Av dessa hade en undersköterskeutbildning och sju hade vårdbiträdesutbildning. Enhetschefen uppger att anhöriga numera anställs endast om det framgår av biståndsbeslutet att den enskilde har rätt att få hemtjänst utförd av anhörig. (Det är en avvikelse från det senaste kundvalsavtalet om det inte framgår av biståndsbeslutet att den enskilde har rätt att få hemtjänst utförd genom anhöriganställning. Denna avtalspunkt är troligen ännu inte är känd av alla biståndshandläggare.)

Utbildningsinsatser riktas till anställda vars sysselsättningsgrad är 20 timmar eller mer per månad.

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje brukare.
- ☒ 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

Det finns ingen skriftlig rutin som beskriver vad det innebär att vara kontaktman och vad som gäller för kontaktmannaskapet.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- ☒ Beställning finns som innehåller - i relation till aktuella insatser - bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, sociala kontaktnät, intressen och uppgift om vilka insatser som ska utföras.
- ☐ Genomförandeplan finns som minst innehåller:
 - Kontaktmannens namn
 - Ett veckoschema där insatsernas utformning beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
 - Att information har getts om enhetens klagomålshantering
 - Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
 - Ansvarig arbetsledare
 - Underskrift av kontaktman, den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående eller god man.
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Verksamhetschefen uppger att det finns genomförandeplaner för alla kunder och att de innehåller alla uppgifter som är nödvändiga. Vid intervjun den 26 september uppgav enhetschefen att genomförandeplanerna skrivs och undertecknas av en administrativ personal som skickar dem till kunden för undertecknande.

Dock har vid granskning de till Spånga-Tensta sdf inkomna genomförandeplanerna konstaterats att de inte innehåller alla i kundvalsavtalet föreskrivna uppgifter och inte förefaller vara upprättade tillsammans med kunden på det sätt som är avtalat.

Utföraren använder inte den mall som finns i Paraplyet utan har en egen blankett.
 Kontaktmannen har inte undertecknat planen.
 Ansvarig arbetsledare framgår inte av planen, inte heller vilka tider på dagen som hjälpinsatserna kommer att utföras.
 Uppföljningsdatumet är satt till cirka ett år efter beställningsdatumet.
 Inga uppgifter om vad som särskilt ska följas upp framgår.
 De mål som finns på planen är endast de som biståndshandläggaren satt, inga mål för respektive insats har angivits.
 Det framgår inte av planen om kunden informerats om enhetens klagomålshanteringsrutiner.
 Planerna kommer inte till biståndshandläggaren inom de föreskrivna 15 dagarna. Det kan dröja flera månader enligt uppgift från biståndshandläggare (dröjsmål på mer än sex månader har förekommit).
 Enhetschefen uppger att löpande dokumentation om faktiska omständigheter och händelser av betydelse förs på föreskrivet sätt. Vårdbiträdena dokumenterar dock inte i ParaSoL.
 En del av dokumentationen förvaras i kundens hem men sådan dokumentation som ska bevaras förvaras i kassaskåp på kontoret.

Rapportering av förändrat behov

☐ Rutin finns för rapportering av förändrat behov.

Kommentar

Skriftlig rutin för rapportering av förändrat behov saknas. Vårdpersonalen får muntliga instruktioner om hur de ska bete sig när hjälpbehovet ändras. Verksamhetschefen uppger att dessa rutiner behöver förbättras och att skriftlig rutin ska tas fram.

Brukarinflytande

☒ Den enskilde deltar vid upprättande av genomförandeplan.

Kommentar

De genomförandeplaner som granskats är oftast undertecknade av kunden.

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 beställt insatserna.
- ☐ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Skriftlig systembeskrivning/rutin för synpunkts- och klagomålshantering saknas.
 Blankett för framförande av klagomål som delas ut till kunderna finns.

Skriftlig sammanställning över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa saknas.

Egenuppföljning

☒ Det finns någon form av regelbunden egenuppföljning av verksamheten.

Kommentar

Verksamhetschefen uppger att hon gör hembesök minst två gånger per år hos alla kunder och går igenom hur hjälpen fungerar. På de genomförandeplaner jag granskat är uppföljningsdatumet angivet till ca ett år efter beställningsdatumet alternativt saknas datum för uppföljning.

Verksamhetschefen uppger att hon arbetar kontinuerligt med att se över och förbättra sina rutiner.

Betydande problem med faktureringsrutinerna konstateras. Verksamhetschefen anser att problemen främst beror på att stadsdelarna inte betalar sina fakturor i tid.

Verksamhetschefen uppger att en ekonom rekryterats för att komma tillrätta med problemen med fakturahanteringen och bokföringen.

Exempel på sådant som inte fungerat är att fakturor har felaktig förfallodag, 15 dagar efter fakturadatum i stället för 20 som stadgas i avtalet.

Företaget har skickat räntefaktura och faktura för dröjsmålsränta för fakturor som enligt överenskommelse skulle makuleras.

Det har även förekommit fakturering av ej utförda insatser när kunden legat på sjukhus. Detta förhållande framkom vid kontakt med anhörig.

Samma fakturanummer har förekommit på olika fakturor.

Lex Sarah enligt 14 kap 2 § SoL

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

Om Lex Sarah anmälan gjorts ange antal och avseende vad:

Verksamhetschefen uppger att hon gjort en muntlig Lex Sarah-anmälan till berörd stadsdels biståndshandläggare under 2007. Hon vill inte uppge vilken stadsdel som är berörd men uppger att det ej är Spånga-Tensta sdf.

Anmälan rörde en kund som övertagits från en annan privat utförare. Anmälan gjordes på grund av att det var synnerligen smutsligt hos kunden trots att han haft beviljade städinsatser under lång tid.

Verksamhetschefen uppger att hon inte vet vem som är ansvarig för att missförhållandena åtgärdas och att den föregående utföraren inte är villig betala för en storstädning. Verksamhetschefen uppger sig heller inte ha fått besked av biståndshandläggaren om hur problemet ska lösas.

Kommentar

Skriftlig rutin för anmälan enligt Lex Sarah saknas.

Personalen informeras muntligen om att de ska anmäla missförhållanden till verksamhetschefen.

Blankett för anmälan av avvikelser finns.

Kost

- ☐ Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodoser sig tillräckligt med näring och energi.
- ☐ 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.

Kommentar

Skriftlig rutin för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodoser sig tillräckligt med näring och energi saknas.

Personalen uppges ha en generell skyldighet att uppmärksamma när något inte står rätt till och anmäla det till arbetsledningen.

Egenkontrollprogram anpassat efter aktuell verksamhet för hantering av livsmedel saknas.

Hygien

- ☒ Enheten 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.

Kommentar

Verksamhetschefen uppger att all personal har utbildning om basala hygienrutiner. Tvåsidigt blad om hygien med information om smittorisk och om hur man bör arbeta för att skydda vårdtagaren och sig själv finns och ingår i introduktionsmaterialet för ny personal.

Larm

- ☒ Åtgärdskedja för uttryckning på larm finns.

Kommentar

Hantering av egna medel och nycklar

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

Kommentar

Skriftlig rutin för hantering av egna medel saknas. Verksamhetschefen har vid faktagranskningen lämnat en kortfattad beskrivning av hur man hanterar "kundernas pengar". Av beskrivningen framgår inte om det förekommer någon skriftlig dokumentation av att pengar mottagits eller något bokföringsblad för redovisning av pengarna.

Skriftlig rutin för hantering av nycklar saknas. Angående kundernas nycklar uppger verksamhetschefen bara att man endast har nycklar för kunder med trygghetslarm.

Delegering från primärvården

- ☐ Rutiner finns för delegering från primärvården.
- ☐ Personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har delegation från primärvården.

Kommentar

Skriftlig rutin för delegering från primärvården saknas.

Vid uppföljningsmötet uppgav enhetschefen att delegering förekommer men att det har blivit mer ovanligt. Distriktssköterskorna utför oftast själva hälso- och sjukvårdsuppgifterna.

Vid faktagranskningen uppger enhetschefen dock att vårdbiträdena inte har befogenhet att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, utan att de samarbetar med distriktssköterska som kommer hem till kunden och utför eventuella hälso- och sjukvårdsuppgifter.



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Uppföljning av utförare i kundvalsmodellen för hemtjänst i ordinärt boende i Stockholms stad

Basuppgifter

Utförare och enhet:	Aleris Äldreomsorg AB
Adress:	Katrinebergsbacken 35 A, Box 47134, 100 74 Stockholm
Verksamhetschef/enhetschef:	Tillförordnad regionchef, Dan Carlsson
Telefon:	070-95 26 275
Hemsida:	www.aleris.se
Antal brukare totalt:	Ej besvarat frågan
Brukarna är från följande stadsdelsnämnder:	Ej besvarat frågan
Uppföljningen utförd av:	Biståndshandläggare Kristina Haraldsson, 1:e sekreterare Anica Hjulström
Vid uppföljningen medverkade från utföraren:	Regionchef, Dan Carlsson
Datum för uppföljningen:	2007 09 19

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utföraren har inte medverkat till att genomföra denna granskning i den utsträckning som krävs för att den ska bli fullständigt genomförd. Det går inte att göra någon samlad bedömning utifrån de fåtaliga frågor som besvarats.

Utföraren har inga kunder i Spång-Tensta stadsdelsnämnds område inom ramen för kundvalssystemet. Det är därför inte heller möjligt att göra någon bedömning av utföraren utifrån erfarenheter av företaget som leverantör när det gäller ramavtalet om kundval.

Spånga-Tensta stadsdelsnämnd har avtal med Aleris Äldreomsorg AB för utförande av hemtjänst kvälls- och nattetid sedan 2006 09 01. Erfarenheterna av den del av företaget som utför dessa tjänster är goda.

- ☐ Inga avvikelser finns.
- ☐ Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast _____ :

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 omsorgsböende. 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.

Metod

Metod för uppföljningen har varit:

Brev skickades den 19 juli 2007 till Aleris Äldrteomsorg AB, attention Jane Lundström med information om att uppföljningen skulle göras, förslag på tid för uppföljningsmöte. Föreslaget datum för uppföljningsmötet var den 19 september 2007. Brevet innehöll dessutom dels ett antal frågor som utföraren ombads ta fram svaren på inför mötet, dels en förteckning över dokument som skulle finnas tillgängliga vid mötet. Informationsbrevet bifogas som bilaga.

Jane Lundström kontaktade mig (Anica Hjulström) och meddelade att eftersom hon skulle sluta i företaget var tillförordnad regionchef, Dan Carlsson vidtalad att ersätta henne vid uppföljningsmötet.

Besök på Aleris huvudkontor på Katrinebergsbacken 35 A, varvid tillförordnad regionchef Dan Carlsson intervjuades, ägde rum den 19 september som avtalat. Dock visade det sig att utföraren trodde att uppföljningen gällde det avtal om kvälls- och nattpatrull för hemtjänst i ordinärt boende som Aleris har med Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning. Det framgick dock av ovan nämnda informationsbrev att uppföljningen skulle gälla ramavtalet om kundval i Stockholms stad.

Utföraren hade inte förberett svar på de frågor som skickats i förväg och inte heller tagit fram de dokument som enligt begäran i brevet skulle hållas tillgängliga under uppföljningsmötet. Parterna kom överens om att gå igenom frågorna i formuläret och fylla i de svar som Dan Carlsson kunde besvara omgående. Dan Carlsson skulle därefter återkomma med svar på resterande frågor via e-post snarast möjligt.

Den 27 september lämnade jag meddelande på Dan Carlssons telefonsvarare med begäran om att få Aleris svar på resterande frågor och kopior på begärda dokument.

Då Dan Carlsson inte hörts av 4 oktober ringde jag återigen för att be om Aleris svar. Dan Carlsson lovade då skicka svaren i början av vecka 41.

Eftersom svaren ännu den 7 november inte kommit mig tillhanda ringde jag ånyo upp Dan Carlsson. Jag ringde till hans båda mobilnummer och hans fasta telefon hos Aleris utan att nå honom personligen. Talade in meddelanden med begäran om svar från Aleris i de båda mobilerna.

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.

Personal

Totalt antal anställda på den uppföljda enheten:

Personalens anställningsform:

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

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 det senast året är %

- ☐ Plan finns för personalens 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.

Personal som utför insatser till egen anhörig/närstående

- ☐ Det finns ingen personal som utför insatser till egen anhörig/närstående.
- ☐ Det finns personal som utför insatser till egen anhörig/närstående. Personalen:
 - har erforderlig kompetens och erfarenhet för arbetet
 - behärskar det svenska språket i tal och skrift
 - dokumenterar arbetet i enlighet med socialtjänstlagen och stadens riktlinjer för dokumentation. Utföraren ansvarar för den anställda får erforderligt stöd för detta
 - deltar i de aktiviteter som utföraren anordnar för annan personal, t.ex. utbildningar och möten.

Kommentar

Aleris testar all personal vid nyanställning för att kontrollera om sökanden har tillräckliga kunskaper i svenska för de aktuella arbetsuppgifterna. Redan anställda som inte har tillräckliga kunskaper i svenska erbjuds utbildning alternativt annat arbete.

Det förekommer att personal utför insatser till egen anhörig/närstående.

Övriga frågor har inte besvarats av utföraren.

Kontaktmannaskap

- ☒ Det finns en kontaktman för varje brukare.
- ☒ 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

Aleris har ett särskilt projekt för att minska antalet vikarier, anpassa schemana till när hjälpinsatserna ska utföras, öka de anställdas sysselsättningsgrad.

Aleris har ett elektroniskt system för planering av insatsernas utförande.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- ☒ Beställning finns som innehåller - i relation till aktuella insatser - bakgrundsfakta, beskrivning av sociala förhållanden, sociala kontaktnät, intressen och uppgift om vilka insatser som ska utföras.
- ☐ Genomförandeplan finns som minst innehåller:
 - Kontaktmannens namn
 - Ett veckoschema där insatsernas utformning beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
 - Att information har getts om enhetens klagomålshantering
 - Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
 - Ansvarig arbetsledare
 - Underskrift av kontaktman, den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående eller god man.
- ☐ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Kommentar

Bristfälliga beställningar förekommer men de innehåller i regel de uppgifter som behövs.

Dokumentationen förvaras i låsta plåtskåp (dock ej brandklassade).

Övriga frågor har inte besvarats av utföraren.

Rapportering av förändrat behov

- ☐ Rutin finns för rapportering av förändrat behov.

Kommentar

Frågan har inte besvarats av utföraren.

Brukarinflytande

- ☒ Den enskilde deltar vid upprättande av genomförandeplan.

Kommentar

Genomförandeplanen upprättas av kontaktpersonen tillsammans med den enskilde.

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 beställt insatserna.
- ☐ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

Kommentar

Frågorna har inte besvarats av utföraren.

Egenuppföljning

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

Kommentar

Aleris utfärdar diplom i 4 olika nivåer till sina enhetschefer utifrån hur väl de genomför sin egenkontroll.

Lex Sarah enligt 14 kap 2 § SoL

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

Om Lex Sarah anmälan gjorts ange antal och avseende vad:

Kommentar

Frågorna har inte besvarats av utföraren.

Kost

- ☐ Rutiner finns för att personalen ska uppmärksamma och vidta åtgärder om en enskild inte tillgodogör sig tillräckligt med näring och energi.
- ☐ 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.

Kommentar

Frågorna har inte besvarats av utföraren.

Hygien

- ☒ Enheten 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.

Kommentar

Larm

- ☐ Åtgärdskedja för uttryckning på larm finns.

Kommentar

Frågan har inte besvarats av utföraren.

Hantering av egna medel och nycklar

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

Kommentar

Frågorna har inte besvarats av utföraren.

Delegering från primärvården

- ☐ Rutiner finns för delegering från primärvården.
- ☐ Personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har delegation från primärvården.

Kommentar

Frågorna har inte besvarats av utföraren.



SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Handläggare: Anica Hjulström

Telefon: 508 03 187

Till

Aleris Äldreomsorg AB

Jane Lundström

Box 47134

100 74 Stockholm

Information angående uppföljning enligt beslut av kommunfullmäktige för Stockholms stad

Kommunfullmäktige för Stockholms stad beslutade den 12 december 2005 om en modell för uppföljning av äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, ledsagning och avlösning. Alla sådana verksamheter som ligger inom stadsdelsnämndernas områden och verksamheter för vilka Stockholms stad har avtal med privata utförare, ska följas upp enligt modellen varje år.

Syftet är dels att ta reda på vad som fungerar bra och vad som måste förbättras, dels att följa upp hur de olika avtal som staden har med privata utförare efterlevs.

Samma modell för uppföljning ska användas för verksamhet som drivs i stadens egen regi som för verksamhet som drivs av privata utförare med entreprenadavtal eller med ramavtal.

Stockholms stads äldreförvaltning har gjort fyra olika frågeformulär som ska användas vid uppföljningen. Formulären avser dels vård- och omsorgsboenden, dels **hemtjänst**, dels ledsagning och avlösning, dels servicehus. Metod för uppföljningen ska vara intervjuer, dokumentationsgranskning och eventuellt observation. Uppföljningsformuläret ska enligt äldreförvaltningen inte skickas ut i förväg.

Resultatet av uppföljningarna ska sammanställas i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Stadsdelsförvaltningarna ansvarar för att genomföra uppföljningen som ska vara genomförd under hösten/vintern 2007.

Stadsdelsförvaltningen ska skriva en rapport för varje uppföljning. Den granskade enheten kommer dels att få möjlighet att kontrollera om alla faktauppgifter i rapporten stämmer, dels att få möjlighet att skriva kommentarer till den färdiga uppföljningsrapporten.

Om det vid uppföljningen konstateras att det finns brister i verksamheten, som inte bedöms vara allvarliga, kan enheten få möjlighet att vidta åtgärder för att rätta till dessa. I så fall förväntas enheten ta fram en skriftlig plan för vad som ska göras och ange tid för när bristerna ska vara borta.

Om det däremot vid uppföljningen konstateras att det finns brister i verksamheten, som bedöms vara allvarliga, kommer Stockholms stads äldreförvaltning, Christina Österling, att ansvara för den fortsatta hanteringen av ärendet.

Uppföljningen av Aleris Äldreomsorg AB:s verksamhet enligt avtalet om kundval i Stockholms stad kommer från förvaltningens sida att göras av avdelningschef Gunnel Dahlin, biståndshandläggare Kristina Haraldsson och 1:e sekreterare Anica Hjulström. Från utförarens sida ska enhetschefen medverka och dessutom de medarbetare han/hon väljer att ta med.

Vi föreslår att uppföljningen genomförs onsdagen den 19 september mellan klockan 9.00 och 12.00 på Katrinebergsbacken 35 A. Om den föreslagna tiden eller platsen, av någon anledning, inte skulle vara lämplig vänligen kontakta Gunnel Dahlin snarast för överenskommelse om annan tid och/eller plats.

För att det ska vara möjligt att få svar på alla frågor vid uppföljningstillfället bör utföraren ta fram följande uppgifter i förväg:

- Totalt antal anställda (inklusive vikarier, timanställda, etc.)
- varav antal med tillsvidareanställning
- varav antal med vårdbiträdes- eller undersköterskeutbildning
- varav antal utan vårdbiträdes- eller undersköterskeutbildning men som har arbetat med omsorg i fem år eller längre
- Antal tillsvidareanställda som slutade under 2006
- Antal anställda som är släkt med dem de arbetar hos
- Antal anmälningar enligt Lex Sarah som gjorts det senaste året
- Andel av personalen som fått utbildning/information om kost och nutrition för äldre
- Andel av personalen som fått utbildning/information om livsmedelshygien
- Andel av personalen som fått utbildning/information om basala hygienrutiner
- Antal kunder totalt ramavtalet för kundvalssystemet
- varav kunder med enbart serviceinsatser (städning, tvätt, inköp av dagligvaror)
- Förteckning över i vilka stadsdelar kunderna finns

Nedanstående dokument ska finnas tillgängliga vid uppföljningstillfället:

- Rutin för uppföljning av den egna verksamheten
- Alla aktuella beställningar av hjälpinsatser
- Genomförandeplanerna (arbetsplanerna) för kunderna
- Journalbladen för den löpande sociala dokumentationen
- Informationsbroschyr/-blad om er verksamhet avsedd för kunderna
- Rutin för kontaktmannaskap
- Rutin för rapportering av förändrat hjälpbehov
- Rutin för hantering av synpunkter och klagomål från kunder, anhöriga, etc.
- Eventuell dokumentation av inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder med anledning av dessa
- Rutin för anmälan enligt Lex Sarah
- Dokumentation av eventuella anmälningar enligt Lex Sarah
- Program för egenkontroll för hantering av livsmedel
- Rutin för uttryckning med anledning av att en kund larmar
- Rutin för hantering av kunders pengar (så kallade egna medel)
- Rutin för hantering av nycklar till kundernas lägenheter
- Rutin för hur och när hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas
- Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till vårdbiträden/undersköterskor
- Vårdprogram för MRSA

Spånga den 27 juli 2007

.....

Gunnel Dahlin

Avd chef äldre och funktionshindrade

Kopia till

Enhetschef Annika Ekengren

Biståndshandl Ing-Britt Logren