

Handläggare
Sirpa Kramsu

Datum
2012-11-12

Diarienummer
VFK-2011-0153

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Brostugegården, SoL-boende för personer med psykisk funktionsnedsättning

Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att med beaktande av resultat godkänna rapporten

att ge kontoret uppdrag att nogsamt följa upp att den inskickade handlingsplanen verkställs

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning 2011-12-20 vid Brostugegården, boende för personer med psykisk funktionshinder. Dokumentationsgranskning har genomförts 2012-02-21, 2012-06-19 och 2012-10-03. HVK har haft möte med ägaren och ledning 2012-08-31.

Vid avtalsuppföljningen fick HVK en bild av en verksamhet där personalen har god kompetens för uppdraget och uttrycker ett engagemang för denna målgrupp. Dock var det tydligt för HVK att detta är en verksamhet som saknar grundläggande struktur inom vissa områden. Rutiner och samverkansformer är inte implementerade i verksamheten för att vara en naturlig del i vardagen.

Kontorets bedömning är att det förelåg brister i förhållande till avtalet gällande

- Upplevelsekriterier
- Samverkan
- Kompetens- och kvalitetsutveckling samt bemanning
- Avvikelse och klagomålshantering
- Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner
- Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov

HVK begärde in handlingsplan där verksamheten redogör hur brister i verksamheten kommer att åtgärdas.

Handlingsplan inkom 2012-05-21 och godkändes av HVK efter mötet med ägaren och ledning 2012-08-31.

Inga-Lill Björklund
Direktör

Handläggare
Sirpa Kramsu
Mia Gustafsson

Datum
2012-04-23

Diarienummer
VFN-2011-0153

Rapport

Avtalsuppföljning av Brostugegården, hem för vård eller boende (HVB) och SoL-boende, för personer med psykisk funktionsnedsättning

1. Grunduppgifter

Utförare och enhet	Brostugegården AB, Brostugegården
Verksamhetschef Biträdande föreståndare	Erik Flodin Glen Rosendal
Tfn och mailadress	018-32 42 11, 018-324355, brostugegarden.glenn@telia.com
Uppföljning utförd av	Sirpa Kramsu och Mia Gustafsson- uppdragsstrateger Eva Andersson och Eva-Lena Tverå- dokumentationsgranskare
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Ledning och behandlingsassistenter.
Totalt antal platser	29
Typ av verksamhet	HVB och bostad med särskild service inom socialpsykiatri
Avtalstid	2010-07-01 – 2013-06-30
Datum för uppföljning	2011-12-20
Datum för journalgranskning	2012-02-21

1.1 Sammanfattning

Vid avtalsuppföljningen fick HVK en bild av en verksamhet där personalen har god kompetens för uppdraget och uttrycker ett engagemang för denna målgrupp. Dock var det tydligt för HVK att detta är en verksamhet som saknar grundläggande struktur inom vissa områden. Rutiner och samverkansformer är inte implementerade i verksamheten för att vara en naturlig del i vardagen.

Kontorets bedömning är att det föreligger brister i förhållande till avtalet inom sex områden och begär därför in en handlingsplan på hur verksamheten ska åtgärda bristerna.

1.2 Brister/förbättringsområden

Upplevelsekriterier

HVK ser att nämndens upplevelsekriterier inte är förankrade i verksamheten. Därmed ställer sig HVK frågan hur verksamheten arbetar i vardagen utifrån upplevelsekriterierna bl.a. så att de boende upplever trygghet, görs delaktiga samt får inflytande i sin vård och omsorg.

Samverkan

HVK bedömer att Brostugegården fungerar bra på många sätt inom detta område. Dock vill kontoret understruka vikten av samverka med närstående och andra viktiga personer för den enskilde. Även om *personalen* upplever att inget behov finns idag t.ex. gällande anhörigträffar, måste verksamheten vara uppmärksam på att behovet kan förändras. Verksamheten ska ha strukturerat arbetssätt gällande denna fråga så att de boendes behov och önskemål tas till vara. I dokumentationsgranskningen kunde man inte se samverkan med andra professioner.

Kompetensutveckling kvalitetsutveckling, bemanning

HVK konstaterar att Brostugegården har en verksamhetschef som uppfyller kraven om kompetens och erfarenhet.

HVK bedömer att Brostugegården inte uppfyller kraven gällande kompetensutveckling och handledning då inga nedskrivna individuella kompetensplaner finns upprättade, ingen handledning ges. Vidare bedömer HVK att Brostugegården inte uppfyller kraven gällande kvalitetsutveckling då inga planeringsdagar anordnas och strukturerade arbetsplatsträffar inte förekommer.

HVK konstaterar att den i anbudet angivna bemanningen skiljer sig från bemanningen som redogjordes vid avtalsuppföljning.

Avvikelse och klagomålshantering

Vid verksamheten förefaller rutiner för HSL-avvikelse finnas och vara implementerade i personalgruppen. Dock fanns bristande kunskap gällande de nya bestämmelserna om Lex Sarah som trädde i kraft 1:a juli 2011. Vidare bedömer HVK att verksamheten inte har ett systematiskt klagomålshanteringssystem, då det råder oklarheter hur återkoppling sker till enskild och till personal vid påtalade/inkomna synpunkter och klagomål. Detta försvårar även egenkontrollen av verksamheten.

Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner

Enligt rapport från dokumentationsgranskningen 2012-02-12 är både sjuksköterskans och behandlingspersonalens dokumentation bristfällig. Personalen saknar utbildning i SoL dokumentationen.

Förvaring av journalerna följer inte socialstyrelsens föreskrifter.

Genomförandeplaner har inte skickats till beställande myndighet.

Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov

Behov av insats från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoseas.

HVK ställer sig frågande hur ledning/personal kan göra bedömningen när någon boende har behov av tjänster från arbetsterapeut/sjukgymnast. Det framkommer inte om funktionsbedömningar har genomförts. I dokumentationsgranskningen framgick att man inte arbetar med fallpreventivt arbete på enheten.

2 Inledning

2.1 Beskrivning av enheten

Brostugegården drivs av Brostugegården AB. Verksamheten har totalt 29 platser (Uppsala kommun har 25 av platserna). Huvuddelen av enheten är belägen vid Fyrisåns utlopp i Ekoln med 25 platser (3 avdelningar och gula huset), 3 platser på Grisslevägen samt en utslussningslägenhet på Blomdahlsvägen. I dagsläget bor 15 män och 14 kvinnor på Brostugegården, ålder 23-89 år. Samtliga boenden har psykiskfunktionsnedsättning t.ex. psykosjukdom, tvångssyndrom, bipolära sjukdom, schizofreni.

2.2 Syfte

Kontorets uppföljning syftar till att:

- Kommunfullmäktiges och NHO's beslut och viljeinriktning följs
- NHO erhåller det som avtalats
- Den enskilde erhåller beslutade insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL)
- Den enskilde erhåller vård som denne har behov av, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

2.3 Metod

Intervjuer har genomförts med verksamhetschef, biträdande föreståndare samt personal på verksamheten.

Dokumentationsstudier, tex av arbetsscheman/bemanning och arbetsordning.

Journalgranskning (2012-02-21) har utförts inom lagrummen SoL och HSL.

Intervjuer med 5 av 25 boenden har genomförts av placerande myndighet med fokus på frågor kring bemötande, tillgänglighet, delaktighet, måltider, sysselsättning/aktiviteter.

3 Redovisning av Kontoret för hälsa, vård och omsorgs planerade avtalsuppföljning

Under respektive rubrik nedan framgår ska-krav enligt förfrågningsunderlaget som nämnden för vuxna med funktionshinder har ställt på utföraren. Därefter följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentaren kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

3.1 Upplevelsekriterier

Nämnden för hälsa och omsorg (NHO) har antagit upplevelsekriterierna *trygghet, oberoende, respektfullt bemötande, delaktighet* samt *inflytande*. Dessa ska genomgå alla verksamheter som bedrivs på uppdrag av nämnden

Vid intervjutillfället var det oklart om upplevelsekriterierna var kända. Ledningen uppgav att dessa inte direkt diskuteras i verksamheten men att de arbetar så klart utifrån dessa faktorer, det ingår naturligt i det dagliga arbetet.

Medarbetarna ansåg att upplevelsekriterierna ligger som grund för deras arbete.

Verksamheten försöker få den enskilde så delaktig som möjligt i sin vård och omsorg. Ett forum för detta, som lyfts fram vid intervjuerna, är brukarråd. Där kan de boende framföra sina önskemål och synpunkter, dessa möten hålls enligt uppgift var 3:e eller var 4:e månad.

Vid intervjun överlämnades ett exempel på "arbetsordning" (för nio av de boende), där det framgår vilka boende klarar sina vardagsgöromål självständigt och vilka boende har behov av personalens stöd/påminnelse. Det framgår också hur de boende vill att mat/måltider ska ordnas.

I arbetsordningen framgår också vilka personalrutiner gäller under veckans alla dagar b.l.a. för iordningställande av frukost/lunch/middag, tillsyn av terapin, tider för personalens raster, stöd till boende samt "all övrig tid social samvaro".

I intervjuerna med några boende beskrivs en otillfredsställelse gällande delaktighet och inflytande i sin vård och omsorg. Det förefaller också oklart för en del intervjuade rutiner angående brukarrådet.

Kontorets kommentar

HVK ser att nämndens upplevelsekriterier inte är kända för personalen i verksamheten. Vid journalgranskning konstaterades att det inte gick följa i dokumentationen hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande av en individuell vård utifrån den enskildes behov. HVK har svårt att se att delaktigheten uppnås genom brukarråd som hålls var 3:e eller var 4:e månad. Därmed ställer sig HVK frågan hur verksamheten arbetar med framtagandet av "arbetsordning" utifrån upplevelsekriterierna bl.a. så de boende upplever trygghet, görs delaktiga samt får inflytande i sin vård och omsorg.

HVK begär in redogörelse hur verksamheten ska arbeta för att uppnå nämndens intention med upplevelsekriterierna.

3.2 Samverkan

Ska -krav

- **ska** ha utarbetade rutiner för att samverka med närstående och andra viktiga personer för den enskilde sker, utifrån den enskildes samtycke.
- **ska** samverka med berörda enheter inom Uppsala kommun och andra huvudmän med den enskildes behov i fokus.
- **ska** samverka med ideella organisationer med syfte att den enskilde får en ökad livskvalitet.

Vid intervjutillfället framkommer att samtliga intervjuade upplever att det finns en god samverkan med de boendes anhöriga. Många har anhöriga som bor långt bort men verksamheten berättar att de håller en kontinuerlig och god kontakt via telefon och brev/mejl. Det framkommer vid intervjun att inga anhörigräffar äger rum i verksamheten just på grund av de anhörigas geografiska avstånd. Verksamheten har inga planer på att arrangera träffar då det upplevs som tillräckligt med den kontakt som sker idag.

Samtliga intervjuade framför att samverkan med andra huvudmän och producenter fungerar bra, som exempel nämns Gottsunda psykos/rehab, östra Årsta, Kungsgatan 38, landstinget.

Verksamheten samverkar också med ideella organisationer t.ex Gottsunda kyrkan,

missionskyrkan.

Samverkan med olika träffpunkter bland annat Gränden, Lindormen, Seminariegatan och Tinget är en stor del i verksamheten då flertal av de boende dagligen besöker dessa verksamheter.

Kontorets kommentar

HVK bedömer att Brostugegården fungerar på många sätt inom detta område. Dock vill kontoret understruka vikten av samverka med närstående och andra viktiga personer för den enskilde. Även om *personalen* upplever att inget behov finns idag t.ex gällande anhörigträffar, måste verksamheten vara uppmärksam på att behovet kan förändras. Verksamheten ska ha strukturerat arbetssätt gällande denna fråga så att de boendes behov och önskemål tas till vara. HVK begär in en redogörelse hur verksamheten kommer att arbeta med frågan. Vid dokumentationsgranskningen kunde man inte se samverkan med andra professioner.

3.3 Bemanning, personal, kompetensutveckling och handledning

Ska -krav

- På enheten **ska** finnas kompetent arbetsledning samt en uttalad ersättare för denne.
- Verksamhetschef **ska** finnas enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för verksamhetens hälso- och sjukvård.
- Verksamhetschefen **ska** ha en relevant examen med minst 3 årig högskoleutbildning.
- Personalbemanning **ska** finnas som säkerställer att den enskilde garanteras god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt som framgår av lagarna.
- Personal **ska** finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård, behandling, habilitering/rehabilitering och stöd
- Kompetensutveckling och handledning **ska** tillhandahållas till all personal
- Verksamheten **ska** ha dokumenterade rutiner för att bedriva kvalitetsutveckling på alla nivåer inom verksamheten

Vid intervjuerna framkom att verksamhetschefen har relevant kompetens, grundutbildning som sjuksköterska med vidareutbildning som distriktssköterska samt mångårig erfarenhet av chefskap. På enheten finns en uttalad ersättare för verksamhetschefen.

Biträdande föreståndare är behandlingsassistent med lång erfarenhet inom yrket.

De flesta i personalgruppen är utbildade undersköterskor, mentalskötare eller behandlingsassistenter.

Vid avtalsuppföljningen framkommer att bemanningen är

måndag-fredag:

- 07,30-13,30 4 personal samt verksamhetschef
- 13,30-16,30 5 personal samt verksamhetschef
- 16,30-21,00 1 personal
- 16,20-07,40 1 person (sovande jour)
- 07,30-16,30 1 person arbetar med administration, personalfrågor, fastighetsskötsel samt viss beredskap och går in som vikarie vid behov.

lördag-söndag

- 07,30-14,30 3 personal
- 14,30-16,30 4 personal
- 16,30-21,00 1 personal
- 16,20-07,40 1 person (sovande jour)

Varje dag arbetar en kökspersonal av två (87 % / 85 %)

Samtliga intervjuade berättar att inga nedskrivna kompetensutvecklingsplaner finns upprättade, endast muntliga.

Ledningen framför att personalen i höstas gick en brandutbildning och att verksamheten planerar under 2012 att ge personalen mer utbildning inom bemötandefrågor samt inom området hot och våld, hur det förhindras att sådana situationer uppstår.

På frågan om handledning tillhandahålls personalgruppen är svaret att detta ges vid behov. Ledningen framför att det är Gottsunda psykos- och rehabiliteringsteam som handleder personalen vid brukarrelaterade frågor och vid personalfrågor menar ledningen att dessa också skulle nyttjas till detta om behov uppstod.

Vidare uppger samtliga intervjuade att arbetsplatsträffar inte sker strukturerat i verksamheten. Ledningen framför att personalmöten sker vid behov och att de som arbetar för dagen har kortare sittningar tillsammans och där kan det som behövs lyftas komma fram. Enligt ledningen är det ” så öppna dörrar här ” och genom detta finns inget behov av fler möten, utan allt som behöver tas upp till diskussion kan göras det direkt. Ledningen lyfter också fram verksamhetens hemsida som ett forum för de anställda att ta del av information. Personalen framför dock ett behov och önskan om mer kontinuerliga träffar. Planeringsdagar efterfrågas också då detta inte heller förefaller äga rum i verksamheten.

När det gäller hot och våld finns nedskrivna rutiner i verksamheten och dessa förefaller vara kända och implementerade i personalgruppen.

Kontorets kommentar

HVK konstaterar att Brostugegården har en verksamhetschef som uppfyller kraven om kompetens och erfarenhet.

HVK bedömer att Brostugegården inte uppfyller kraven gällande kompetensutveckling och handledning då inga nedskrivna individuella kompetensplaner finns upprättade, ingen handledning ges. Vidare bedömer HVK att Brostugegården inte uppfyller kraven gällande kvalitetsutveckling då inga planeringsdagar anordnas och strukturerade arbetsplatsträffar inte förekommer.

HVK begär in en redogörelse hur verksamheten kommer att arbeta med kompetens-, och kvalitetsutveckling. HVK begär att verksamheten redovisar dokumenterade rutiner för hur kvalitetsutveckling ska bedrivas på alla nivåer inom verksamheten.

HVK konstaterar att den i anbudet angivna bemanningen skiljer sig från bemanningen som redogjordes vid avtalsuppföljning.

HVK begär in en redogörelse angående bemanning.

I sjuksköterskans journaler saknades anamneser och aktuella status. Ingen notering om att läkemedelsgenomgångar var gjorda hos någon av de boenden. Det framgick inte i dokumentationen om man arbetar med fallpreventivt arbete på enheten.

I behandlingspersonalens dokumentation saknas beställningar, målformuleringar och genomförandeplaner och kontaktman i samtliga granskade journaler. I den löpande texten kunde man inte följa en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande gick inte att följa i dokumentationen.

Sjuksköterskans journaler satt i gemensam pärm som var uppdelade efter respektive hus/våning/adress. Journalpärmarna förvarades i bokhylla. Behandlingspersonalens journaler satt i pärmar fördelade utifrån kontaktman, det förekom 5-6 journaler i samma pärm.

Vid intervjutillfället uppgav personalen att pärmarna förvaras i ett låst, ej brandsäkert, skåp. Enligt personalen har varje boende en individuell akt i datorn men de visste inte hur dessa sparas, på USB- minne eller på hårdisken.

Vid intervjutillfället framkommer att personalen inte fått någon utbildning i SoL dokumentation. Kunskapen hur de ska journalföra har förmedlats via biträdande föreståndare.

Vid avtalsuppföljningen uppger ledningen att alla boende utom en person (som själv inte vill) har en genomförandeplan. Vid upprättande av planen medverkar någon från ledningen, den enskilde om denne vill, godman/förvaltare, kontaktperson och anhöriga om de vill/har möjlighet. Genomförande planer har inte skickats till beställande myndighet, ledningen säger att ingen har frågat efter dessa.

Kontorets kommentar

HVK kräver att aktuella Genomförandeplaner skall omedelbart insändas till myndigheten. HVK begär även att både sjuksköterskans och boendepersonalens dokumentation åtgärdas omgående i enlighet med protokoll från dokumentationsgranskning. Förvarning av journaler ska ordnas enlighet med socialstyrelsens föreskrifter.

3.6 Kontaktmannaskap

Ska -krav

- Dokumenterade rutiner **ska** finnas för kontaktmannaskap.
- Den enskilde **ska** erbjudas en kontaktman vid inflyttning

Vid intervjutillfället framkommer från samtliga yrkeskategorier att alla boende vid Brostugegården har en kontaktman och all personal förefaller vara insatta i vad denna roll innebär. Personalen uppger att den enskilde vet vem som är utsedd till dennes kontaktman.

Kontorets kommentar

HVK bedömer att Brostugegården har ett fungerande kontaktmannaskap.

3.4 Avvikelse och klagomålshandling

Ska -krav

- Dokumenterade rutiner **ska** finnas för avvikelshantering, Lex-Maria anmälan samt Lex-Sarah anmälan.
- Dokumenterade rutiner för synpunkts/klagomålshandling **ska** finnas där det framgår tydligt till vem den enskilde ska vända sig för att på ett enkelt sätt lämna synpunkter på verksamheten.
- Inom sju dagar **ska** den enskilde få en återkoppling på framförda synpunkter/klagomål.

Vid avtalsuppföljning framkommer att rutin för avvikelser finns och är känd hos personalen. Det framkommer också att en rutin för både skriftliga och muntliga synpunkter/klagomål finns i verksamheten och denna förefaller också vara förankrad hos personalen. Dock uppgav medarbetarna att det råder oklarheter hur dessa återkopplas till den enskilde och till personalen gällande brister i verksamheten.

Både ledning och personal kände till Lex Sarah och Lex Maria dock kände inte medarbetarna till de uppdateringar som trädde i kraft 1:a juli 2011 gällande Lex Sarah.

Kontorets kommentar

Vid verksamheten förefaller rutiner för HSL-avvikelse finnas och vara implementerade i personalgruppen. Dock fanns bristande kunskap gällande de nya bestämmelserna om Lex Sarah som trädde i kraft 1:a juli 2011. HVK framför krav på att rutin för Lex Sarah ska arbetas fram och förankras i personalgruppen. Vidare bedömer HVK att verksamheten inte har ett systematiskt klagomålshandlingssystem, då det råder oklarheter hur återkoppling sker till enskild och till personal vid påtalade/inkomna synpunkter och klagomål. Detta försvårar även egenkontrollen av verksamheten. Rutiner för detta ska arbetas fram.

3.5 Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner

Ska -krav

- Journalföring av hälso- och sjukvård och dokumentation SoL **ska** föras och förvaras i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter.
- En genomförandeplan **ska** upprättas senast 14 dagar efter inflyttning och undertecknas av den enskilde eller dennes företrädare
- Kopia på genomförandeplan **ska** snarast insändas till myndigheten
- Det **ska** finnas dokumenterade rutiner för att den enskilde **ska** ges största möjliga inflytande i sin vardag
- Brukarråd **ska** kontinuerligt hållas på boendet

På enheten sker informationsöverföring skriftligt och vid muntlig rapport morgon och kväll.

Enligt rapport från dokumentationsgranskningen 2012-02-12 är både sjuksköterskans och behandlingspersonalens dokumentation bristfällig.

3.7 Kultur och fritidsaktiviteter

Ska -krav

- Kultur, fritidsaktiviteter och sysselsättning som har angivits i genomförandeplanen **ska** genomföras och dokumenteras
- Vid behov **ska** personal eller en annan lämplig person följa med den enskilde till läkare tandläkare, frisör, utevistelse, sociala och kulturella aktiviteter

Vid intervjutillfället framkommer att alla boende erbjuds minst en aktivitet per vecka, både individuella och i grupp. Gruppaktiviteter kan vara allt från stora utflykter med övernattnig till olika mindre utflyktsmål såsom t.ex. dagsturer till bland annat Ulva kvarn eller Botaniska trädgården. Alla är inte lika motiverade till aktiviteter, men personalen uppger att de inte ger sig utan motiverar och försöker om och om igen. Verksamheten tänker på att anpassa aktiviteterna utifrån den enskildes behov t.ex. de som har ett försämrat hälsotillstånd erbjuds aktiviteter som är anpassade till deras förmågor och kan t.ex. vara att gå på dagliga men kortare promenader eller aktiviteter i närområde.

När det gäller framtagandet av förslag och önskemål om olika aktiviteter har alla kontaktpersonerna fått uppdraget att tillsammans med sin brukare ta fram detta. Grunden är att motivera de boende att göra saker, att få dem förstå att de mår bättre av att aktivera sig både individuellt och i grupp. En del av de boende gör aktiviteter på egen hand, någon tränar på friskis & svettis och en annan går på fotbollsträning etc. Vidare framkommer att en boende nyligen läst in gymnasiekompetens och en annan har läst och utbildat sig till undersköterska.

Kontorets kommentar

HVK ser att verksamheten erbjuder varierande utbud av gruppaktiviteter och att verksamheten aktivt och engagerat arbetar för att ta fram förslag på olika aktiviteter.

Detta kan vara en svårmotiverad grupp men HVK konstaterar att verksamheten aktivt strävar efter att erbjuda aktiviteter både gemensamt och efter de enskildas individuella behov och önskemål.

3.8 Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov

Ska -krav

- Hälso- och sjukvård **ska** tillhandahållas enligt HSL
- Vård, omsorg och behandling **ska** bedriva enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.
- dokumenterade rutiner **ska** finnas för att tillämpa ett aktivt behandlande/rehabiliterande arbetssätt.
- Behovet av hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå **ska** tillgodoses dygnet runt.
- För verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård **ska** en verksamhetschef jämlikt 29§ HSL finnas för verksamheten. Utsedd person ska rapporteras till beställaren.
- Vid behov ska kontakt tas med läkare. Den enskilde ska vara listad hos en husläkare inom primärvården.

- Behov av insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast **ska** tillgodoses.
- Verksamheten **ska** informera och följa landstingets tandvårdsreform
- Verksamheten **ska** tillhandahålla medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Vid intervjutillfället framkommer att verksamhetschefen är sjuksköterska, MAS samt underlagsutfärdare av tandvårdsintyg. Personalen har delegering av mediciner och insulin. Verksamheten har inte anställt arbetsterapeut/sjukgymnast. Verksamhetschefen säger att de har god kontakt med distriktsarbetsterapeut och sjukgymnast i Gottsunda. Personalen berättar att de ringer till husläkaren om någon boende har behov av tjänster från arbetsterapeut eller sjukgymnast. Personalen säger också att de känner sig säkra när dessa yrkeskategorier ska kontaktas.

Kontorets kommentar

HVK ställer sig frågande hur ledning/personal kan göra bedömningen när någon boende har behov av tjänster från arbetsterapeut/sjukgymnast. Det framkommer inte om funktionsbedömningar har genomförts. I dokumentationsgranskning framgick att man inte arbetar med fallpreventivt arbete på enheten.

4 Kontorets begäran om handlingsplan

Vid uppföljning uppmärksammades brister inom sex områden i förhållande till avtalet.

Kontoret begär att Brostugegården AB senast den 20 maj 2012 återkommer med en handlingsplan (bifogas) som visar hur bristerna ska åtgärdas samt adekvat tidplan för detta arbete.

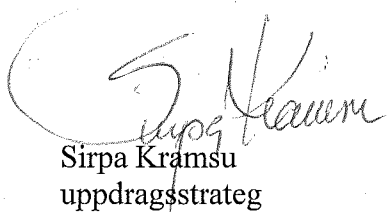
Handlingsplanen enligt bifogad mall ska skickas med e-post till halsa-vardotsorg@ uppsala.se med angivande av diarienummer.

Beslut: att överlämna denna rapport till Brostugegården AB för åtgärd.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg, avdelningen för avtal och uppföljning



Tomas Odin
Avdelningschef



Sirpa Krämsu
uppdrafsstrateg

Mia Gustafsson
Uppdrafsstrateg

Datum 201-02-24

Rapport från dokumentationsgranskning vid Brostugegården AB 2012-02-21**Sammanställning**

Sjuksköterskans dokumentation bedöms som bristfällig då vårdprocessen inte gick att följa. Enligt de riktlinjer som finns i Uppsala kommun ska det finnas upprättade individuella vårdplaner vilket saknades i den granskade dokumentationen. Det framgick inte i dokumentationen om man arbetade med fallpreventivt arbete på enheten.

Behandlingspersonalens dokumentation bedöms som bristfällig då det inte fanns fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Dokumentationen uppvisar brister på beslut och åtgärder som ska vidtas i ärendet samt påvisar inte heller faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. Någon samverkan mellan professionerna kunde inte ses i dokumentationen.

Bakgrund

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen process, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva en individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde. I behandlingspersonalens dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att alla professioner i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation runt den enskilde

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Brostugegården AB. Syftet med granskningen var att se om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Sjuksköterskans och behandlingspersonalens dokumentation granskades på 20 % av de boende vid Brostugegården.

Resultat

I sjuksköterskans journaler saknades anamneser och aktuella status. I löpande text framgick problem, åtgärder som vidtagits samt resultat av åtgärd. Aktuella läkemedelslistor fanns. Ingen notering om att läkemedelsgenomgång var gjord hos någon av de boende. En aktuell vikt fanns noterad. En boende hade erbjudits munhälsobedömning -2010. Det framgick inte i dokumentationen om någon hade fallrisk. Samverkan med övriga professioner kunde inte ses i sjuksköterskans dokumentation.

I behandlingspersonalens dokumentation saknas beställningar, mål formulering och genomförandeplaner och kontaktman i samtliga granskade journaler. I den löpande texten kunde man inte följa en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande gick inte att följa i dokumentationen. Individuella aktiviteter var noterat i samtliga av de granskade journalerna. I en av journalerna framkom i den löpande texten händelser av betydelse. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick inte att utläsa, däremot framkom i enstaka journaler samverkan med andra aktörer i samhället såsom tandläkare eller andra verksamheter.

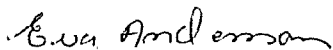
Kommentar

Sjuksköterskans journaler satt i gemensamma pärmar som var uppdelade efter respektive hus/våning/adress. På registrets försättsblad i respektive pärm stod förnamn under vilken flik journalen satt. Registren var slitna och det var svårigheter att hitta rätt flik. Journalerna var ostrukturerade. Privata och SoL dokument fanns i sjuksköterskans journaler. Det saknades lista för signaturförtydligande. Journalpärmarna förvarades i bokhylla.

Behandlingsspersonalens journaler satt i pärmar fördelade utifrån kontaktman (notering gällande kontaktman saknades i den skrivna dokumentationen) förekom ca 5-6 journaler i samma pärm.

Bedömning

Sjuksköterskans och behandlingsspersonalens dokumentation bedöms som bristfällig.



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Bilaga 2

UPPSALA KOMMUN	
NÄMNDEN FÖR HÄLSA OCH OMSORG	
2012-05-21	
NH VFN-2011-0153.33	
Sivona Krausli	bilaga 2

BROSTUGEGÅRDEN AB

SVAR

AVTALSUPPFÖLJNING

VFN-2011-0153

Bifogas:

Brev

Handlingsplan

Bilagor:

1. Åtgärd "Upplevelsekriterier
2. Åtgärd "Samverkan"
3. Åtgärd "Kompetensutveckling, kvalitetsutveckling, bemanning"
4. Åtgärd "Avvikelser och klagomålshantering"
5. Åtgärd "Informationsöverföring dokumentation och genomförandeplaner"
6. Åtgärd "Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov"

BROSTUGEGÅRDEN AB

HVK
Sirpa Kramsu

Svar och handlingsplan ang. VFN-2011-0153

Vi har tagit del av Er rapport från avtalsuppföljningen vid Brostugegården.

Rapporten beskriver, enligt vår tolkning, att det direkta arbetet kring den boende, med aktiviteter, aktiva och välutbildade kontaktpersoner och engagemanget i gruppen är av god kvalitet.

Ett medvetet arbete har skett över många år för att öka ansvar, delaktighet och engagemang i personalgruppen. Det har givit mycket goda resultat i det dagliga arbetet för den enskilde.

De anmärkningar som angivits gäller i stora delar brister i journalföring och dokumentation.

Eller följer av bristande dokumentation, funktioner finns, men kan inte påvisas i dokumentationen.

Det är påpekanden som vi har förståelse för. Vi ska dokumentera mer och bättre på flera plan.

Verksamheten är sedan drygt ett år inne i en process för att modernisera dokumenthantering på alla nivåer. Inte bara avseende vård och omsorg. Utan även andra funktioner, som flera nyligen övergått till egenkontroll.

Enkelt uttryckt så pågår en datorisering av verksamheten. Det kan ha medfört att normal uppdatering av journal- och dokumenthantering bromsat upp.

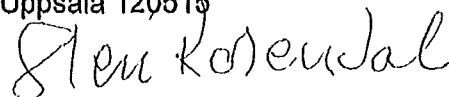
T. ex. skulle vi våren 2011 datorisera journalföring och omvårdnadsdokumentation. Datorer införskaffades. Lokaler iordningställdes, lämpliga program eftersöktes. Då blev vi för första gången informerade om det planerade införandet av Siebel. Och beslutade då att invänta det systemet.

Kvalitetsarbetet är alltså igång avseende journalföring/dokumentation mm. Vi är anmälda till de kurser som annonserats för Siebel och har deltagit i de informationsträffar som hållits.

Ovanstående kan kanske förtydliga vissa svar som lämnats i handlingsplanen.

I bif. Handlingsplan har Tidplan på flera ställen angivits som redovisning 30 sept. På grund av stundande semesterperiod och osäkerhet om Siebels start, ber vi att senast 30 sept. få komma in med en mer exakt tidplan. Gäller i första hand den stora uppgraderingen/omläggningen av vårt journalsystem.

Uppsala 120515



Glen Rosendal, bitr. förest.

Uppföljningsobjekt:

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Upplevelse kriterier Redogörelse hur verksamheten ska arbeta för att uppnå nämndens intention med upplevelsekriterierna.	Bil 1.	SSK	Redov 30/9	SSK + KP		
Samverkan Rutiner för att samverka med närstående och andra viktiga personer för den enskildes skär, utifrån den enskildes samtycke.	Bil 2.	SSK + KP	Start omg 30/9	SSK + KP		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Samverkan med andra professioner na.	Samverkan finns Förbättra dokumentation	SSK	start omg - 30/9	SSK + dokumenterande personal		
Kompetens utveckling Arbetet med kompetensutveckling	Bil. 3.	bitr förest	påbörjat redov 30/9	SSK + bitr förest + personal (grupp)		
Kvalitetsutveckling Dokumentera de rutiner för hur kvalitetsutveckling ska bedrivas på alla nivåer inom verksamheten	Bil 3	bitr. förest	påbörjat redov 30/9			
Bemanning En redogörelse angående bemanning	Bil 3	vd + bitr förest	omg	vd + bitr förest		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Avvikelser Rutin för Lex Sarah och förankring i personalgruppen.	Bilaga 4	SSK	start omg redov 30/9	SSK (mas)		
Klagomåls hantering Rutin för systematiskt klagomålshantering	Bilaga 4	SSK	omg	SSK (mas)		
Genomförandeplaner Aktuella genomförandeplaner skall omedelbart insändas till myndigheten	Bilaga 5	SSK	redov senast 30/9	SSK		
Dokumentation Sjuksköterskans och boendepersonalens dokumentation	Bilaga 5	SSK	redov senast 30/9	SSK		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
n åtgärdas omgående i enlighet med protokoll från dokumentationsgranskning (bilaga 1)						
Dokumentation Förvarning av journaler ska ordnas enlighet med socialstyrelsens föreskrifter.	Bilaga 5	bitr förest	genomfört	SSK/mas		
Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov Bedömning behov av tjänster från arbetsterapeut/sjukgymnast	Bilaga 6	SSK	genomfört	SSK		
Hälso- och sjukvård samt rehabiliteri						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
ngsbehov Har funktionsbedömningar genomförts?	Bilaga 6	SSk	avg redov 2019	SSk		
Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov Fallpreventivt arbete på enheten?	Bilaga 6	SSk	pågående	SSk		

Bilaga 1

Upplevelsekriterier

Personalen fått repeterad info om kriterierna via skriftlig information, samt vid ett möte som behandlade tillsynsrapporten. Mötet hölls 15 maj 2012. Arbetet vid Brostugegården upplevs följa de angivna upplevelsekriterierna. Bristande dokumentation kan vara en orsak till HVK:s anm.

Åtgärd:

Mötet beslutade att en ny inventering görs med varje enskild boende i enkätform.

De angivna kriterierna ska ligga till grund.

Genomförs praktiskt av resp. KP. Sammanställs av ssk.

Åtgärder vidtas utifrån de enskildas beskrivna upplevelser.

Även boenderådets form och frekvens ska revideras efter enkätundersökningen.

Bilaga 2.

Handlingsplan

Samverkan

Vid Brostugegården finns i Checklista för inflytt, samt i anvisning för Kontaktmannaskap angivet att anhöriga och övrigt nätverk ska registreras, och kontaktas. Relationer ska byggas så långt det är möjligt.

Den boendes önskan skall ligga till grund för samverkansformen.

Personalen har mycket god samverkan med anhöriga och andra personer i aktuella nätverk.

De anhörigträffar som hålls sker spontant i de flesta fall. Men även i samband med inflytt eller planering för utflytt till t. ex eget boende. Brostugegårdens personal har vid några tillfällen funnits kvar i nätverket kring boende som flyttat till eget boende. Efter önskemål från anhöriga.

Åtgärd:

Förbättrad dokumentation av anhörig/nätverkskontakterna.

Bilaga 3.

Handlingsplan

Kompetensutveckling, kvalitetsutveckling, bemanning

Brostugegården tillhandahåller kompetensutveckling och handledning.
Inga skrivna kompetensutvecklingsplaner finns.

Åtgärd:

Skrivna planer ska tas fram.

Aktuell kompetensutvecklingsplan innehåller, för vårdpersonalen, utbildning i Siebel samt Social omvårdnadsrapporter. För ssk och bitr. föreståndare väntar utbildning i Siebel och Pascal.

Handledning ges vid behov.

Åtgärd:

Skall fortsättningsvis ges regelbundet.

Ssk gör behovsbedömning och anlitar lämplig handledare.

Kontakter med handledare har tagits.

Regelbundna arbetsplatsträffar hölls fram t o m 120103.

Beslutades sen att ha dessa träffar vid behov, då frågorna var få. Och hela personalen var kallad, vissa med resor på 15 mil.

Med den öppna kommunikationen i gruppen och med ledningen alltid nära, och närvarande, samlas det sällan frågeställningar "på hög" som normalt avhandlas på möten och träffar. Tre rapporttillfällen per dag är också forum där många mindre problem blir lösta. Och information utbyts.

Personalfrågor och information anslås alltid i personalrummet. Skall signeras efter genomläsning sedan 120503.

Åtgärd:

Fastlägger följande mötesordning med start 15 maj 2012: Frukostmöte med tjug personal+ssk varje tisdag 9.30 för info och handledning kring dokumentation och informationsöverföring. Så länge behov kvarstår.

Arbetsplatsträffar var 7:e vecka. Planeringsdag en gång per år, omedelbart efter semestrarna.

Bemanningen har angivits med all personal som avlönas under dygnet. Och alltså är tillgängliga. D v s inklusive den ssk och uska som har beredskap alla kvällar och nätter, bitr. förest. som deltar i vårdarbetet som resurs. Samt administrativ personal och servicepersonal såsom kökspersonal, fastighetskötare och städare.

Bilaga 4.

Handlingsplan

Avvikelser och Klagomålshantering

Rutiner för avvikelser och klagomålshantering finns.

Åtgärd:

Avvikelser

Rutiner och blanketter för avvikelser förevisades personalen vid möte 15 maj. Som repetition av tidigare given info.

Abonnemang har tecknats för Socialstyrelsens elektroniska nyhetsbrev samt Författningshandbok online.

Klagomålshantering:

Dokumenterad rutin för klagomålshantering finns. Utformad enl. krav i samband med tillsyn från Socialstyrelsen. Den befintliga kompletterades och godkändes av Socialstyrelsen 20110419.

Varje boende har fått en blankett med åtföljande information om hur och till vem han kan framföra klagomål. Informationen gavs även muntligt till varje enskild boende i samband med att blanketterna fördelades ut. Ssk har en klagomålsjournal där ärendet följs till avslut. Ett fall har hittills inkommit.

Återkoppling skedde inom 3 dagar.

Punkten lämnas t v utan åtgärd i väntan på HVK:s svar.

Billaga 5

Handlingsplan

Informationsöverföring, dokumentation, genomförandeplaner

Genomförandeplaner uppdateras och kopieras f n.

Åtgärd:

Kommer att insändas snarast.

Dokumentation

Ssk menar att vårdprocessen går att följa.

Läkemedelsbedömning görs vid varje husläkar/psykiatrikerbesök.

Munhälsobedömning är erbjuden samtliga, samt görs kontinuerligt.

Samtliga boende är listade hos tandläk/tsk/thyg.

Signeringslista insatt i pärnarna. (Endast en ssk som skriver journal)

Åtgärd:

Tidigare anlitad extern MAS har konsulteras som behjälplig vid uppgradering av journalföring.

De brister som påtalats kommer att åtgärdas enligt tidsplan.

Omvårdnadspersonal, som inte har uppgraderad utbildning i social dokumentation, ska erhålla det.

Handledare söks f n. Intern utbildning och gemensam genomgång av tillsynsrapportens anmärkningar pågår.

Dokumentation/informationsöverföring skall vara huvudämne på ssk:s frukostmöten med vårdpersonalen som kommer att hållas varje tisdag. Så länge behovet kvarstår.

Timvikarier och personal som arbetar mindre frekvent kommer fortsättningsvis endast att föra daganteckningar, vilka sedan överförs till dokumentation av personal med adekvat utbildning.

Förvaring av journaler

Journalerna flyttade till låsbart skåp på ssk-expedition. Expeditionen är låst när den är obemannad.

Inbrottslarm aktiveras automatiskt vid låsning. Endast behörig personal har tillgång till nyckel till expeditionen. Nyckel till dokumentationskåpet finns på ssk:s nyckelknippa.

Elektroniska lagringsmedia för omvårdnadsdokumentation förvaras i kassaskåp, avskilt från det låsta utrymmet där den fysiska (pappers)dokumentationen förvaras. Endast dokumenterande personal har nyckel till utrymmet.

Vår bedömning är att det torde vara omöjligt för obehörig att komma i kontakt med journaler och dokumentation.

Bilaga 6.

Handlingsplan

Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov.

Primär bedömning av behov av tjänster från arbetsterapeut/sjukgymnast gör av egen heltidsanställd distriktssjuksköterska.

Funktionsbedömningar:

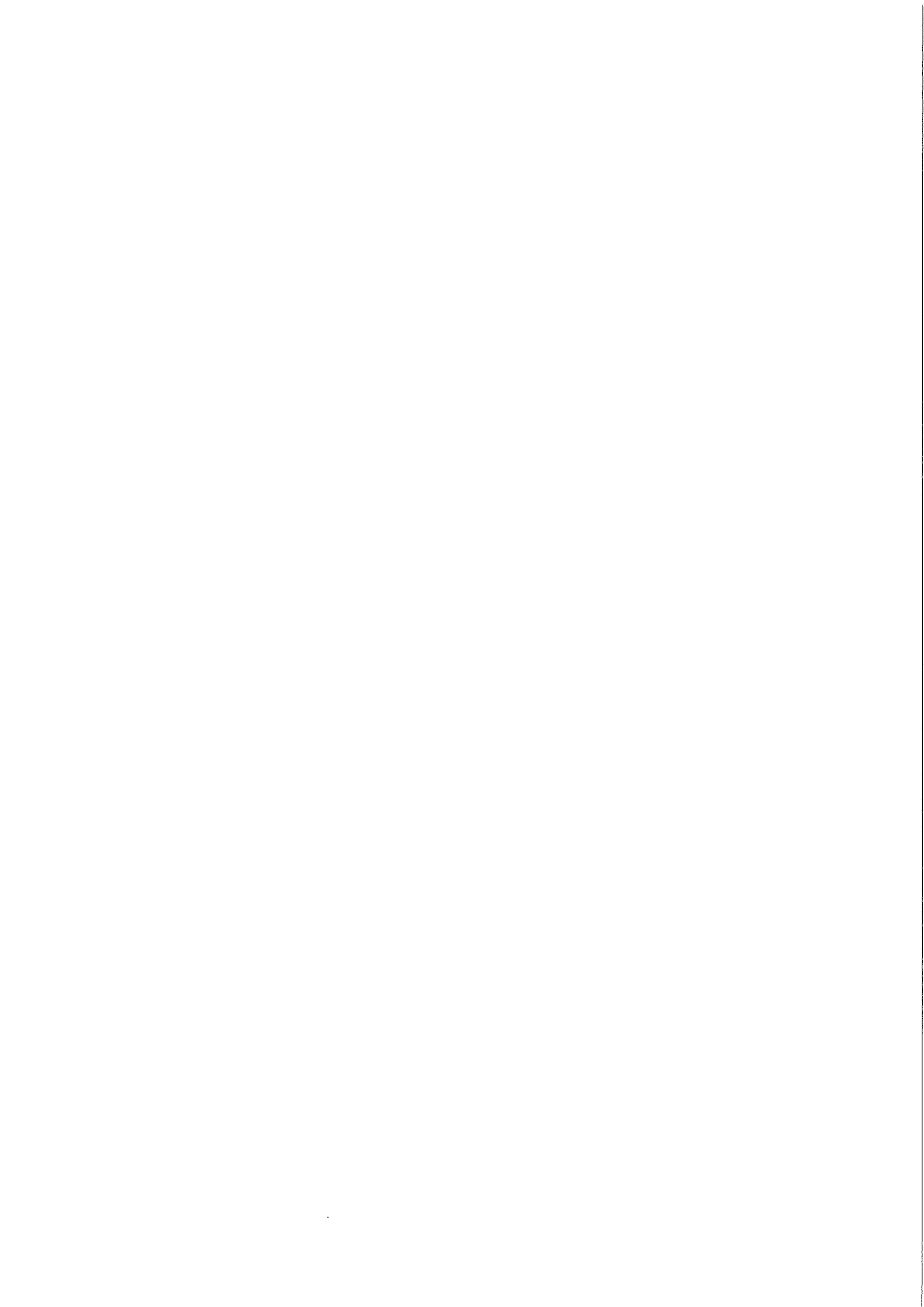
Skär i förekommande fall i samarbete sker med Uppsala Kommuns arbetsterapeut och sjukgymnastik. (Gottsunda).

Fallpreventivt arbete förekommer löpande.

Byte av bostad till markplan för undvikande av trappor förekommer. Rullatorer har rekviderats till de som behöver. Personal finns alltid med vid förflyttningar inom- och utomhus för de som behöver/önskar. För en stor del av de boende har färdtjänst sökts och erhållits.

Riskbedömningar görs även vid fastighetstillsyner och miljöronder. Mattor används, i allmänna utrymmen, endast där det inte utgör någon risk. Räcken har monterats vid 2 entréer som fallpreventiv åtgärd. Samt självfallet i de duschar och toaletter det anses behövas. Duschstolar och toalettförhöjare har rekviderats och används i ett antal lägenheter.

Inga fall finns rapporterade de senaste åren.



Datum 2012-06-21

Rapport från dokumentationsgranskning vid Brostugegården AB, 2012-06-19**Sammanställning**

Sjuksköterskans journaler förvarades i gemensamma pärmar, denna gång mellan två till tre journaler per pärm och där förnamnen stod på pärmryggen.

Sjuksköterskans dokumentation bedöms som fortsatt bristfällig då ingen sammanhållen vårdprocess kunde ses i någon av de granskade journalerna. Problem var inte identifierade, ingen utvärdering var gjord, det saknades anamneser, status och individuella omvårdnadsplaner i samtliga granskade journaler.

Boendeassistenternas dokumentation bedöms som bristfällig då det fortsatt saknas fortlöpande resultat av genomförande av beslut i löpande text. Dokumentationen uppvisade brister på beslut och åtgärder som ska vidtas i ärendet samt påvisade inte faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde via löpande text.

Någon samverkan mellan professionerna gick inte att utläsa i dokumentationen.

Bakgrund

I samband med avtalsuppföljning i februari 2012 genomfördes en dokumentationsgranskning vid Brostugegården AB. Vid denna granskning påvisades brister i dokumentationen gällande sjuksköterskans och boendeassistenternas dokumentation. En ny dokumentationsgranskning genomfördes 19 juni 2012.

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen process, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva en individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde.

I boendeassistenternas dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att alla professioner i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation runt den enskilde

Syfte

Syftet var att på nytt granska sjuksköterskans och boendeassistenternas dokumentation för att se om förbättringar skett och om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Sjuksköterskans och boendeassistenternas dokumentation granskades på ca 20 % av de boende vid Brostugegården vilka beviljats plats genom kontoret hälsa, vård och omsorg Uppsala kommun.

Resultat

I samtliga av sjuksköterskans journaler saknades anamneser, status och individuella omvårdnadsplaner. I löpande text fanns åtgärd och uppföljning noterat. Aktuella läkemedelslistor fanns i samtliga journaler. I dokumentationen kunde samverkan inte ses med övriga professioner.

I flertalet av boendeassistenternas dokumentation fanns beställningar, målformulering och genomförandeplaner. Namngiven kontaktman fanns i samtliga journaler. I den löpande texten kunde man inte följa en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande gick inte heller att följa i dokumentationen. Individuella aktiviteter var noterade i samtliga av de granskade journalerna. I en av journalerna framkom i den löpande texten händelser av betydelse. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick inte att utläsa, däremot framkom i enstaka journaler samverkan med andra aktörer i samhället såsom tandläkare eller andra verksamheter.


Kommentar

Enligt verksamhetschefen finns ingen arbetsterapeut- och/eller sjukgymnastdokumentation på enheten. Då behov funnits har verksamhetschefen konsulterat arbetsterapeut och sjukgymnast vid Björngården (Vård & bildning – Gottsunda Rehab). Således har ingen granskning kunnat utföras vad det gäller dokumentation upprättad av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Förändring som skett av sjuksköterskans journaler sedan tidigare granskning i februari 2012 är att sjuksköterskans journaler nu förvaras i ett låst dokumentskåp. Registren var utbytta men det var svårigheter att hitta rätt flik.

Boendeassistenternas journaler satt i pärmar fördelade utifrån kontaktman med två till tre journaler i pärmen.

Bedömning

Sjuksköterskans och boendeassistenternas dokumentation bedöms som fortsatt bristfällig.



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Datum 2012-10-08

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Brostugegården AB, 2012-10-03**Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva en individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde.

I boendeassistenternas dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att alla professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

Dokumentationsgranskning utfördes vid Brostugegården 21 februari 2012. Vid denna granskning påvisades brister i sjuksköterskans och behandlingspersonalens dokumentation.

Dokumentation gällande eventuella insatser/åtgärder av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast saknades helt på verksamheten. Enligt verksamhetschef utförs dessa insatser/åtgärder av rehab personal vid primärvården eller Vård & bildning (Gottsunda hemvård) då han bedömer att behov finns.

Utifrån detta genomfördes en uppföljande dokumentationsgranskning 16 juni 2012. Vid denna granskning framkom att förbättringsarbeten påbörjats gällande dokumentation både hos sjuksköterskan som hos behandlingspersonalen. Dokumentation utförd av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast saknas helt även vid detta tillfälle.

Syfte

Att på nytt granska dokumentationen för att se om förbättringar har utförts sedan tidigare granskningstillfällen.

Metod

Dokumentationsgranskning utfördes efter slumpmässigt urval på sex kunder som beviljats boende med särskild service från Uppsala kommun.

Kommentar

Enligt information från verksamhetens ledning ska en utbildning påbörjas i social dokumentation under hösten 2012.

Resultat

I sjuksköterskans journaler fanns anamnes och status, vilka var upprättade den 25 september 2012. I tre av journalerna fanns viktkurvor. Några av kunderna hade hjälp med läkemedelshanteringen samt insulingivning dock fanns inga individuella omvårdnadsplaner upprättade på dessa kunder. Få daganteckningar var gjorda, dessa berörde främst den enskildes besök på mottagningar och vilka eventuella åtgärder som gjorts vid besöket, ingen uppföljning eller utvärdering var dokumenterat. Vårdprocessen gick inte att följa. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten kunde inte ses, däremot framgick det samverkan med psykiatri och vårdcentraler. Något fallpreventivt arbete kunde inte ses i den dokumentation som granskades.

I behandlingspersonalens dokumentation fanns beställningar, målformulering och genomförandeplaner samt kontaktman i de granskade journalerna. I den löpande texten kunde man inte följa en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande gick inte att följa i löpande text. Individuella aktiviteter samt gruppaktiviteter var noterat i samtliga av de granskade journalerna men saknade efterkommande uppföljning av resultat. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick inte att utläsa, däremot framkom i enstaka journaler samverkan med andra aktörer i samhället såsom tandläkare eller andra verksamheter.

Dokumentation utförd av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast saknades helt på verksamheten.

Förbättringsområden

- Att enligt de riktlinjer som finns i Uppsala kommun upprätta individuella vårdplaner i sjuksköterskans journaler.
- Att genom register i sjuksköterskans journaler underlätta att hitta de olika dokumenten
- Att arbeta med fallprevention
- Att i dokumentationen synliggöra samverkan mellan de olika professionerna inom verksamheten
- Att i den sociala dokumentationen utveckla och synliggöra den enskildes medverkan samt att man ska kunna följa utförandet med resultat och åtgärd.
- Att upprätta enskilda akter enligt socialtjänstlagen på varje kund.

Eva Andersson
Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Karin Eriksson
Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Eva-Lena Tverå
Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Erik Flodin
Uppföljningsstrateg Sirpa Kramsu

Brostugegården AB

Brostugevägen 15
756 53 Uppsala
018-32 42 11

Sirpa Kramsu
Kontoret för Vård, Hälsa och Omsorg
Uppsala Kommun

Svar till Förbättringsområden och resultat av dokumentationsgranskning

*Uppgivet att IVP saknas för kunder med insulingivning och injektioner.

Svar. IVP finns och har alltid funnits för alla gäster/kunder. Vad som inte funnits är IVP om insulingivning i journal. För de 3 gäster med insulingivning, samt de 4 som erhåller injektioner, finns detta noterat i arbetsbeskrivning och på doskort. I samband med granskningen 121003 framkom att det även ska finnas i journalhandlingarna. Det är åtgärdat 121008.

* Behov av register i varje journal för att underlätta att hitta dokument

Svar: Brostugegården anser inte att behov föreligger då alla journaler är upprättade på samma sätt. För att tillmötesgå önskemålet så är det åtgärdat 121008.

* Arbeta med fallprevention

Svar: Framkom inte på mötet 121003. Se tidigare svar på Avtalsuppföljning VFN-2011-0153 där vi beskriver det fallpreventiva arbetet, samt att inga fall förekommit att dokumentera de senaste åren.

* Att i dokumentation synliggöra samverkan mellan professionerna på Brostugegården

Svar: Brostugegården åtgärdar from 121003

*Social dokumentation. Utveckla och synliggöra enskilda medverkan. Resultat och åtgärd.

Svar: Efter samtal med dokumentgranskare blev det tydligare för personal vad som efterfrågas. Genom utbildning steg 2 kommer detta att bli ännu tydligare och åtgärdas.

*Upprätta enskilda akter på varje kund

Svar. Åtgärdat 121008.

121009
Erik Flodin, verksamhetschef
Brostugegården AB

