

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-12-19

Diarienummer
ALN-2014-0347.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Karl-Johansgården

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

En planerad avtalsuppföljning genomfördes vid vård- och omsorgsboendet Karl-Johansgården den 17 september 2014, *bilaga 1*. Brister påvisades inom ett flertal områden varför en handlingsplan begärdes in och verksamhetens ledning kallades till möte den 3 december för att presentera de åtgärder som har vidtagits eller som planeras.

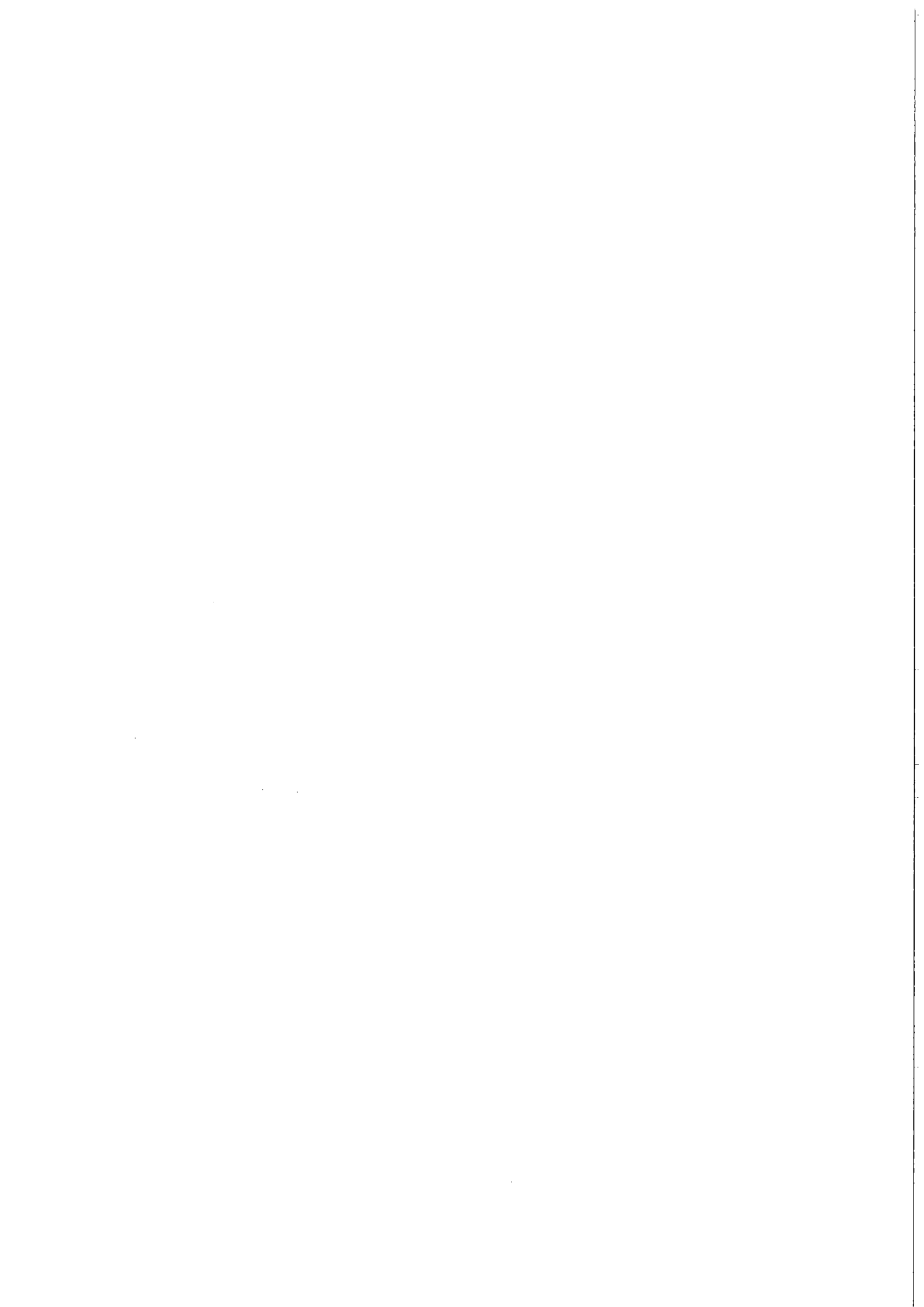
Handlingsplanen inkom den 21 november 2014, *bilaga 2*. Utföraren presenterade handlingsplanens innehåll på ett tydligt och konkret sätt i mötet den 3 december. Vad som framkom vid mötet framgår dels i handlingsplanen, *bilaga 2*, i minnesanteckningar från mötet, *bilaga 3* samt i det begärda förtydligande som inkommit, *bilaga 4*.

Av handlingsplanen framgår att två områden (aktiviteter och utevistelse) fortfarande är förbättringsområden. Ledningen har dock beskrivit hur de avser att fortsätta utvecklingen i positiv riktning. Hur pass väl detta sker kommer att följas kontinuerligt varje månad av förvaltningen till dess att avtalsuppfyllelse uppnåtts.

Äldreförvaltningen bedömer härmed att avtalsuppföljningen kan avslutas.

Äldreförvaltningen

Roger Jo Linder
Tf Direktör



Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-10-24

Diarienummer
ALN-2014-0347.30

Kosmo AB
Vård- och omsorgsboende
Karl-Johansgården

Avtalsuppföljning vid Karl-Johansgården, vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Kosmo Karl-Johansgården
Adress	Svartbäcksgatan 52, 753 33 Uppsala
Tf Verksamhetschef Enhetschef	Marja-Leena Sundström Johanna Hansson
Telefon och mailadress	0722-10 37 92 marja-leena.sundstrom@kosmo.se
Uppföljning utförd av	Uppdragsstrategerna Eva Erikson och Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Marja-Leena Sundström och enhetschef Johanna Hansson Sjukgymnast (vikarie sedan januari 2014), sjuksköterska - med ansvar för 4 avdelningar (omvårdnad) samt 3 omvårdnadspersonal (omvårdnad)
Totalt antal kunder/platser	92
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende <ul style="list-style-type: none"> • Omvårdnad (65 platser) • Demens (27platser)
Avtal	ALN-2008-0202.30
Avtalstid	2009-11-01 – 2012-10-31 + tre år
Datum för uppföljning	2014-09-17

Vård- och omsorgsboendet Karl-Johansgården drivs på entreprenad av Kosmo AB. Karl-Johansgården ligger i stadsdelen Svartbäcken och består av tre sammanhängande huskroppar med vardera tre plan. Det totala antalet lägenheter är 92. Dessa är fördelade på sju omvårdnadsavdelningar samt tre avdelningar för personer med demenssjukdom. Upphandlingen omfattade två vårdboenden, Karl-Johansgården och Västergården. Denna avtalsuppföljning omfattar endast Karl-Johansgården.

1 Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Karl-Johansgården, som drivs på entreprenad av Kosmo AB. Kontorets bedömning är att Karl-Johansgården är en fungerande verksamhet, men att det finns brister och förbättringsområden inom de delar av verksamheten som kontoret granskat. Slutsatserna sammanfattas i nedanstående områden vilka varit fokus i den nu genomförda uppföljningen. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Värdegrundsarbete

- HVK bedömer att samtliga personalgrupper måste involveras i värdegrundsarbetet för att få avsedd genomslagskraft och effekt, vilket är ett förbättringsområde för utföraren att omedelbart åtgärda.

Arbetsledning och bemanning

- HVK bedömer att super8 gruppernas systematiska kvalitetsarbete visar på stora brister. Åtgärder som vidtas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.
- HVK begär redogörelse som visar hur de legitimerade kan involveras i verksamhetens ledning och styrning samt på arbetsplatsträffar.
- HVK noterar att personalbemanningen beskrivs som otillräcklig för att kunna utföra det som krävs. Se vidare under punkterna 3.4 och 3.9.

Kompetens och utbildning

- HVK begär redogörelse som visar hur andelen fast anställda undersköterskor ska öka enligt krav i förfrågningsunderlaget.
- HVK begär redogörelse för när samtliga i personalgruppen (inkl visstidsanställda som funnits i verksamheten mer än 6 månader) ska kunna ha en kompetensutvecklingsplan.
- HVK begär att få ta del av checklista för introduktion för samtliga yrkesgrupper.

Kontaktmannaskap

- HVK begär redogörelse som visar hur "egen tid" till den enskilde kan tillgodoses.
- HVK begär ett fastställt datum under hösten när brukarråd kan genomföras.

Kost och måltider

- HVK begär att få ta del av rutin gällande uppvärmning av mat på avdelningarna.
- HVK begär i bifogad handlingsplan en redogörelse för hur kraven på ett kostråd samt kostombud ska tillgodoses i verksamheten.
- HVK begär redogörelse som visar när ny dietist finns att tillgå.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

- HVK begär en redogörelse som beskriver de aktiviteter som genomförts i verksamheten på respektive avdelning under v 42 och 43 (mellan 13–26 oktober) samt hur dessa varit anslagna. I redogörelsen ska framgå hur många unika individer som deltagit i någon form av aktivitet under perioden på respektive avdelning.
- HVK begär redogörelse av de åtgärder som vidtas för att utveckla utbudet av aktiviteter.

- HVK begär en redogörelse som visar hur många unika individer som varit utomhus - särredovisa balkong och annan utevistelse - under v 42 och 43 (mellan 13–26 oktober).

Hälso- och sjukvård

Kontoret bedömer att i stort sett samtliga krav inom området uppfylls. Två förbättringsområden har identifierats:

- Att genomföra regelbundna träffar med inhyrda sjuksköterskor
- Att utse en person med övergripande ansvar för de medicintekniska produkterna

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- Att ta fram dokumenterade kriterier för när omvårdnadspersonalen ska kontakta arbetsterapeut och/eller sjukgymnast är ett förbättringsområde.
- Att använda signeringslista när träningsuppgifter delegeras till omvårdnadspersonalen är ett förbättringsområde.
- HVK begär redogörelse för när samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning finns i verksamheten - som underlag till den vård, omsorg och rehabilitering som ges till den enskilde.
- HVK begär att få ta del av rutin för fallprevention som tillämpas i verksamheten.

Informationsöverföring och dokumentation

- De åtgärder som ska vidtas för att säkerställa att social dokumentation sker i tillräcklig omfattning ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Avvikelser och klagomålshantering

- I bifogade handlingsplan ska åtgärder beskrivas som vidtas för att samtliga synpunkter, klagomål och avvikelser som inträffar i verksamheten hanteras på ett systematiskt sätt.
- HVK begär en redogörelse som visar hur super8 gruppernas arbete kan utvecklas och hur information kring pågående arbete når samtliga i verksamheten.
- Översyn av super8 gruppernas kompetens (t ex hälso- och sjukvårdskompetens) ses som ett förbättringsområde.
- I bifogade handlingsplan ska framgå när samtliga i personalgruppen (inklusive de legitimerade) senast fått information kring lex Sarah.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Kosmo AB senast 21 november 2014 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga. Den 3 december 13.30 – 15.30 kallas utföraren att presentera sin handlingsplan på Svartbäcksgatan 44.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-varld-omsorg@uppsala.se och kommer då att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan är nämndens uppföljningsarbete ett verktyg för såväl nämnden som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Syftet med förbättringsarbetet är att medborgare och enskilda stöd användare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till såväl lagstiftningen som den enskildes förväntningar.

2.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade, inlämnad statistik i tertial samt granskning av personalschema, minnesanteckningar från respektive super8 grupp, förtroendeuppdrag som kontaktman för boende i Kosmo samt rutin fallprevention. Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Kontoret har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast och omvårdnadspersonal på enheten. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori. Dokumentstudier - enligt ovan - har genomförts.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Värdegrundsarbete

3.1.1 Iakttagelser

Vid intervjuernas början ställs frågor kring verksamhetens värdegrundsarbete. Enhetschefen (EC) informerar att det sker på arbetsplatsträffarna (APT) som en stående punkt på dagordningen och i de s.k. super8 grupperna - där fokus finns på åtta olika kvalitetsområden. De boendes bästa är ett övergripande mål, enligt EC som berättar att "man kan sätta ord på vad ett värdigt liv är". Metoden som används är ett s.k. veckans ord som diskuteras och involveras i den helhetssyn som gäller de boende. Två värdegrundsledare ansvarar för utbildning till kollegorna. Verksamhetschefen (VC) berättar vidare att interna "Kosmo-utbildningar" har skett till alla i personalgruppen och att äldrenämndens värdeord TITORB är kända. Till stöd för personalgruppen finns särskilda tavlor uppsatta på avdelningarna. Finns funderingar och frågor så kontaktas gärna EC. Vidare berättar ledningen om anhörigråd där även värdegrundsarbetet diskuteras. VC delger sin syn på de ska-krav som finns inom området och önskar att de kunde vara ännu tydligare för att få en bättre följsamhet "så att värdegrundsarbetet verkligen sätter sig".

Vid intervju med de legitimerade informeras att sjukgymnasten deltagit i "värdegrundsdagar" som genomförts under våren för respektive plan, liksom på APT. Sjuksköterskan har däremot inte deltagit i dessa dagar eller på APT då värdegrunden har diskuterats. "Vi sjuksköterskor är inte inne i värdegrundsarbetet eller delaktiga i detta arbete". Den nationella värdegrunden känner de intervjuade bara delvis till.

Omvårdnadspersonalen säger sig vara "bra på värdegrundsarbete och tar hänsyn till de boendes behov". De säger också att de små avdelningarna bidrar till en familjekänsla. "Värdegrund är sunt förnuft". De informerar vidare att aktiviteter förekommer "mycket oftare nu än på kommunens tid". Som exempel anges att gå ut med boende om det är fint väder istället för att torka golv. Efter den utbildning som de fått diskuteras oftare värdegrundsfrågor på APT, som t ex att inte ha telefon påslagen när man är inne på en boendes rum. I samband med nyinskrivning informeras om de lokala värdighetsgarantierna. Den enskildes önskemål och behov dokumenteras därefter i genomförandeplanen, enligt de intervjuade. Det händer dock att flera vill gå ut samtidigt och att behovet inte kan tillgodoses just då, vilket anhöriga har påpekat. De intervjuades uppfattning är ändå att de är förstående.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret delger de intervjuade information om de nätverksträffar som erbjuds samtliga utförare. Vid intervjuerna framkommer skilda uppfattningar om det går att följa uttalade värdighetsgarantier. Den bild som förmedlas är att det dels kan vara svårt att hinna och dels att det är en fråga om förhållningssätt hos personalen.

HVK bedömer att verksamheten satt fokus på sitt värdegrundsarbete men att information till samtliga personalgrupper för att få ordentlig genomslagskraft är ett förbättringsområde att snarast åtgärda.

3.2 Arbetsledning och bemanning

3.2.1 Iakttagelser

Den intervjuade verksamhetschefen har funnits i verksamheten sedan april månad och har ett tidsbegränsat uppdrag. Hon har lång chefserfarenhet och är dessutom utbildad sjuksköterska. Enhetschefen har erfarenhet från verksamhetsområdet efter att ha arbetat som undersköterska under många år. Hon har därefter läst till socionom och tagit en mastersexamen.

Inledningsvis berättar ledningen att 86 personer har en fast anställning. I verksamheten finns också visstidsanställda motsvarande ca 5-6000 timmar/tertiäl. Under året har endast fyra personer slutat och ledningen uppskattar att över 90 % i personalgruppen börjat sin anställning före år 2009 då Uppsala kommun ansvarade för driften. Tre sjuksköterskor tjänstgör i verksamheten och fördelas på knappt tre heltidstjänster. En av dem har omvårdnadsansvar för 28 boende på demensplanet. Övriga två är fördelade mellan två omvårdnadsavdelningar med 38 respektive 24 boende.

Ledningen informerar att det under oktober och november genomförs justeringar i personalens schema enligt följande: dagtid (vardagar) ska sju personal tjänstgöra på vardera omvårdnadsplanen mellan klockan 7-16 – med varierande start och sluttid. Kvällstid kommer det alltid vara sex personal på vardera plan. På demensplanet nio personal på morgonen och sex kvällstid. Tiden då ett arbetspass påbörjas och avslutas kommer att variera även på demensplanet. Två personer arbetar måndag till torsdag dagtid med övergripande arbetsuppgifter. Under helgerna är personalstyrkan sex personal på vardera omvårdnadsplanen och demensplanet.

Under natten tjänstgör fem personer i huset, två av dessa finns alltid på demensplanet. På omvårdnadsplanen är det en personal per plan samt en resurs för hela huset.

Enhetschefen informerar att hon ofta befinner sig ute på avdelningarna för att höra med personalen ”hur det går och om arbetsuppgifterna hinns med”. Hennes uppfattning är att det är en god och säker vård som bedrivs. Diskussion förs ofta med personalgruppen om varför bemanningen kan variera och att detta kan bero på den flexibilitet som tillämpas utifrån boendes behov.

De s.k. super8 grupperna är arbetsgrupper som träffas var fjärde till åttonde vecka. VC berättar att grupperna blivit mer aktiva sedan EC kom på plats. Som anledning till tidigare svårigheter nämns att grupperna inte riktigt förstått sitt uppdrag. ”Det krävs ett engagemang av alla i personalgruppen för att det ska bli bra”, enligt VC. Varje super8 grupp återrapporterar sitt arbete på arbetsplatsträffen (APT) där en av medlemmarna berättar vad som är på gång och vad som förväntas av kollegorna. Super8 grupp finns inom följande områden: omvärldskontakt, vård, mat och måltider, trygghet och säkerhet, kompetensutveckling, kontaktmannaskap, aktivitet och utevistelse (inga dagliga aktiviteter) och närstående. Rollen har blivit tydligare för gruppmedlemmarna, enligt ledningen och beskriver att det varit svårt att vända en negativ stämning som funnits.

De legitimerade deltar inte i verksamhetens ledningsgrupp eller på APT. Deras uppfattning är VC är deras chef då hon är legitimerad och att enhetschefen är chef för

omvårdnadspersonalen. Personalgruppen har även en samordnare ” som fixar med bemanningen, men hon är inte för oss”. De legitimerade deltar i super8 gruppen ”vård” där de just nu har fokus på hantering av avvikelserapporter. Gruppen träffas var femte vecka. Något uttalat ansvar för systematisk sammanställning eller statistik har de inte. Super8 gruppen vård har också ansvar för hygienfrågor inom verksamheten. För väl utfört arbete med kvalitetsregistret Senior Alert har en prestationsersättning delats ut till verksamheten. Denna kommer användas till olika utbildningssatsningar som gruppen har uppdrag att identifiera.

De legitimerade berättar vidare om de teammöten som snart ska starta upp för varje plan och genomföras var tredje vecka. Tidigare genomfördes s.k. omvårdnadsmöten.

Omvårdnadspersonalens bemanningstäthet bedömer de legitimerade som tillräcklig även om de ibland ser ”att de är lite för belastade”, vilket kan bero på vårdtyngden. Vid ”normal belastning” så fungerar det bra. Vid extra belastning så sker en omfördelning i huset, enligt deras uppfattning och ibland sätts extra personal in. Deras bedömning är att bemanning finns så att en god och säker vård kan bedrivas.

Omvårdnadspersonalen informerar att det är något lägre bemanning på helgerna. Samordningsfunktionen finns även under natten. På frågan om vem som är chef i verksamheten informerar den intervjuade omvårdnadspersonalen att EC ansvarar för praktiska frågor och att VC endast är tillfälligt på plats. De informerar vidare att vid frånvaro så täcker de oftast för varandra. De super8 grupper som de intervjuade från omvårdnadspersonalen deltar i träffas var tredje månad. En av grupperna ansvarar för att ta ett aktivitetsprogram. Aktuellt just nu är att ta fram program för lite större aktiviteter under hösten. Exempel som ges på stående aktiviteter är musik i aulan, pubkvällar och bingo. Övriga aktiviteter har respektive avdelning ansvar för, enligt de intervjuade från omvårdnadspersonalen. Vidare informerar de att alla super8 grupperna skriver protokoll som efter att de återgivits på APT förvaras i en pärm. Deras uppfattning är att deltagarna oftast tycker att det är roligt och utvecklande att vara i en grupp.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Efter att ha tagit del av anteckningar från super8 gruppernas arbete noterar HVK att grupperna visar på stor variation i engagemang och utveckling - precis som ledningen informerat om. HVK bedömer att super8 gruppernas viktiga funktion för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete visar på stora brister där åtgärder som omedelbart måste vidtas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK begär i handlingsplanen också en redogörelse som visar hur de legitimerade ges möjlighet att delta i verksamhetens ledningsgrupp och på arbetsplatsträffar.

HVK noterar att bemanningen på helger är lägre än vad den är under vardagar. I intervjuerna fångas att tiden för t ex dokumentation inte upplevs som tillräcklig, inte heller tid avsatt för ”egen tid” med den enskilde. Se vidare under 3.4 och 3.9.

3.3 Kompetens och utbildning

3.3.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att ca 50 % av omvårdnadspersonalen har undersköterskeutbildning. Av övriga är det några som för tillfället läser till undersköterska. Ledningens uppfattning är att "en del saknar ambitionen". De berättar vidare att tre i personalgruppen blev klara med utbildningen före sommaren. Fast anställning får ingen utan undersköterskeutbildning, berättar VC. Hennes upplevelse är att det är tämligen lätt att få en undersköterska vid annonsering av ledig tjänst. Vid introduktion av nyanställda används en checklista av den utsedda handledaren. Oftast får personerna tre dagars introduktion men ett individuellt behov av flera dagar kan tillgodoses, enligt ledningen.

Kompetensutvecklingsplaner finns inte i dagsläget "men vi jobbar på att alla ska ha en det". De fast anställda finns med i en generell utbildningsmatris där det just nu är aktuellt med en revidering. Ledningen berättar vidare att de fått prestationsersättning för sitt idoga arbete med kvalitetsregistret Senior Alert och att pengarna ska användas till utbildning inom flera områden. Som exempel på andra utbildningar som genomförts nämner de Flexite (rapporteringssystem för hälso- och sjukvårdsavvikelser) och journalsystemet Siebel. Dessutom har flera nya hygienombud utsetts och utbildats och tio ombud för inkontinens har också utsetts och utbildats. Kvalitetsgranskare tillika undersköterska finns som stöd till super8 grupperna i deras arbete. En rutin finns för att de som gått en utbildning ska sprida informationen till sina kollegor, enligt VC.

En av de legitimerade berättar positivt om sin introduktion med dubbelgång på ca en vecka. Den andra personen är osäker på om checklista finns för övriga legitimerade. De intervjuades uppfattning är att alla sjuksköterskor haft medarbetarsamtal men det är oklart om det finns individuella kompetensutvecklingsplaner. En av de intervjuade har ansvarat och genomfört utbildning i förflyttningsteknik för personalgruppen. Rehabpersonalen har gått forskrivartutbildningar på HUL. Några särskilda områden för omvärldsbevakning finns inte uttalat. "Vi håller oss á jour inom våra områden. Hittar vi något tar vi upp det med chefen", enligt de legitimerade.

Omvårdnadspersonalen informerar att några av deras kollegor utbildat sig på "fritiden" och läst på distans. Vid introduktion av ny kollega följs en fastställd rutin/checklista med dubbelgång, förflyttningsteknik och brandutbildning, vilket t ex skedde i grupp inför sommaren. Under övrig tid på året är det handledaren som ansvarar för utbildning enligt checklistan, berättar de intervjuade. Vid medarbetarsamtal sker en kontroll av utbildningsbehovet. T ex pågår utbildning i psykisk ohälsa just nu. En viss osäkerhet råder dock hur behov av utbildning bevakas under året för att motsvara ett aktuellt behov i verksamheten. Under intervjun framkommer att personalgruppen nyligen tilldelats utmärkelsen "guldtanden" för att de boende har så bra munhälsa. Ett företag med produkter för inkontinens har också utbildat personalen i kvalitetssäkrad inkontinensvård.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att endast ca 50 % av omvårdnadspersonalen har undersköterskeutbildning. HVK begär i bifogad handlingsplan en redogörelse som visar hur andelen fast anställda undersköterskor ska öka enligt krav i förfrågningsunderlaget.

Kompetensutvecklingsplaner finns inte i dagsläget. HVK begär enligt handlingsplanen redogörelse för när samtliga i personalgruppen (inkl visstidsanställda som funnits i verksamheten mer än 6 månader) ska kunna ha en kompetensutvecklingsplan

HVK begär att få ta del av checklista för introduktion avseende samtliga yrkesgrupper som finns i verksamheten.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

EC inleder med att informera om sin egen erfarenhet av arbete som undersköterska och kan därför säga att kontaktmannaskapet idag "fungerar mycket bättre", vilket enligt henne beror på "en mycket mer engagerad personalgrupp där personalen har fått bättre självförtroende och vågar på ett annat sätt kontakta närstående". Det är endast undantagsvis som hon träffar närstående tillsammans med kontaktmannen. Hon berättar vidare att kontaktmannen alltid deltar vid vårdplaneringar och att systematiska träffar med närstående håller på att införas. En lokal instruktion för hur detta ska ske kan komma att tas fram, enligt EC. De boende har egen tid med sin kontaktman ca en timme per vecka. Hennes upplevelse är att det inte hanteras optimalt idag och skulle kunna fungera bättre då det händer att personal säger att de inte har tid för detta. I verksamheten finns ett anhörigråd - men inget brukarråd, enligt VC som också säger att det finns planer på att införa det.

Omvårdnadspersonalen informerar att kontaktmannaskap innebär att vara en extra resurs för den boende. Den "extra tiden" (egen tid) är ca 30-60 minuter per vecka. De intervjuade lämnar lite olika uppgifter. Någon särskild avsatt tid finns inte för arbetsuppgiften utan de försöker hinna med det i det löpande arbetet. De som arbetar heltid har ansvar för två personer. En diskussion följer om vad som är avsikten med egen tid och att den inte ska användas till personlig omvårdnad. De intervjuade berättar vidare om en ny form av samverkan med boende och närstående, s.k. anhörigräffar. En av super8 grupperna är ansvarig för denna grupp.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att de intervjuade inte är av samma uppfattning om vad som gäller för kundens egen tid tillsammans med sin kontaktman. Hur denna ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK bedömer att brukarråd inte anordnas i den omfattning som det beskrivs i förfrågningsunderlaget. Hur detta ska kunna tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.5 Kost och måltider

3.5.1 Iakttagelser

Ledningen informerar om de riskanalyser som genomförs på alla boende gällande kosthållningen. Om någon av de boende visar sig ha ett BMI under 21 så sätts åtgärder som t ex näringsdrycker in. Nattfastan är bedömd på alla boende och finns dokumenterad, enligt ledningen. Måltidsmiljön är ett förbättringsområde enligt VC som också berättar att flera av de boende uttryckligen inte vill äta tillsammans i grupp. De ställer krav på hur och var de ska inta sin mat. Alternativa rätter kan serveras men inte utan viss förberedelse, enligt ledningen. Det går t ex att ändra maträtt dagen innan en måltid ska serveras. ”Annars kan alltid soppa erbjudas”, enligt VC. Hon informerar vidare att vid nästkommande kostråd, så deltar chefskocken från Linné för att ta del av synpunkter från närstående och boende. Synpunkter som främst beror på kulturella aspekter kan behöva diskuteras för att kunna tillgodose. VC framhåller att hon har för avsikt att kvalitetssäkra området mat och måltider. En super8 grupp finns för området. Osäkert om någon av sjuksköterskorna deltar i denna grupp. Antal personer som behöver ha fullständig hjälp vid måltiderna varierar. En avdelning har fem matningar och för att hinna med dessa lägger personalen sina raster så att de inte krockar med måltiderna. Verksamheten har haft ett bra samarbete med den dietist som tyvärr snart ska sluta, enligt ledningen. En gång per månad leder personalen på demensenheten ett anhörigcafé. Om kostombud eller kostråd finns verksamheten är oklart.

Legitimerade berättar att Riktlinje för mat, måltider och nutrition är känd av alla i verksamheten. Vikt kontrolleras var femte vecka som ett underlag till bedömning av BMI. De informerar vidare att de inte aktivt deltar i måltiderna men att de kan observera enskilda kunder för att se hur det går. De framhåller också att nattpersonalen är bra på att bryta nattfastan genom att servera något att äta till de som vaknar och är oroliga, vilket därefter dokumenteras. I telefonintervju med en av sjuksköterskorna framkommer att boendes näringsstatus bedöms med hjälp av bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) i Senior Alert. Då det finns problem och behov av extra insatser dokumenteras detta i en omvårdnadsplan under sökordet nutrition. Sjuksköterskan utgår från att den mat som serveras till de boende utgår från svensk näringsrekommendation (SNR). Näringsdrycker kan tillredas på avdelningarna, vilket är ett förbättringsområde, enligt intervjuad sjuksköterska. Hon säger vidare att risk med för lång nattfasta alltid bedöms vid översyn av kosten. Som sjuksköterska deltar hon inte vid måltiderna men kan besöka matsalen för att särskilt observera vissa personer. De intervjuade sjuksköterskorna uppger att de flesta matningarna är på demensplanet och att personalen är noga med att se till att alla får den hjälpen de behöver, matningar sker inte till flera samtidigt.

Omvårdnadspersonalen informerar om de tider då måltiderna serveras. Frukost sker mellan klockan 8-10, lunch från ca 12.30, middag ca 16.30. Pedagogiska måltider tillämpas. Deras uppfattning är att de boende sitter kvar längre om personal sitter med vid bordet. De berättar vidare att rasterna förläggs så att det alltid är två kvar över lunchen. Köket kan ordna med annan rätt om så önskas. Fika serveras tre gånger under dagen. Kvällsmål serveras klockan 18.30. Om någon av de boende ätit dåligt under dagen så rapporteras det till nattpersonalen. De berättar vidare att det alltid erbjuds något att äta och dricka även under natten.

3.5.2 *Kontorets kommentarer och slutsatser*

HVK noterar att de intervjuade inte lämnar tydliga svar gällande rutin kring uppvärmning av mat på avdelningarna. Rutin för hur mat hanteras vid uppvärmning ska delges HVK.

HVK begär i bifogad handlingsplan en redogörelse för hur krav på kostråd och kostombud ska tillgodoseas i verksamheten.

HVK begär också redogörelse som visar när ny dietist finns tillgänglig för verksamheten.

3.6 **Aktiv och meningsfull tillvaro**

3.6.1 *lakttagelser*

Ledningen informerar att personalgruppen på ett aktivt sätt arbetar med aktiviteter och att ett stort utbud erbjuds de boende. Förutsättning för att genomföra individuella aktiviteter finns. Egen tid för boende med sin kontaktman "är inte en timme per vecka" enligt ledningen. Planering sker varje dag i möte med sjuksköterskan. Syftet med sjuksköterskans närvaro är att denne ska stötta personalen så att de kan ta ett större eget ansvar. Personalen uppfattar sjuksköterskans närvaro som positiv, enligt VC. En aktivitet som VC särskilt lyfter fram är det anhörigcafé som personalen på demensenheten anordnar och leder en gång per månad. En annan aktivitet som nämns är den dagliga sittgymnastiken. Enligt EC så finns skillnader i avdelningarnas planering och utförande av dagliga aktiviteter. Super8 grupp som finns inom området har inte ansvar för dagliga aktiviteter utan tar ansvar för större programpunkter som t ex uppträdanden. EC berättar att hon själv tagit ansvar för vissa aktiviteter. Hon säger vidare "att ibland kan aktiviteten vara anslagen men inte utförd, och ibland kan det genomföras en aktivitet utan att vara anslagen och ibland utförs en aktivitet som inte blir dokumenterad i den enskildes journal". Ombud för kontakt med frivilliga och den ideella sektorn finns. Dagligen besöks verksamheten av en pensionär som besöker utvalda personer. EC berättar att hon arbetar för att flera ska tillgång till denna kontakt.

De legitimerade berättar om olikheter mellan planen där vissa planerar i förväg vilka aktiviteter som ska genomföras medan andra anser att spontana aktiviteter passar de boende bättre. Om det genomförs individuella aktiviteter känner inte de intervjuade till. Deras uppfattning är att aktiviteter anslås på en anslagstavla. Ingen av de legitimerade är aktiv när det gäller avdelningarnas aktiviteter, vilket de ser som ett förbättringsområde. Röda korset och några andra frivilliga anlitas ofta som sällskap vid promenader och utevistelse men deras uppfattning är att många inte vill gå ut utan är nöjda med att sitta på balkongen. På demensplanet har dock arbetsterapeuten varit aktiv vid bedömningar kopplat till kvalitetsregistret BPSD.

Omvårdnadspersonalen som intervjuas informerar att dagliga aktiviteter erbjuds. Varje dag är det gympa som en stående punkt. Deras uppfattning är dock att många av de boende inte vill delta. Förutom högläsning som sker två gånger i veckan så kastar man boll och lyssnar på musik. Avdelningarna kan gå ihop för en gemensam aktivitet. De berättar vidare att många sköter sig själva och är aktiva på egen hand. Informanterna säger att de nog "generellt är lite dåliga på att dokumentera aktiviteter som erbjuds men där den boende tackar -nej". De har också noterat att boende blivit "tuffare" och kan säga ifrån och ställa krav. Något aktivt arbete

med att utveckla utbudet har inte skett. För den som vill komma ut dagligen finns det stora möjligheter, enligt de intervjuade. Frivilliga anlitas också ofta för sällskap vid promenader etc.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att en av super8 grupperna endast har ansvar för större aktiviteter riktat till alla boende i huset. HVK begär därför en redogörelse som visar vilka aktiviteter som genomförts i verksamheten på respektive avdelning under v 42 och 43 (mellan 13 – 26 oktober) samt hur dessa varit anslagna. I redogörelsen ska också framgå hur många unika individer som deltagit i någon form av aktivitet under perioden på respektive avdelning.

HVK bedömer att aktivt arbete med att utveckla utbudet av aktiviteter inte sker. I bifogad handlingsplan ska utföraren beskriva de åtgärder som nu vidtas för att utveckla området vidare.

HVK begär också en redogörelse som visar hur många unika individer som varit utomhus (ej balkong) under v 42 och 43 (mellan 13 – 26 oktober).

3.7 Hälsa- och sjukvård

3.7.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att tre sjuksköterskor på totalt 285 % (85+100+100%) finns i verksamheten. Det är alltid någon av dem kvar till 17.00. Under kvällstid tjänstgör sjuksköterska från underleverantör. Natthemsjukvården har deltagit vid två APT för att ge information till personalgruppen om deras verksamhet. En av sjuksköterskorna är utsedd att vara tandvårdsansvarig, enligt VC. Vid vård i livets slut anlitas alltid ett extravak. Efterlevandesamtal till de närstående erbjuds inte systematiskt, men VC berättar att hon har för vana ”efterhöra hur det är och känns”.

De legitimerade informerar att samarbete med sjuksköterska från underleverantör fungerar bra. De berättar om informationsträffar som de haft. ”Ett förbättringsområde vore att genomföra dessa mer regelbundet”, enligt de intervjuade. En årsplanering finns för att hinna med medicinsk vårdplanering på alla boende minst en gång per år. Vid dessa sker även en läkemedelsgenomgång efter att symtomskattning med instrumentet Phase 20 har skett. Sjuksköterskan berättar att detta sker i nära samverkan med den boendes kontaktman. Vid vård i livets slut har sjuksköterskan mandat att besluta om extravak. En av de intervjuade berättar att hon är utsedd till palliativt ombud. En annan berättar om det flertal demensutbildningar samt en handledarutbildning som hon gått - vilket ger ett bra stöd i samtal med bl a närstående. Ett särskilt uttalat ansvar för de medicintekniska produkterna finns inte idag. En tidigare kollega hade det och de intervjuade identifierar detta som ett förbättringsområde. Hygienombud finns utsedda båda bland sjuksköterskorna och bland undersköterskorna. De intervjuade berättar om en bra följsamhet till basala hygienrutiner och om en tidigare boende där det fanns flera olika riskfaktorer. Vid några tillfällen har de därför tagit in stöd från Vårdhygien för att säkra upp sina arbetsmetoder.

Omvårdnadspersonalen informerar om kontakten med sjuksköterskorna som de anser fungerar bra. "Vi får den hjälp vi behöver – även under kvällar och nätter". De berättar vidare att de fått utbildning i munhälsa. Rutiner och arbetssätt som tillämpas vid vård i livets slut är tillräckliga och bidrar till att vi känner oss trygga, enligt informanterna. De berättar också om den kunskap som finns i verksamheten för att möta närstående i kris. Även de inhyrda sjuksköterskorna är enligt deras uppfattning "duktiga när något händer".

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att i stort sett samtliga krav inom området uppfylls. Två förbättringsområden har identifierats:

- Att genomföra regelbundna träffar med inhyrda sjuksköterskor
- Att utse en person med övergripande ansvar för de medicintekniska produkterna

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.8.1 Iakttagelser

Ledningen berättar att arbetsterapeuten nyligen slutat och att en ny person anställs från den 1 oktober på 100%. Tjänsten delas idag med Västergården vilket kan komma att ändras framöver om behov finns, enligt VC. För att identifiera personer med fallriskbeteende så genomförs riskbedömningar, enligt VC. Hon berättar även om de teammöten som återinförts i september i syfte att bl. a. planera insatser utifrån genomförda bedömningsinstrument. VC ser dock att dessa kan utvecklas ytterligare. "Den aktiva avvikelshanteringen leder till kvalitetsförbättringar. Ett systematiskt arbetssätt finns idag", enligt de intervjuade.

De legitimerade berättar att 36 % av sjukgymnastens tjänst är förlagd på Västergården, vilket betyder att hon resterande tid är på denna enhet. Fördelningen finns anslagen, enligt intervjuade, som anser att tiden räcker för att tillgodose de boendes behov. De upplever personalgruppen som "erfaren, de ser vad som behövs". Några dokumenterade kriterier finns inte för när omvårdnadspersonalen ska kontakta arbetsterapeut och/eller sjukgymnast, vilket de ser som ett förbättringsområde. Rutin för det fallpreventiva arbetet finns troligen inte, enligt de intervjuade, men arbetssättet beskrivs av intervjuade som att de följer "konstens alla regler". Informanterna berättar också om den mer intensiva teamsamverkan där alla legitimerade samt aktuell omvårdnadspersonal ska delta. Vid dessa möten ska t ex bedömningar enligt Senior Alert tas upp. Tanken är att 3-4 personer ska tas upp per gång och att boendets läkare också vid behov ska kunna delta. Om träningsuppgifter delegeras för att utföras av omvårdnadspersonalen så används inte alltid en signeringslista, enligt informanterna, vilket de ser kan vara ett förbättringsområde. För att implementera ett funktionsuppehållande (och rehabiliterande) arbetssätt så handleder rehabiliteringsprofessionerna personalen i det dagliga arbetet. I samband med introduktion av vikarier gällande förflyttningsteknik så tas också förhållningssättet upp.

Omvårdnadspersonalen ger en samstämmig bild av att samarbetet med rehab fungerar bra. Deras uppfattning är dock att inga systematiska teamträffar genomförs i verksamheten, såsom tidigare. Sjuksköterskorna finns dagligen ute på avdelningarna. Var annan månad sker s.k. vårdplaneringsträffar. "Då går vi igenom samtliga boende på planet. Om det finns ett mera

akut behov tar vi upp det med en sjuksköterska direkt". En positiv utveckling som de intervjuade berättar om är att en i personalgruppen deltar vid "läkarrond".

3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att dokumenterade kriterier inte finns för när omvårdnadspersonalen ska kontakta arbetsterapeut och/eller sjukgymnast och ser detta som ett förbättringsområde.

När träningsuppgifter delegeras till omvårdnadspersonalen så används inte alltid en signeringslista, vilket identifieras tillsammans med intervjuade som förbättringsområde för ansvariga att åtgärda.

Enligt krav i förfrågningsunderlaget ska vård, omsorg och rehabilitering ges till den enskilde i samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK noterar att rutin för fallprevention saknas i verksamheten och begär att detta tas fram och delges kontoret.

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

3.9.1 Iakttagelser

Ledningen informerar om de kris- och driftsstoppsrutiner som finns i verksamheten. De informerar också att alla boende har en aktuell genomförandeplan. Mål och delmål kan dokumenteras på ett ännu bättre sätt än vad som är fallet idag även om de - som VC framhåller - "har kommit relativt långt". Information delas mellan lagrummen (SoL och HSL). Ledningen påtalar att journalsystemet Siebel är svårt att använda.

De legitimerade informerar att det finns tid i schemat för att läsa och inhämta information om de boende inför att arbetspass. Generella synpunkter lämnas på journalsystemet Siebel. De anser att de "kommit in bra, men det finns oklarheter kring vissa delar, t ex sökordsträdet". Här önskas en översyn och tillägg för att täcka behovet. De framhåller också behovet av att få en större läsbarhet i den sociala dokumentationen som t ex GPL.

Intervjuade från omvårdnadspersonalen anser att journalsystemet Siebel är ett "svårt system". "Vi hinner ofta inte skriva men ger alltid en muntlig rapport innan ett arbetspass avslutas". De säger vidare att de "prioriterar omvårdnaden". Efter diskussion så beskriver de intervjuade detta som ett område som kan förbättras men de vidhåller "att det är svårt att hinna med att dokumentera under arbetspasset". Delmål i genomförandeplanen (GPL) finns, enligt de intervjuade, även om det kan vara svårt att formulera ibland. De intervjuade ser den sociala journalen som ett förbättringsområde. GPL upprättas vid nyinflyttning efter cirka 14 dagar och sker vid ett samtal med den enskilde där även sjuksköterskan och eventuellt anhörig deltar. Kontaktmannen är den som ansvarar för att dokumentera efter samtalet och skriva en GPL. Oftast undertecknas den på egen hand av den enskilde.

3.9.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets bedömning är att i stort sett samtliga krav i avtalet uppfylls. Några av de intervjuade lyfter dock själva upp tidsbrist som en förklaring till att viktiga händelser inte hinner dokumenteras innan de avslutar sitt arbetspass och ser detta som ett förbättringsområde. De åtgärder som vidtas för att säkerställa att social dokumentation sker ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.10 Avvikelse och klagomålshantering

3.10.1 Iakttagelser

Ledningen berättar om hur de tar emot synpunkter och klagomål från t ex anhöriga, vilket kan ske via mejl eller telefon. Återkoppling ska ske snarast och ledningen definierar detta som ett förbättringsområde där de kan bli bättre. "Det finns relevanta delar i alla synpunkter och klagomål", enligt EC och nämner ett tidigare klagomål som inte har åtgärdats i tillräcklig omfattning som en avvikelse att sätta hög prioritet på. Avvikelse inom hälso- och sjukvårdsområdet hanteras alltid först av sjuksköterskan. Därefter överlämnas de till VC för en snabb hantering inom 24 timmar. Ledningen informerar att synpunkter också komma under helgerna eller via HVK's system. Muntliga klagomål/synpunkter kan ibland hanteras direkt av personalen. EC har observerat att en del av dessa har fallit mellan stolarna och inte åtgärdats då de inte har dokumenterats. Exempel som ges är synpunkter som kommit fram på anhörigräffarna, vilket är ett tydligt förbättringsområde, enligt både VC och EC. Avslutningsvis informerar ledningen att speciella kvalitetsmöten inte finns utan det är de s.k. super8 grupper som har detta ansvar. Ett "förbättringsområde är hur vi förmedlar vad vi kommit fram till i dessa grupper" enligt ledningen.

Legitimerade informerar att om de får en muntlig synpunkt så vidarebefordras den till "rätt person" t ex chefen. De har inte för vana att dokumentera det som framförs. Deras uppfattning är att EC tar upp synpunkten för återkoppling på ett anhörigråd. Legitimerade lyfter upp en önskan att få delta i verksamhetens kvalitetsarbete kring avvikelser så att de fortlöpande kan följa förbättringar och utveckling. En av de intervjuade informerar att hon implementerat en hel del rutiner i personalgruppen, vilket ledningen bör ha ett ansvar för, enligt hennes uppfattning. Intervjuade ser att det nya systemet för att hantera hälso- och sjukvårdsavvikelser kommer att driva på verksamhetens kvalitets- och utvecklingsarbete inom området. Kvalitetsmöten med fokus på ett systematiskt förbättringsarbete är generellt ett förbättringsområde som framkommer. De intervjuade anser att det är svårt att vara delaktig i verksamhetensutvecklingen bl a på grund av att det finns flera olika chefer. "Man håller sig där man känner sig trygg" och informerar vidare att "det fungerar och det är så här jag vill jobba".

De legitimerade känner till regelverket kring lex Sarah och berättar att rutin finns på intranätet. Någon ny information kring rutinen har de inte tagit del av under det senaste året.

Omvårdnadspersonalen informerar hur de hanterar muntligt framförda synpunkter och ser en snabb återkoppling och åtgärd som viktigast. Följden kan då bli att de inte skrivs ner. Hantering av avvikelser som inte hör till hälso- och sjukvårdsområdet kan inte beskrivas fullt ut. Deras uppfattning är att rutin saknas. Intervjuade kan beskriva hantering av lex Sarah.

3.10.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK's bedömning är att muntliga klagomål och synpunkter inte hanteras i det systematiska arbetet på enheten då de inte har dokumenterats. I bifogade handlingsplan ska åtgärder som vidtas beskrivas så att samtliga synpunkter, klagomål och avvikelser som inträffar i verksamheten hanteras på ett systematiskt sätt.

Kvalitetsmöten med fokus på ett systematiskt förbättringsarbete är generellt ett förbättringsområde som framkommer i intervjuerna. HVK begär i handlingsplanen en redogörelse som visar hur super8 gruppernas arbete kan utvecklas och hur information kring pågående arbete når samtliga i verksamheten. Översyn av deltagarnas kompetens i grupperna ses som ett förbättringsområde där t ex de legitimerade kompetens tas till vara på ett bättre sätt än i dag.

HVK bedömer att information kring lex Sarah inte skett till samtlig personal i verksamheten under det senaste året. I bifogade handlingsplan ska framgå när samtliga i personalgruppen (inklusive de legitimerade) fått denna information.

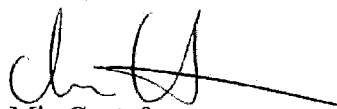
4 Kontorets avslutande kommentar

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i delar av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt hos den nu uppföljda enheten. Bifogad handlingsplan ska inkomma till kontoret senast den 21 november 2014. Notera att det även finns påtalade förbättringsområden som inte beskrivs i bifogad handlingsplan. Utföraren ansvarar för att dessa åtgärdas. För att få en heltäckande bild av de brister som avtalsuppföljningen visat är det viktigt att utföraren tar del av den fullständiga rapporten samt kontorets kommentarer och slutsatser under samtliga avsnitt.

Uppsala 2014-10-24



Eva Erikson
Uppdragsstrateg



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Erikson Eva

Datum
2014-10-24

Dnr
ALN-2014-0347.30

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Karl-Johansgården
Verksamhetschef: Marja-Leena Sundström
Enhetschef: Johanna Hansson
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-11-21

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, den 3 december 13.30 – 15.30 på Svartbäcksgatan 44.

Handlingsplanen ska skickas i wordformat med e-post till halsa-var-domsorg@uppsala.se. Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som en offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Karl Johansgården

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.2 Beskriv de åtgärder som vidtas för att leva upp till super8 gruppernas åtagande inom de områden uppföljningen visar brister i	<p>Alla avvikelserna från de uppsatta målen tas upp på arbetsplatsträff/Kosmoträff och personalen erbjuds komma med förbättringsförslag. From oktober 2014 är kvalitetsgranskare inbjudna till alla Super 8 gruppernas möte 1g/månad i syfte att förtydliga målen och föreslå åtgärder när brister har uppdagats. Enhetschefen är med på möten med ordföranden i varje super 8 grupp var tredje månad. De brister som upptäcks leder till tidsplanerad handlingsplan.</p>	Johanna Hansson		1 gång/månad	Ja		Vid mötet den 3 december informerade ledningen om den utökning av tid, stöd och uppmärksamhet som ansvariga för respektive grupp nu ges i syfte att höja kvalitén på super8 gruppernas arbete.
3.2 Beskriv hur de legitimerade kan involveras i verksamhetens ledning och styrning samt på	Arbetsplatsträffarna är obligatoriska för all personal på Karl Johansgården sedan september 2014.	Marja-Leena Sundström	1g/månad	Minnesanteckningar från månadsmöten			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
arbetsplatsträffar	Sjuksköterskorna har deltagit i träffarna och har då möjlighet att besvara de frågor som uppkommer. Sedan oktober 2014 har den legitimerade personalen månadmöten med verksamhetschefen med förutbestämd agenda.				Ja		
3.3 Beskriv hur andelen fast anställda undersköterskor ska öka enligt krav i förfrågningsunderlaget	75% av all tillsvidare personal är utbildade undersköterskor. Fyra av ordinarie biträden går utbildning för tillfället. Personalen uppmuntras att utbilda sig och Kosmo ger personalen möjlighet till schemaanpassning vid behov. Alla som anställs tillsvidare har undersköterskeutbildning.	Johanna Hansson	Kontinuerligt pågående	Vid varje medarbetarsamtal	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen att alla som nyanställs på fasta tjänster har motsvarande undersköterskeutbildning. De informerar vidare att antal utbildade ökat under avtalsperioden.
3.3 Beskriv när samtliga i personalgruppen (inkl visstidsanställda som funnits i verksamheten mer än 6 månader) har en kompetensutvecklingsplan	Under januari-mars 2015 utförs medarbetarsamtal med all personal. Behoven som uppkommer presenteras till medarbetarna på Arbetsplatsträffen/Kosmoträffen april 2014. I lönesystemet beskrivs	Johanna Hansson	1.1.2015-31.3.2015	April 2015	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen (kom till i verksamheten i april 2014) om höstens intensiva utvecklingsarbete. På grund av detta har medarbetarsamtal flyttats fram till januari-mars

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	kompetensbehovet och ska vara riktmärke för det fortsatta arbetet.						2015.
3.3 Delge checklista för introduktion - samtliga yrkesgrupper	Se bilaga 1 a: ”Introduktion omvårdnadspersonal” Se bilaga 1b: ”Introduktion legitimerad personal”	Johanna Hansson			Ja		
3.4 Beskriv hur ”egen tid” till den enskilde ska kunna tillgodoses	Information om ”egen tid” ges kontinuerligt till personalen. Vid dessa tillfällen ges tips om vad ”egen tid” innebär samt att den ska dokumenteras. Schemat har ändrats under hösten och numera finns flera personal på kvällarna vilket ger utökade möjlighet till utförandet av ”egen tid”.	Johanna Hansson		Mars 2015/ kontroll av dokumentation ”egen tid”.	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen att begreppet ”egen tid” ska klargöras för personalen. Vidare informerar de att ”egen tid” är ca 30 minuter/vecka.
3.4 Delge ett fastställt datum under hösten när brukarråd ska genomföras	Boenderåd/brukarråd har funnits i verksamheten tidigare, men intresset har varit lågt och rådet har lagts ner. Anhörigråd/Närstående råd har däremot byggts upp under våren 2014 och haft tre möten sedan dess.	Johanna Hansson		Maj 2015	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen om hur de boende ska kunna ges ökat inflytande. Kompletterande beskrivning inkom den 2014-12-18 (bilaga 6)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	Anhörigrådet presenterar sig själva på anhörigräffen i slutet av november. Anhöriga/närstående och boende har tidigare haft möten 2 ggr/år, men sedan i våras är dessa möten enbart för anhöriga och närstående. Varje avdelning ska ordna möten på respektive enhet 2ggr/ år och första mötet blir i december. I anhörigräffen tas uppbyggandet av boenderåd/brukarråd åter upp.				Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen om anhörigmötet i slutet av november då ca 50 personer deltog.
3.5 Delge rutin gällande uppvärmning av mat på avdelningarna	Se bilaga 2 "Mathantering lokal rutin "	Johanna Hansson		Uppföljning sker på Super 8 gruppen "Mat och Måltider" varje kvartal när rutiner diskuteras.	Ja		Kontoret noterar dock att rutinen i ett initialt skede kan behöva följas upp tätare än varje kvartal.
3.5 Delge när kostråd finns i verksamheten samt när kostombud finns utsedda	Kostombud utses i december 2014. Detta uppdrag ges till Super 8 gruppen "Mat och Måltider". Kostråd finns i verksamheten februari 2015.	Johanna Hansson	December 2014-februari 2015	Mars 2015	Ja		Kompletterande beskrivning inkom den 2014-12-18 (bilaga 6). I denna framgår kostombud utses 2015-01-30 samt ett första kostråd är planerat till 2015-02-04.
3.5 Delge plan för när ny dietist finns att tillgå	Det finns en dietist ansluten till Kosmo sedan september 2014. Hon kan rådfrågas av	Johanna Hansson		1 gång/år under marsmånad	Ja		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	den legitimerade personalen. Om det finns behov t.ex. av besök eller föreläsningar av dietist, tar enhetschefen kontakt direkt med dietisten.						
<p>3.6 Redogör för de aktiviteter som genomförts på respektive avdelning v 42 och 43 (=13–26 oktober) samt hur dessa varit anslagna.</p> <p>Redogör för antal unika individer som deltagit i aktivitet under perioden på respektive avdelning</p>	Se bilaga 3 ”aktiviteter vecka 42-43”	Johanna Hansson				Nej	<p>Vid mötet den 3 december informerar ledningen om det aktiva arbetet för att få igång aktiviteter. Dock brister det i dokumentation av dessa. Kompletterande beskrivning inkom den 2014-12-18 (bilaga 6). Beskrivning finns under punkt 3.4 Brukarråd där de boende” ska ges möjlighet att påverka utbudet av aktiviteter...”</p> <p><i>Hur arbetet fortskrider inom området ska delges kontoret i slutet av varje månad.</i></p>
3.6 Beskriv de åtgärder som ska vidtas för att utveckla utbudet av dagliga aktiviteter	Varje plan skall ha 1-2 aktivitetsansvariga som ansvarar för att kartlägga behov/efterfrågan, initierar och följer upp aktiviteter på respektive plan. De	Johanna Hansson	Feb/mars 2015	Maj 2015	Ja		Se punkten ovan

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	aktivitetsansvariga skall vara medlemmar från Super 8 gruppen "Aktiviteter"						
3.6 Redogör för antal unika individer som varit utomhus -särredovisa balkong och annan utevistelse -under v 42 och 43 (mellan 13-26 oktober)	Se bilaga 4 "Utomhusvistelse vecka 42-43" Kommentar: Det är oftast samma individer som går ut varje dag med personal.	Johanna Hansson		Sker varje måndag när personalen har lämnat in veckorapporten gällande aktiviteter och utevistelser.		Nej	Vid mötet den 3 december informeras ledningen om det motiveringsarbete som måste ske för att öka antal boende som önskar ta del av erbjuden utevistelse. <i>Hur arbetet fortskrider inom området ska delges kontoret i slutet av varje månad.</i>
3.8 Redogör för när samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning finns i verksamheten	Teammöten med legitimerad och övrig personal finns i verksamheten sedan september. Olika ansvarsområden är fördelade mellan den legitimerade personalen.	Marja-Leena Sundström		Vid möten 1g/månad	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen om rutin för teamsamverkan.
3.8 HVK begär att få ta del av rutin för fallprevention som tillämpas i verksamheten.	Se bilaga 5. " Fallprevention lokal rutin"	Marja-Leena Sundström		Behov an ändring tas upp på månadsmöten	Ja		
3.9 Beskriv åtgärder som ska vidtas för att säkerställa att social dokumentation sker i tillräcklig omfattning	Personalen planerar in sin dokumentation vid morgonmötet. Schemaändringen har möjliggjort ett större	Johanna Hansson		Stickprov 1gång/vecka/avdelning	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen om de stickprov som tas av dokumentationen. De informerar vidare att tid

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	utrymme för dokumentation på kvällstid.						för dokumentation finns vid arbetstillfallets slut.
3.10 Beskriv åtgärder som vidtas för att samtliga synpunkter, klagomål och avvikelser som inträffar hanteras på ett systematiskt sätt	<p>På avdelningarnas anslagstavlor finns blanketter "Synpunkter och förbättringsförslag". Den ifyllda blanketten lämnas till verksamhetschefens brevlåda.</p> <p>Om synpunkten inte är anonym, tas kontakt med den berörda inom en vecka för bekräftelse och ev. inhämtning av mer information.</p> <p>Om synpunkten inte är akut, lämnas den till Super 8 gruppen för tidsplanerat åtgärdsförslag.</p> <p>Synpunkterna sammanställs i Kosmos avvikelsesammanställning och återkopplas till anhörigträffen vid höst – och vårmöte.</p> <p>När åtgärdsförslaget är genomfört, sker uppföljningen enligt tidsplanen och förnyad kontakt tas med den berörda</p>	Marja-Leena Sundström		Maj och november	Ja		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>anmälaren för uppföljning. När personalen tar emot en muntlig synpunkt uppmuntrar vi dem att alltid hänvisa till blanketten eller ställer frågan om personen vill att vi fyller i blanketten istället.</p> <p>Avvikelsehantering gällande HSL, sker i Flexite. All personal har fått utbildning i systemet. Avvikelserna tas upp på Super 8 gruppen ”Vård och hygien”.</p> <p>De övriga avvikelserna hanteras via Kosmos avvikelsehantering.</p>						
<p>3.10 Beskriv hur super8 gruppernas arbete kan utvecklas och hur information kring pågående arbete når samtliga i verksamheten</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 interna kvalitetsgranskare istället för en från november. 2. Kvalitetsgranskare deltar i möten med samtliga super 8 grupper för att sätta upp delmål, initiera arbetet. Var 4-6 vecka. 3. Enhetschef, kvalitetsgranskare 	Johanna Hansson	Skall ske löpande över året.	Feb/mars 2015.	Ja		Vid mötet den 3 december informerar ledningen att de två kvalitetsgranskarna deltar vid samtliga super8 gruppers månadsmöten.

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	samt ordförande från varje super 8 sammanträder var 3:e månad för att följa upp måluppfyllelsen samt besluta om åtgärder vad gäller brister.						
3.10 Delge kontoret när samtliga i personalgruppen (inklusive de legitimerade) fått information kring lex Sarah	Lex Sarah informationen ingår i introduktionen. Alla nyanställda får skriva under när de har fått informationen. Den underskrivna blanketten finns i personens akt. Les Sarah tas upp på Arbetsplatsträffen/Kosmoträffen i oktober, november samt decembermötet för att kvalitetssäkra att all personal fått informationen.	Marja-Leena Sundström	Oktober 2014- december 2014 samt vid varje nyanställning	1 gång/år i juni	Ja		

Handläggare
Ingrid Jansson

Datum
14-12-15

Diarienummer

Kosmo Karl-Johansgårdarna

Minnesanteckningar från möte den 3 december 2014 gällande Karl-Johansgården

Närvarande:

Marja-Leena Sundström, Johanna Hansson, Eva Erikson, Mia Gustafsson och Ingrid Jansson

Ingrid hälsade välkommen och redogjorde för syftet med mötet, som var att diskutera avtalsuppfyllelse samt att gemensamt föra en diskussion om vidare åtgärder.

Eva, huvudansvarig för uppföljningen, ledde mötet där följande punkter diskuterades:

Super 8-grupperna: Vid en kvalitetgranskningen av Super-8 gruppernas arbete har beställaren sett att grupperna har utvecklats olika och att de arbetar olika. Utföraren är medveten om detta och arbetar för att en ökning av tid, stöd och uppmärksamhet ska ges till de som utsetts att ansvara för grupperna.

De legitimerades roll på Karl-Johansgården: Legitimerad personal har inte varit med i ledningsgruppen p g a att tidigare biträdande chef var legitimerad och därmed "bevakade" dessa frågor. En tydligare yrkesroll ska skapas vilket gör att legitimerade ska finnas mera ute på avdelningarna och även, naturligtvis, deltar i APT.

Endast 75 % av vårdpersonalen är usk-utbildade. Utföraren är medveten om detta. Endast utbildad personal nyanställs på fasta tjänster.

Bemanningen: Plan 1 har fått ett nytt schema. Fungerar bra. Plan 2 har samma schema som tidigare och plan 3 har nytt schema sedan en vecka. Det ska bli fler tillsvidareanställda. LAS-listan uppges inte vara satt ur spel, men det är problem när personal som är duktig inte får utbildning.

Introduktion: Bilaga "Introduktion" överlämnas från utförare till beställaren.

Hur arbetar man med att ge den enskilde egen tid: Det uppstår ibland problem kring tolkningen av vad "egen tid" innebär. Personalen förstår inte alltid själva innebörden och ledningen ska arbeta med att klargöra innebörden så att alla förstår vad som förväntas.

Samverkan mellan boende, anhöriga och utföraren: Hur ökar man brukarintresset för att delta i brukarråd? Mötet enas om att syftet måste vara klargjort och tydligt för att man som boende ska förstå och våga delta. Senaste anhörgmötet med ca 50 deltagare lämnade ledningen med en känsla av utebliven respons. Dock har positiv sådan kommit i andra sammanhang.

Mat- och måltidsgrupp finns och ska träffas i december där kostombud utses. Namn på dessa meddelas beställaren. Kostråd utses snarast, det blir ett gemensamt för huset.

Vad gäller aktiviteter undrar beställaren vad som hänt från första september till dags datum. Tertialen anger en mängd aktiviteter, hur stämmer det med redovisningen? Ledningen förklarar att man arbetat mycket aktivt för att få i gång verksamhet och fortsätter att arbeta oförtrutet på den linjen. Ledningen är medveten om att det brister vad gäller dokumentationen och arbetar på att förbättra även på den punkten.

Ny SSK har börjat och både teammötena och teamarbetet känns nu bra. Arbetet med fallprevention börjar ta form och man gläds åt ny AT.

Beställaren undrar över skrivningen "Personalen planerar in". Utföraren berättar att det innebär att personalen avsätter/planerar in tid för att dokumentera, för att nå en systematik så att dokumentationen inte hoppas över och glöms bort.

Det konstateras att synpunkter och klagomål hanteras som man ska.

Avslutningsvis återknyts diskussionen till arbetet kring Super 8-grupperna där det arbete som lagts ner beskrivs närmare. Utföraren anser att dessa nu kan sägas börja fungera. Det finns nu inplanerade möten och två som driver frågorna. Johanna följer upp arbetet var 3:e månad.

Beställaren bedömer att ledningen på Karl-Johansgårdarna å ena sidan har mera att göra innan verksamheten kan sägas drivas optimalt. Å andra sidan har mycket förändrats till det bättre och mycket utvecklingsarbete har påbörjats under den senaste tiden. Därför meddelar beställaren att den aktuella avtalsuppföljningen härmed anses avslutad.

Anteckningarna förda av
Ingrid Jansson

Avtalsuppföljning den 3.12.2014

Under avtalsuppföljningen framkom det att Kosmo Uppsala Karl- Johans Gården ombads att komplettera handlingsplanen med följande punkter.

Punkt 3.4 Brukarråd

De som bor på Karl-Johans Gården ska ges möjlighet att påverka utbudet av aktiviteter, måltider, trivsel osv. i en dialog med personalen.

För att detta råd inte ska bli övermäktigt och för formellt, har vi bestämt oss för att starta med att bjuda in de boende avdelningsvis till en sammankomst. Inbjudan lämnas till alla och mötet leds av en personal.

Första mötet är avsett för fri diskussion om vad de boende tycker om olika saker och fråga hur de skulle vilja att dessa sammankomster ska se ut.

Ledningens vilja är att avsätta sedan 2 timmar/var tredje månad för fortsatta diskussioner om det som framkommit vid första mötet.

Vid möten skrivs minnesanteckningar och synpunkter, frågor och förbättringsförslag vidarebefordras till respektive Super 8 grupp och återförs sedan tillbaka vid nästa möte med boende.

Första sammankomsten är planerad till första veckan i februari. Planeringen tas upp på APT/Kosmoträffen i januari 2015.

Punkt 3.5 Kostråd

Kostombud är utvalda 30.1.2015 och första kostrådsmöte är planerat till 4.2.2015.

Med vänliga hälsningar

Marja-Leena Sundström
Verksamhetschef

Johanna Hansson
enhetschef

