

Handläggare
Mia Gustafsson

Datum
2014-11-01

Diarienummer
ALN-2014-0111.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Tavastehus

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

En planerad avtalsuppföljning genomfördes vid vård- och omsorgsboendet Tavastehus 9 april 2014, bilaga 1. I anslutning till detta genomfördes en dokumentationsgranskning, bilaga 2. Uppföljningen visade på brister mot ska-krav och mervärden. Möte hölls med ledningen 6 maj för att i direktkontakt påtala bristerna och utkräva åtgärder, vilket omfattade båda vård- och omsorgsboendena Tavastehus och Glimmervägen. Handlingsplan inkom för Tavastehus 15 augusti 2014, bilaga 3.

Kontoret följde upp åtgärderna vid ett oanmält besök vid verksamheten den 12 september 2014. Ledningen kallades till möte den 18 september för att presentera beskrivna åtgärder i inkommen handlingsplan samt diskutera resultat av det oanmälda besöket. Kompletterande uppgifter till handlingsplanen begärdes inom några få områden, vilket inkom 17 oktober 2014, framgår av bilaga 3. Ledningen kallades därefter till nytt möte den 22 oktober.

Kontorets bedömning är att ett systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete pågår och att åtgärderna som beskrivs i handlingsplanen kommer bidra till att samtliga krav i avtalet kan uppfyllas. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

På grund av bristande bemanning gällande arbetsterapeut har ersättningsreducering tillämpats. Denna har efter vidtagna åtgärder hävts.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf. direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning
Bilaga 2: Resultat av dokumentationsgranskning
Bilaga 3: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2014-06-30

Diarienummer
ALN-2014-0111

Ansvar och Omsorg AB (A&O)
Vård- och omsorgsboende Tavastehus
Verksamhetschef Frida Blom
VD Sakarias Mårdh

Avtalsuppföljning vid Tavastehus vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	A&O Ansvar och Omsorg AB Vård- och omsorgsboende Tavastehus
Adress	Tavastehusvägen 5, 752 63 Uppsala
Verksamhetschef	Frida Blom
Tfn och mailadress	018-4300950 frida.blom@ansvarochomsorg.se
Uppföljning utförd av uppdragsstrateger	Mia Gustafsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef Frida Blom, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, tre omvårdnadspersonal, aktivitetsansvarig. Närvarande under ledningsintervjun var även områdeschef Anneli Eriksson
Totalt antal platser	15 lägenheter
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning demens
Avtal	Dnr: ALN-2012-0199
Avtalstid	2013-10-18--2016-10-17 + 3 år
Datum för uppföljning	2014-04-09

Vård- och omsorgsboendet Tavastehus är beläget i stadsdelen Ekeby väster om Uppsala centrum. Vårdföretaget Ansvar och omsorg AB driver sedan oktober 2013 vård- och omsorgsboendet och totalt inryms 15 lägenheter i byggnaden. Lägenheterna är fördelade på två våningsplan med åtta respektive sju lägenheter på varje plan. Vårdboendet har inriktning demens. Vården och omsorgen ska ge den enskilde möjligheten att bo kvar livet ut. I avtalet ingår förutom Tavastehus även Glimmervägens vård- och omsorgsboende. Verksamhetschefen fördelar sin tid mellan verksamheterna, vilket även gäller arbetsterapeut och fysioterapeut. Avståndet mellan enheterna är ca en kilometer.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Tavastehus. Enheten drivs av vårdföretaget Ansvar och omsorg AB. Kontorets bedömning är att Tavastehus inom många delar fungerar väl, dock finns ett flertal brister mot gällande ska-krav och mervärden. I detta kapitel beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna. De av utföraren valda mervärden presenteras under varje område.

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontoret har följt upp hur utföraren uppfyller gällande avtal inom dessa områden.

Värdegrundsarbete

- Ett stort värdegrundsarbete beskrivs ha startat i verksamheten och ledningen lyfter fram en planering för implementering, vilket kontoret ser positivt på. De lokala värdighetsgarantierna var dock inte kända hos någon av de intervjuade. Kontoret begär i handlingsplan hur detta ska säkerställas i verksamheten.

Arbetsledning och bemanning

- HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har den bemanning som krävs när det gäller omvårdnadspersonal dag och kvällstid. Dock måste en skriftlig rutin som gäller nattbemanning/arbete tas fram för att säkra att enskilda snabbt kan erhålla den hjälp och det stöd denne är i behov av. Denna måste också tydligt implementeras hos samtliga i personalgruppen. Kontoret begär en tydlig redogörelse över ovanstående aktiviteter för att säkra detta i verksamheten.
- Kontoret ställer sig tveksam till om bemanningen gällande arbetsterapeut och fysioterapeut är tillräcklig, se vidare under avsnitt 3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov.
- Grundläggande ska-krav gällande forum för handledning och reflektion kring bland annat arbetsuppgifter och arbetssätt bedöms inte helt tillgodosett. All personal har inte kännedom om när dessa forum äger rum. Kontoret förutsätter att detta tydliggörs för all personal.

Av utföraren utlovade mervärden

Ansvarig chef ska finnas på boendet alla vardagar minst sex timmar per dag måndag-fredag. Vid frånvaro p.g.a semester, sjukdom som är längre än en vecka skall ersättare finnas. Då mervärdet omfattar de båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen bedömer kontoret mervärdet som uppfyllt. Dock begärs kompletterande svar i handlingsplan.

Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Kompetens och utbildning

- HVK ser att ett stort arbete pågår med att kartlägga omvårdnadspersonalens utbildning/kompetens och behov av vidare kompetensutveckling, vilket är positivt. En väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns.

Av utföraren utlovat mervärde

All personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Kontaktmannaskap

- Kontoret ser positivt på att anhörigombud ska utbildas. Alla som bor på Tavastehus har en kontaktman och innebörden av denna roll förefaller vara implementerad. Kontoret kan dock inte se hur verksamheten arbetar med att fånga de enskildas, utifrån deras förmåga, inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges. Kontoret begär i handlingsplan hur verksamheten ska säkra detta.
- Kontoret konstaterar att verksamheten inte infört brukarråd vilket är ett ska-krav. Ledningen framför dock att detta är på gång och beskriver hur planeringen ser ut, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret önskar dock att få denna planering beskrivet i handlingsplan.

Kost och måltider

- Kostombud finns på verksamheten. Det är positivt att personalens luncher är planerade att inte sammanfalla med de boendes och att personalen tillämpar pedagogiska måltider. Dock förefaller de enskildas individuella behov och önskemål inom området inte tillgodoses fullt ut. HVK noterar det motsägelsefulla i att de boende bestämmer vart de vill sitta vid måltiderna men tillfrågas inte om sina önskemål rörande maten som serveras.
- Såväl intervjuad personal som HVK ser att Tavastehus har flera förbättringsområden att arbeta vidare med inom området och begär i handlingsplan en redogörelse som beskriver de åtgärder som verksamheten måste vidta.

Av utföraren utlovat mervärde

Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning. Kontoret bedömer mervärdet delvis uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

- HVK anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses men likt ledningen ser kontoret att detta är ett utvecklingsområde för verksamheten och förutsätter att detta omgående startar. Kontoret noterar att kulturombud finns i verksamheten men inte volontär-/frivilligombud. Kontoret ser att verksamheten har ett samarbete med den

ideella sektorn men anser att detta område skulle utvecklas vidare om ett ombud utsågs med tydligt uppdrag. Kontoret förutsätter att detta sker omgående.

Av utföraren utlovade mervärden

Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Var och en som bor på boendet ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme per vecka (gäller ej utförande av personlig omvårdnad eller hjälp med bostad). Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater mm ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp. Kontoret ställer sig tveksamt till att mervärdet uppfylls. HVK begär handlingsplan.

Den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Hälso-och sjukvård

- HVK bedömer att hälso- och sjukvården fungerar bra till stora delar och att flertalet krav är uppfyllda. Verksamheten arbetar dock inte i de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior Alert. Ledning och legitimerad framförde en medvetenhet om detta och underströk att kontakt ska tas med utvecklingsledaren för att få hjälp att starta detta arbete, vilket kontoret förutsätter sker omgående.

Av utföraren utlovat mervärde

En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar. (Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen) Kontoret bedömer inte mervärdet uppfyllt. HVK begär handlingsplan.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- Kontoret bedömer att Tavastehus har flera brister inom detta område och att resurser inte finns i tillräcklig omfattning så att en god och säker vård kan bedrivas. Kontoret begär i handlingsplan en tydlig redogörelse hur detta ska åtgärdas.

Av utföraren utlovat mervärde

En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka. (Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen) Kontoret ställer sig tveksam till om mervärdet uppfylls. HVK begär handlingsplan.

En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka. (Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen) Kontoret ställer sig tveksam till om mervärdet uppfylls. HVK begär handlingsplan.

Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema. Kontoret bedömer mervärdet delvis uppfyllt. Detta säkerställs via den dagliga planeringen och genom uppföljning på teamträffarna dock inte via signeringslistor på utförd arbetsuppgift och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %. Aktiviteten sker i grupp eller individuellt. Den individuella aktiviteten sker efter remiss från legitimerad personal/chef. Kontoret bedömer mervärdet som uppfyllt.

Informationsöverföring och dokumentation

- Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 7 april vid verksamheten och där framkom ett flertal brister, se bilaga 1. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen. Kontoret begär även svar i handlingsplan hur informationsöverföringen mellan de olika arbetspassen ska säkras i verksamheten.

Avvikelse och klagomålshantering

- Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelshantering finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkter och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap 5 §§6-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

Se vidare under respektive område i rapporten för utförligare beskrivning kring områdena.

1.2 Krav på åtgärder

Handlingsplan för ovanstående brister ska inkomma till HVK senast den 15 augusti 2014, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område. Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

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

Utföraren ansvarar för att ovan begärda redogörelse inkommer till HVK inom utsatt tid. Det åligger även utföraren att vidta omedelbar rättelse vid brister mot gällande avtal.

2. Inledning

Vård- och omsorgsboendet Tavastehus drivs av Ansvar och Omsorg AB på uppdrag av Uppsala kommun. Företaget är relativt nytt i kommunen och Tavastehus är den andra upphandlingen (tillsammans med Glimmervägen) där Ansvar och Omsorg lämnade mest fördelaktiga anbud och fick uppdraget att driva vårdboendena.

Äldrenämnden beslutade om en ny upphandlingsform under 2011 som innebar en förändring från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud. Företaget driver sedan oktober 2012 ett annat vård- och omsorgsboende i kommunen under samma premisser. Förändringen från tidigare förfrågningsunderlag är ett tillägg av åtta utvärderingsområden innehållande 13 mervärden där utföraren själv får välja att erbjuda en högre kvalitet/mervärde utöver de ska-krav som är obligatoriska. Ansvar och Omsorg AB valde att erbjuda en högre kvalitet/mervärde inom samtliga åtta utvärderingsområden. Som tidigare nämnts omfattar denna upphandling två vård- och omsorgsboenden, Tavastehus och Glimmervägen, och ses i avtalet som en upphandlad enhet. Glimmervägen är ett vård- och omsorgsboende med inriktning omvårdnad och demens och inrymmer totalt 50 lägenheter fördelade på tre plan.

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad oktober 2013, är nämndens uppföljningsarbete ett verktyg för såväl nämnden som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Syftet med förbättringsarbetet är att medborgare och enskilda stödanvändare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till såväl lagstiftning som den enskildes förväntningar.

2.2 Syfte och avgränsningar

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. Kontoret har inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner och dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Kontorets bedömning utgår således från den muntliga information som lämnats vid intervjutillfället. Kontoret har fokuserat på mervärden och valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3 Metod

Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten, vilka hölls separat med respektive profession. Dock intervjuades aktivitetsansvarig och arbetsterapeut tillsammans den 25 april då dessa inte fanns tillgängliga i samband med uppföljningstillfället 9 april då övriga intervjuer genomfördes.

- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar har genomförts inom lagrummet socialtjänstlagen (SoL)
- Granskning av personalschema har skett för samtliga yrkeskategorier
- Övriga dokument som granskats är bland annat material kring värdegrundsarbete, rutin för fallprevention, och beskrivning/sammanställning över mötesstrukturer och ombudsroller i verksamheten och syfte med dessa

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten under intervjuerna, kopplat till förfrågningsunderlagets ska-krav, valda utvärderingsområden/mervärden samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

3.1 Värdegrundsarbete

3.1.1 Iakttagelser

Äldrenämndens antagna värdegrund är inte känd hos alla intervjuade och förefaller därmed inte vara implementerad i verksamheten. Företagets egen värdegrund är väl känd och dess grundläggande värdeord liknar i mångt och mycket äldrenämndens. De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde i februari 2013 i Uppsala kommun var inte på något sätt kända hos de intervjuade.

Ett gediget värdegrundsarbete beskrivs av samtliga intervjuade dock vara på gång i verksamheten. Tillvägagångssättet/metoden benämns ”Trappan” och utgår ifrån Socialstyrelsens arbetsmaterial och sker i flera steg både på individ och gruppnivå. Planeringen är att i denna ska både äldrenämndens värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna ingå.

Ledningen berättade vidare att en person ur personalgruppen precis genomgått en värdegrundsutbildning (2 dagars utbildning i egen regi) och är utsedd som värdegrundsledare. Denna är tänkt att driva och utveckla värdegrundsarbetet på Tavastehus. Värdegrundsledaren är tänkt att, när alla gått klart alla delar enligt ”Trappan” starta upp olika diskussionsgrupper bland omvårdnadspersonalen där fokus/tema är värdegrundsarbete.

Det beskrivs av samtliga intervjuade att en planeringsdag hölls inledningsvis när företaget tog över verksamheten där värdegrundsarbetet genomfördes dagarna. Företagets värdegrund uppges av ledning och legitimerad personal vara en stående punkt på de arbetsplatsträffar (APT) och teamträffar samt kvalitetsråd som äger rum i verksamheten.

3.1.2 Kontorets kommentarer

Ett stort värdegrundsarbete har startat i verksamheten och ledningen lyfter fram en planering för implementering, vilket kontoret ser positivt på. Äldrenämndens antagna värdegrund var inte känd i verksamheten men ingår i ovanstående process. Dock förefaller tidsplanen för detta arbete vara oklart.

De lokala värdighetsgarantierna var inte kända hos någon av de intervjuade. Kontoret understryker vikten av att implementera och tydligt säkerställa att samtliga berörda (boende, närstående, personal) har information om vad de lokala värdighetsgarantierna innebär och vilket utfall som kan förväntas för den enskilde. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning av hur detta ska säkerställas i verksamheten innehållande bland annat en tydlig tidsplan.

3.2 Arbetsledning och bemanning

3.2.1 Iakttagelser

Enligt ledningen finns 14 anställda i verksamheten, därutöver tillkommer timanställd personal. Ledningen berättar att i verksamheten har arbete lagts på att hantera ett flertal sjukskrivningar som fanns innan övertagandet. Det pågår också ett arbete med att hantera personalärenden med facklig organisation.

Ledningen uppgav att bemanningen dagtid är två personal per plan fram till 15.30 därefter arbetar en personal per plan fram till 21.00. Övriga intervjuade berättade dock att bemanningen dagtid är två personal per plan fram till 21.00. Bemanningen uppges av samtliga vara lika på helgerna.

På natten arbetar totalt två personal i huset, en personal ansvarar för ett plan vardera. Samtliga intervjuade uppges att demensavdelningarna i dagsläget lämnas obemannade vid vissa tillfällen då det finns behov av "dubbelbemanning" hos vissa boenden. Sjuksköterskan framför att detta diskuterats i verksamheten, hur tiderna när personalen är hos någon boende kan anpassas så det säkras att det inte blir för långa stunder. Om någon boende varit orolig har en personal varit hos denna och vid behov av hjälp lätt kunnat ringa sin kollega då personalen är försedda med bärbara telefoner. De boende har även larm i sina lägenheter så behov snabbt kan uppmärksammas. Sjuksköterskan framför att möjligheten att ta in extra personal vid behov säkerligen finns.

I verksamheten finns en samordnare som arbetar 100 % och enligt ledningen är ca 25 % avsatt till samordnande/administrativa uppgifter.

När det gäller bemanning av legitimerad personal arbetar en sjuksköterska 100 % vid Tavastehus, totalt på de tre verksamheterna är det sju sjuksköterskor. Då det är företagets egna sjuksköterskor som ansvarar för verksamheterna på kvällarna och helgerna arbetar samtliga enligt ett roterande schema, vilket konkret innebär att de vardera arbetar ca en helg på sju veckor och en kväll i veckan. Natttid är det kommunens natthemsjukvård som ansvarar för verksamheten.

Arbetsterapeut och fysioterapeut innehar 100 % tjänstgöringsgrader vardera. Dessa ansvarar för tre vård- och omsorgsboenden med totalt 115 vårdboendeplatser (Tavastehus 15, Glimmervägen 50, Höganäs 50).

Verksamhetschefen är den andra sedan övertagandet i oktober 2013. Denna innehar relevant

kompetens så som beteendevetare och flerårig erfarenhet från chef/ledarposition. Sjuksköterskan i verksamheten är utsedd som driftledare (omvårdnadspersonalen omnämnde denne som platschef) och verksamhetschef enligt hälso-och sjukvårdslagen § 29. Vid intervjutillfället framför sjuksköterskan ett önskemål om att få mer kunskap i vad detta innebär. Kontoret tipsar om utbildningar inom området via institutionen för medicinsk rätt (IMR).

Verksamhetschefen fördelar sin arbetstid mellan de båda vård-och omsorgsboendena med att vara en dag i veckan på Tavastehus och resterande tid på Glimmervägen. En flexibilitet finns vid behov. Vid verksamhetschefens frånvaro går en annan verksamhetschef från en annan verksamhet in som ersättare, vilket samtliga intervjuade framför vara väl känt.

Vidare när det gäller handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem uppger de legitimerade att detta sker på teamträffarna som äger rum en gång i veckan och/eller på arbetsplatsträffarna som sker var fjärde vecka. Någon i omvårdnadspersonalen instämde i detta medan det var oklart för någon annan när denna form av handledning och reflektion äger rum. Ledningen framförde att detta sker under en speciell punkt på arbetsplatsträffarna där olika fokusområden tas upp. Arbetsplatsträffarna ska enligt ledningen bli schemalagda till var fjärde vecka i början av maj.

När det gäller schemalagd tid för handledning av extern resurs med särskild kompetens i demensfrågor uppger ledningen att detta finns inbokat och kommer ske en gång per månad, dock är det oklart när första tillfället äger rum. Detta var känt hos de legitimerade och de uppger att detta endast omfattar omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen hade ingen kännedom om detta.

3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har den bemanning som krävs när det gäller omvårdnadspersonal dag och kvällstid. Dock måste en skriftlig rutin som gäller nattbemanning/arbete tas fram för att säkra att enskilda snabbt kan erhålla den hjälp och det stöd denne är i behov av. Kontorets bedömning av ovanstående grundar sig på de förutsättningar som finns i verksamheten så som lokalernas utformning, larmfunktion, antal personal samt antalet enskilda. Kontoret begär en tydlig redogörelse över ovanstående aktiviteter (framtagande av rutin och implementering i personalgruppen) för att säkra detta i verksamheten.

Verksamheten ska dock tydligt känna till ska-kravet som lyder "enhet för personer med demenssjukdom ska ha personal på plats hela dygnet" och äldrenämndens tidigare fattade beslut att en demensenhet/avdelning aldrig får lämnas tom/obemannad, oavsett tid på dygnet (ALN-2010-0186.30 daterat 2010-12-21).

Vidare ställer sig kontoret tveksam till om bemanningen gällande arbetsterapeut och fysioterapeut samt sjuksköterska (helger) är tillräcklig, se vidare under respektive område 3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov samt 3.7 Hälso-och sjukvård.

Grundläggande ska-krav gällande forum för handledning och reflektion kring bland annat arbetsuppgifter och arbetssätt bedöms inte helt tillgodosett. All personal har inte kännedom om när dessa forum äger rum. Kontoret förutsätter att detta tydliggörs för all personal.

Av utföraren utlovat mervärde

Ansvarig chef ska finnas på boendet alla vardagar minst sex timmar per dag måndag-fredag. Vid frånvaro p.g.a semester, sjukdom som är längre än en vecka skall ersättare finnas.

Då mervärdet omfattar de båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen bedömer kontoret mervärdet som uppfyllt. Dock önskar kontoret en beskrivning av hur verksamhetschefen utöver fastställd dag säkrar sin tillgänglighet för Tavastehus.

Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. Detta finns inte i verksamheten men är planerat att starta, dock oklart när. Det är också oklart om det funnits sedan övertagandet i oktober 2013. Kontoret begär en tydlig beskrivning hur detta mervärde ska uppfyllas.

3.3 Kompetens och utbildning

3.3.1 Iakttagelser

De flesta av medarbetarna vid Tavastehus har undersköterskekompetens, endast fyra fastanställda personer av 14 uppges av ledningen sakna detta i dagsläget. Diskussion har i dessa fall förts med berörda och vidareutbildning har erbjudits till någon, dock är det enligt ledning problematiskt av olika orsaker. Vidare berättade ledningen att inga personalakter fanns med vid övertagandet så en genomlysning av personalens utbildning och kompetens har genomförts.

Ledningen uppger att endast personer med avslutad undersköterskeutbildning anställs på fasta tjänster. Gärna också med erfarenhet inom området. Meriterande är också om personen har en utbildning som Silvia syster, vilket inte finns i verksamheten idag. På grund av svårigheter med svenska språket hos några i personalgruppen finns funderingar på att införa ett språktest i samband med nyanställning.

När det gäller introduktion av nyanställda framkom att det finns en tydlig rutin, vilken förefaller vara förankrad i personalgruppen. En handledare utses till den som kommer ny i verksamheten och det är denna som ansvarar för introduktionen. I introduktionsprogrammet ingår bland annat dubbelgång och genomgång av olika rutiner och checklistor etc. Det sker en kontinuerlig uppföljning av utsedd handledare, men även verksamhetschefen följer upp hur det går/gått och en provanställning på sex månader tillämpas alltid.

Ingen av personalen har idag individuella kompetensutvecklingsplaner. Ledningen uppger att detta är medvetet då en kartläggning av personalens utbildning och kompetens var första steget. Personalen har fått lämnat in betyg, skriftliga omdömen, diplom och annat som styrkt deras utbildning/erfarenhet då inga personaluppgifter följde med i övertagandet. Ledningen framför att upprättande av planerna kommer starta inom kort och ambitionen är att de ska vara

klara till början av sommaren.

Ledningen berättade att all personal har gått ett flertal utbildningar bland annat kostutbildning, munvård, hygienutbildning, förflyttningsteknik och demens ABC. Omvårdnadspersonalen bekräftar att de inte har några individuella kompetensutvecklingsplan men säger samtidigt att de genomgått olika utbildningar (de som ovan beskrivits av verksamhetschefen) och att verksamhetschefen upplevs som positiv och lyhörd när någon framför ett önskemål/behov. Någon i omvårdnadspersonalen framförde önskemål om djupare kunskap kring demenssjukdomar.

3.3.2 Kontorets kommentar

HVK ser att ett stort arbete pågår med att kartlägga omvårdnadspersonalens utbildning/kompetens och behov av vidare kompetensutveckling, vilket är positivt. En väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns.

Av utföraren utlovat mervärde

All personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år. Mervärdet bedöms inte uppfyllt. Personalen saknar individuella kompetensutvecklingsplaner. Tveksamhet råder också kring om kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens genomförts under avtalets första halvår eller hur planeringen för kommande halvår ser ut.

Kontoret begär i handlingsplan en detaljerad beskrivning när samtliga medarbetare planeras ha en kompetensutvecklingsplan samt en grov planering för vilka kurser, studiebesök och konferenser som planeras för kommande halvår.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

Alla boende vid Tavastehus uppges av samtliga intervjuade ha en kontaktman. Omvårdnadspersonalen upplever att det är tydligt för den enskilde (så långt det är möjligt utifrån sjukdomsbilden) och anhöriga vilka som är kontaktmän. Rollen som kontaktman är, som omvårdnadspersonalen uttryckte det, att se till det personliga och det praktiska kring personen med t ex städ, tvätt, hygienartiklar, men också ansvar för kontakt med anhöriga.

Ledningen framförde att en till två timmar per vecka avsätter kontaktmannen till egen tid med den de är kontaktman för. En medvetenhet hos omvårdnadspersonalen fanns gällande avtalets bestämmelser om egen tid. Dock uppger personalen att detta inte finns planerat utan att personalen själva ansvarar för när tiden tas, som de själva uttryckte det ”tar lite när som”, för mer information om egen tid se *avsnitt 3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro*.

Anhörigträffar organiseras två gånger per år i verksamheten. Den nytillträdda verksamhetschefen ska genomföra sin första anhörigträff under april.

Ledningen framförde att brukarråd genomförs fyra gånger per år i verksamheten, detta var inte känt hos omvårdnadspersonalen och har enligt de intervjuade inte genomförts på mycket länge, oklart när. Denna yrkesgrupp framför en tveksamhet till brukarråd då några av de boende har stora svårigheter på grund av sin demenssjukdom, men uppger samtidigt att det skulle fungera för vissa. Enligt ledningen ska anhörigombud utbildas i verksamheten, dock oklart när detta ska vara klart. I verksamheten finns ett anhörigråd där bland annat det kommande anhörigombudet är planerat att delta.

3.4.2 Kontorets kommentar

Kontoret ser positivt på att anhörigombud ska utbildas. Alla som bor på Tavastehus har en kontaktman och innebörden av denna roll förefaller vara implementerad. Kontoret kan dock inte se hur verksamheten arbetar med att fånga de enskildas, utifrån deras förmåga, inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges. Kontoret begär i handlingsplan hur verksamheten ska säkra detta.

Kontoret konstaterar att verksamheten inte infört brukarråd vilket är ett ska-krav. Brukarråd syftar bland annat till att öka de boendes delaktighet gällande t ex verksamhetens innehåll, aktiviteter, trivsel och måltidsmiljö samt strukturerat fånga frågor och synpunkter från de boende. Ledningen framför att detta är på gång och beskriver hur planeringen ser ut, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret önskar dock att få denna planering beskrivet i handlingsplan.

3.5 Kost och måltider

3.5.1 Iakttagelser

På vård- och omsorgsboendet finns ett mottagningskök. Lunch och middag levereras en gång per vecka från Dafgård, som utföraren har avtal med. Måltiderna serveras flexibelt utifrån den enskildes behov men generellt enligt följande tider; frukost 7.30 -10.00, lunch strax efter 12.00, eftermiddagsfika 14.30, middag 17.00 samt kvällsfika vid 19.00. Efterrätt serveras dagligen.

På helgerna (lördagen) serveras alltid en tre-rätters måltid. Omvårdnadspersonalen och ledning berättade att de försöker skapa en trevligare och festligare stämning på helgerna genom att t.ex. duka finare, köpa in levande blommor, klä de boende fint och ha musik till kaffet på eftermiddagen. Omvårdnadspersonalen uppgav dock att detta inte alltid görs, utan varierar utifrån vilken personal som arbetar. De boende uppges av ledningen själva få välja vart de ska sitta vid måltiderna i den gemensamma matsalen. Givetvis kan de boende även välja att sitta avskilt/på sitt rum.

Kostombud finns i verksamheten. En av de intervjuade i omvårdnadspersonalen är utsedd och berättade att i denna roll ingår ansvar för att t ex sätta ihop en matsedel och beställa mat. Det framkommer att det inte finns något systematiskt sätt att fånga de enskildas önskemål men att det finns en lyhördhet. Kostombudet uttrycker att beställning och planering kring måltider ofta ske efter ” eget tycke”.

Omvårdnadspersonalen berättade att idag står personalen vid spisen och lägger upp maten på tallrikarna till de boende. Detta upplevs inte bra då det inte främjar de boendes självbestämmande och delaktighet och ses som ett förbättringsområde. Det framkom också en osäkerhet bland omvårdnadspersonalen om trerätters måltid är att ses som en aktivitet.

Legitimerad personal framför att rutiner finns för viktkontroll/BMI. Bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) används i "pappersform" och inte i registret Senior Alert.¹ Legitimerad personal berättar att de i hög utsträckning försöker vara ute på avdelningen så de tillsammans med omvårdnadspersonalen kan få en bild av den enskildes måltidssituation och tidigt kan upptäcka eventuella svårigheter som behöver åtgärdas.

Arbets terapeut berättade att studiebesök gjorts på en annan verksamhet (annan utförare) där ett stort arbete kring måltidssituationen pågår. Många goda idéer berättas komma från detta och planer finns att starta ett fördjupat arbete inom området.

Nattfastan är något som personalen är medvetna om. Personalen säkrar att tidspannet inte blir för långt genom att erbjuda små kompletterande mål i samband med natt och morgonmedicinen och nattpersonalen ger vid behov en lättare måltid under natten.

Personalen sitter ner tillsammans med de boende vid måltiderna, både vid lunch och middag är det s.k pedagogiska måltider (smakportioner). Lunchen för personalen är 30 minuter lång och är inplanerad före och efter de boendes lunchtid. Enligt samtliga intervjuade är det i dagsläget ett fåtal boende som är i behov av hjälp (matning) eller påputtning vid måltiderna.

3.5.2 Kontorets kommentar

Kostombud finns på verksamheten. Det är positivt att personalens luncher är planerade att inte sammanfalla med de boendes och att personalen tillämpar pedagogiska måltider. Dock förefaller de enskildas individuella behov och önskemål inom området inte tillgodoses fullt ut. HVK noterar det motsägelsefulla i att de boende bestämmer vart de vill sitta vid måltiderna men tillfrågas inte om sina önskemål rörande maten som serveras.

Såväl intervjuad personal som HVK ser att Tavastehus har flera förbättringsområden att arbeta vidare med inom området och begär i handlingsplan en redogörelse som beskriver de åtgärder som verksamheten måste vidta.

Av utföraren utlovat mervärde

Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning. Kontoret anser mervärdet delvis uppfyllt. Det framkommer att alla i personalgruppen inte agerar enligt mervärdet fullt ut. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur det ska uppnås.

¹ Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Syftet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg till de äldre.

3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro

3.6.1 Iakttagelser

Dagliga aktiviteter äger rum i verksamheten sedan en månad tillbaka enligt ledningen. Exempel på aktiviteter är sittgymnastik, högläsning, bingo, korsord, promenader etc. Samtliga intervjuade i personalgruppen instämmer i detta och framför att andra aktiviteter än ovan nämnda är målning, ordspråk, minneslåda, tipspromenad, musik och trubadurer.

Omvårdnadspersonalen framförde dock att aktiviteter på helgerna kan vara t ex att titta på gudstjänst på tv, musik till kaffet. Aktiviteter anslås på en tavla som sitter väl synlig på respektive avdelning.

I verksamheten finns en aktivitetsansvarig på ca 80 % enligt ledningen, schemat för denna ska ses över så arbetstiden blir mer regelbunden. Utöver detta finns det även en aktivitetsansvarig per plan vars uppgifter är att tillsammans planera och samarbeta kring aktiviteter, men även hjälpas åt att fånga enskildas önskemål. Signumlistor för deltagande finns enligt ledningen på både gruppnivå och individnivå och det finns en medvetenhet om att detta inte alltid dokumenteras i de enskildas journaler.

Vid intervjutillfället berättar ledningen att det är kontaktmännen i verksamheten som ansvarar för att egen tid utförs minst en timme per vecka med de boende men att detta också kan bli mer uppåt två timmar. Aktiviteter kan vara t ex att åka ut på utflykter, fika eller bara umgås. Detta säkerställs enligt ledningen inte på något särskilt sätt genom t ex schemaläggning eller signumlistor. Ledningen framför att ett förbättringsområde i verksamheten är att säkerställa att enskildas individuella behov och önskemål fångas upp, vilket upplevs svårt då alla har en demenssjukdom.

Omvårdnadspersonalen framförde en medvetenhet om att avtalet anger att en timme per vecka ska avsättas för egen tid med boende. Dock uppges att detta inte finns planerat utan att det är kontaktmännen själva som ansvarar för när tiden tas, som de själva uttryckte det ”tar lite när som”. Aktiviteter som uppges genomföras på denna tid kan vara t ex ”att ta hand om” och fixa håret, som personalen själva formulerade det. I dokumentationsgranskningen som genomfördes framkom inte att egen tid utförts och endast i några granskade journaler framkom erbjudande om aktiviteter så som t ex lyssnat på musik och trerätters middag, dock framkom inte enskildas egna upplevelser kring händelserna, bilaga 1.

Vidare ställer kontoret frågan om verksamheten anordnat någon aktivitet i form av någon längre utflykt sedan övertagandet i oktober. Ledningen som började sin anställning i februari kunde inte svara på om någon utflykt ägt rum tidigare. Men uppger att utflykt är planerad till 4H gården i juni och därefter besök till Gamla Uppsala. Legitimerade berättade om att inbjudan skickats ut till en konstutställning som äger rum i mitten av april riktad till personer med demenssjukdom. Omvårdnadspersonalen framförde att det var länge sedan någon utflykt ägt rum och hade inte kännedom om något fanns planerat. Aktivitetsansvarig berättade dock att under maj/juni kommer 4H till verksamheten, anhöriga är också inbjudna. Arbetsterapeut berättade att studiebesök gjorts på en annan verksamhet (annan utförare) och att många goda

idéer kom från detta. Bland annat ska möjligheterna till att skapa ett "sinnesrum" på verksamheten undersökas.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten fångar de boendes behov, önskemål och förslag på aktiviteter på både individuell och gruppnivå. Samtliga är överens om att kontaktmännen har ett ansvar i detta tillsammans med den aktivitetsansvariga. Omvårdnadspersonalen framförde att aktiviteter som det är mindre deltagande vid planeras in mer sällan. Att ta tillvara och fånga de enskildas egna önskemål/förslag ses som ett förbättringsområde bland de intervjuade.

Ledningen framförde att de boende kan komma ut på utomhusaktiviteter så som promenader så ofta de själva vill men att den stöttande, initiativtagande och motiverande delen är ett förbättringsområde. Omvårdnadspersonalen berättade att de erbjuder utevistelse/promenader någon gång i veckan. Om någon tackar nej dokumenteras det inte alltid. Framst är det under vår och sommar som utomhusaktiviteter äger rum enligt de intervjuade.

Ledningen berättar att kulturombud finns i verksamheten. Dock rådde en osäkert hos både ledning och omvårdnadspersonal om det finns någon utsedd som volontär/frivilligombud. Ledningen framförde att ett samarbete med Röda Korset är planerat där en enskild volontär ska komma till Tavastehus och baka ca en gång per vecka. Omvårdnadspersonalen framförde att en person tidigare kommit och gått ut på promenader med de boende, men att det är osäkert om detta fortfarande äger rum.

3.6.2 Kontorets kommentar

HVK anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses men likt ledningen ser kontoret att detta är ett utvecklingsområde för verksamheten och förutsätter att detta omgående startar. Kontoret noterar att kulturombud finns i verksamheten men inte volontär-/frivilligombud. Kontoret ser att verksamheten har ett samarbete med den ideella sektorn men anser att detta område skulle utvecklas vidare om ett ombud utsågs med tydligt uppdrag. Kontoret förutsätter att detta sker omgående.

Av utföraren utlovat mervärde

Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. Personalledda aktiviteter erbjuds inte strukturerat på helgerna. Kontoret begär i handlingsplan en tydlig redogörelse hur detta mervärde ska uppnås fullt ut.

Var och en som bor på boendet ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme per vecka (gäller ej utförande av personlig omvårdnad eller hjälp med bostad). Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. Bedömningen grundas på uppgifter som framkom under intervjuerna samt att detta inte heller bekräftas i den dokumentationsgranskning som genomförts i verksamheten, vilket är en brist, se vidare under *punkt 3.9 informationsöverföring och dokumentation*. Verksamheten ska i handlingsplan tydligt beskriva hur detta ska åtgärdas så mervärdet uppfylls.

Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater mm ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp. Kontoret ställer sig tveksam till att mervärdet uppfylls. Kontoret konstaterar att ingen utflykt ägt rum sedan avtalets början. De aktiviteter som nu uppges finnas planerade är inte kända fullt ut hos omvårdnadspersonalen, en diskrepans fanns i svaren mellan samtliga intervjuade. Kontoret begär att i handlingsplan få in en grov men tydlig planering för kommande halvår.

Den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka. Kontoret bedömer mervärdet inte uppfyllt. I intervjuerna beskrivs inte ett tydligt och strukturerat arbetssätt för att fånga enskildas behov och önskemål och inte heller en metod som säkrar genomförandet och uppföljningen rörande ovanstående. Detta framkom inte heller i dokumentationsgranskningen, vilket är en brist, se vidare under *punkt 3.9 informationsöverföring och dokumentation*. Verksamheten ska i handlingsplan tydligt beskriva hur detta ska åtgärdas så mervärdet uppfylls.

3.7 Hälsa-och sjukvård

3.7.1 Iakttagelser

I verksamheten finns en sjuksköterska på 100 %. Vid intervjutillfället med legitimerad får kontoret information om att sjuksköterskan alldeles nyligen påbörjat ett nytt schema som innebär att ingå i en jour tillsammans med totalt sju sköterskor från de två övrig vård-och omsorgsboenden som utföraren driver. I denna jour ingår att arbeta ca en kväll per vecka och en helg var sjunde vecka. På helgerna finns ingen sjuksköterska stationerad på verksamheten utan tillgänglig via telefon. Nattetid är det kommunens natthemsjukvård som ansvarar för Tavastehus:

Sjuksköterskan är utfärdare av underlag för subventionerad tandvård och årliga munhälsobedömningar erbjuds. Ledningen framförde att utbildning för all omvårdnadspersonal är på gång. Läkemedelsgenomgångar sker en gång om året eller vid behov. Samarbetet med boendets läkare uppges av legitimerad fungerar bra.

När det gäller vård i livets slut framför ledningen att tydliga rutiner finns. I intervjun med personalgruppen förefaller dessa rutiner vara implementerade. Sjuksköterskan är palliativt ombud. Samtliga intervjuade är samstämmiga i att extra vak alltid tas in om behov finns.

Sjuksköterskan i verksamheten är utsedd som hygienombud. En undersköterska har nyligen blivit ombud, dock framkommer inte i intervjuerna en klar bild hur samarbetet mellan ombuden ska se ut eller ansvarsområden.

Ledning och legitimerad personal framför att arbetet med kvalitetsregistrering i Senior Alert och Svenska palliativregistret² inte fungerat bra och att detta är ett utvecklingsområde för

² Registret syftar till att på patientnivå mäta och jämföra god vård i livets slutskede såväl internt som externt i syfte att säkerställa ett kontinuerligt förbättringsarbete inom området.

verksamheten. Kontoret fick innan uppföljningen information från utvecklingsledaren för registren som bekräftar att ett stort förbättringsarbete krävs. Ledning framförde under intervjun att kontakt med utvecklingsledaren kommer tas omgående för råd och stöd.

Delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter uppges av samtliga intervjuade i dagsläget vara medicingivning och såromläggningar.

Ansvar för medicintekniska produkter delas mellan professionerna. Sjuksköterska har ansvar för produkter inom sitt område och övriga delas mellan arbetsterapeut och fysioterapeut.

3.7.2 Kontorets kommentar

HVK bedömer att hälso- och sjukvården fungerar bra till stora delar och att flertalet krav är uppfyllda. Palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos medarbetare. Verksamheten arbetar dock inte i de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior Alert. Ledning och legitimerad framförde en medvetenhet om detta och underströk att kontakt ska tas med utvecklingsledaren för att få hjälp att starta detta arbete, vilket kontoret förutsätter sker omgående.

Av utföraren utlovat mervärde

En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar.

(Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen)

Kontoret bedömer inte mervärdet uppfyllt. Sjuksköterska finns endast tillgänglig via telefon på helgen och en ansevärd del av arbetsdagen utgörs av resor till och från de olika verksamheterna. Kontoret begär ett svar i handlingsplan hur mervärdet ska uppfyllas.

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.8.1 Iakttagelser

I verksamheten finns en arbetsterapeut och en fysioterapeut med 100 % tjänstgöringsgrad vardera. Dessa ansvarar för två vård- och omsorgsboenden utöver Tavastehus och sammalat omfattar ansvaret 115 personer. Glimmervägen och Tavastehus har ett och samma avtal, och därför fördelas 50 % vardera för arbetsterapeut och fysioterapeut på dessa enheter då 50 % är enligt avtal fördelat på Höganäs.

Arbetsterapeut och fysioterapeut finns på plats på Tavastehus varje onsdag förmiddag. Enligt ledningen fördelar sig professionerna efter behov på de olika verksamheterna, men att ett nytt schema är på gång där fördelningen mellan verksamheterna blir tydligare.

Legitimerad personal framförde också att ett nytt schema är på gång i verksamheten inom kort. Arbetsterapeut och fysioterapeut är tänkta att vara halva dagar på de olika verksamheterna. Legitimerade framför en oro hur det nya sättet med att arbeta halva dagar ska påverka deras arbete. Farhågor framförs som t ex att det blir svårare att få en överblick och slutföra arbetsuppgifter, tidsåtgång att åka mellan verksamheterna vilket redan idag

uppges vara ett problem. För att få tiden att räcka till berättade de intervjuade att möten ibland förläggs under lunchtid samt att telefonsamtal tas i samband med förflyttningarna mellan verksamheterna.

Vidare uppger legitimerade att det i dagsläget är svårt att tillgodose de enskildas behov vid Tavastehus. Anledningen uppges vara det stora behovet hos övriga boende på Höganäs och Glimmervägen, främst Glimmervägen. Det upplevs också vara svårt att ha en överblick över alla 115 vårdtagare och att legitimerade inte hunnit med att träffa alla ännu. För att möjliggöra att arbetet hinns med uppger legitimerade att de arbetar efter strikta rutiner, och när allt stabiliserat sig finns en planering för att hinna träffa alla vårdtagare. Arbetsterapeuten berättade dock att denne genomfört en mätning i livskvalité (OUALID³) bland samtliga boende på Tavastehus och att arbete med detta är planerat att fortsätta.

Arbetsterapeut och fysioterapeut uppger att de ibland är med och handleder ute på avdelningarna men att kontakten med omvårdnadspersonalen främst sker på teamträffarna eller via "ärendelappar" som personalen skriver när de vill framföra något ärende. I detta arbete har omvårdnadspersonalen stöttning av sjuksköterskan som också förmedlar kontakt vid behov av arbetsterapeut och fysioterapeut. Vid intervjun med omvårdnadspersonal framkommer att dessa olika professioners roller inte är helt kända.

Strukturerade teamträffar uppges av samtliga intervjuade ske en gång per vecka där medverkande är legitimerade och omvårdnadspersonal, dock är det oklart hur länge dessa träffar ägt rum. Legitimerade medverkar också på ledningsgruppsmöte var sjunde vecka tillsammans med verksamhetschef och samordnare.

När det gäller fallpreventionsarbete uppger ledningen att det finns en tydlig rutin i verksamheten som är implementerad hos omvårdnadspersonalen. Hos den intervjuade omvårdnadspersonalen rådde delade meningar kring detta, någon uppgav att det arbetades med riskbedömningar i verksamheten medan detta var okänt för en annan. Legitimerad personal framförde att detta är ett förbättringsarbete i verksamheten och beskriver att de som inte har några hjälpmedel och "inga problem" prioriteras bort och att det finns en osäkerhet om alla med fallrisk verkligen identifieras.

De uppgifter som delegeras till omvårdnadspersonalen uppges övergripande vara t ex kontrakturprofylax, gångträning eller "uttröttningsaktiviteter". Legitimerad personal uppger att de delegerade uppgifterna inte säkerställs via signeringslistor men att det följs upp på teamträffarna en gång i veckan. Ledningen framför att delegerade arbetsuppgifter inte finns schemalagt men tas hänsyn till i den dagliga planeringen.

När det gäller hundvårdsförare berättade personalgruppen att denna kommer på onsdagar till Tavastehus. Både sjuksköterska och sjukgymnast uppger att de skrivit remisser (ca fem stycken) men att också muntliga utfärdats. Individuella remisser skrivs för t ex minskad oro,

³ QUALID (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale) är ett amerikanskt instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom

motivation för mobilisering och gångträning, därtill tillkommer enligt legitimerade gruppaktiviteter.

Arbets terapeut och fysioterapeut framförde att träff är inplanerad med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)⁴ för att etablera kontakt.

3.8.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att Tavastehus har flera brister inom detta område och att resurser inte finns i tillräcklig omfattning så att en god och säker vård kan bedrivas. Det råder stor tveksamhet om bedömning av enskildas behov av rehabilitering tillgodoses vid inflyttning eller vid behov. Det fallpreventiva arbetet framkommer inte på ett tydligt och säkert sätt enligt evidensbaserade metoder. I verksamheten förefaller ett teamarbete med strukturerade mötesformer nyligen startat. Kontoret begär i handlingsplan en tydlig redogörelse hur detta ska åtgärdas.

Av utföraren utlovat mervärde

En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.

(Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen)

Kontoret ställer sig tveksam till om mervärdet uppfylls. Det framkommer att denna yrkeskategori är på plats i verksamheten varje onsdag förmiddag. Dock framkommer att övriga boenden upptar merparten av tiden och en ansenlig del av arbetsdagen utgörs av resor till och från de olika verksamheterna. Kontoret därför ett svar i handlingsplan hur det säkerställs att mervärdet uppfylls fullt ut.

En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.

(Detta mervärde omfattar båda verksamheterna Tavastehus och Glimmervägen)

Se ovan, då samma bedömning görs för denna yrkeskategori.

Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema. Kontoret bedömer mervärdet delvis uppfyllt. Detta säkerställs via den dagliga planeringen och genom uppföljning på teamträffarna dock inte via signeringslistor på utförd arbetsuppgift och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %. Aktiviteten sker i grupp eller individuellt. Den individuella aktiviteten sker efter remiss från legitimerad personal/chef. Kontoret bedömer mervärdet som uppfyllt. Godkännandet baseras på det som framkom under intervjuerna. Dock måste insatser och utfall för enskild förtydligas i den sociala dokumentationen likväl som uppföljning och utvärdering och kontoret ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

⁴ Sedan 1 januari 2014 är funktionerna MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) centraliserade till uppdragskontoret - kontoret för hälsa, vård och omsorg.

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

3.9.1 Iakttagelser

I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en granskning i verksamheten av den sociala dokumentationen, totalt sex akter granskades. Vid detta tillfälle framkom ett flertal förbättringsområden, bland annat att tydliggöra hur enskild/legal företrädare varit delaktig i upprättande av genomförandeplan, dokumentera datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplanen i löpande text, formulera individuella/delmål, tydligt beskriva när och hur stöd/hjälp ska utföras, förtydliga hur enskild/legal företrädare haft inflytande och varit delaktiga i det praktiska genomförandet av insatserna, för mer information se bilaga 1. Sammanställning av dokumentationsgranskningen skickades till verksamhetschef kort efter granskningen.

Samtliga intervjuade uppger att alla boende har en upprättad genomförandeplan, vilket bekräftades vid granskningen, se bilaga 1. Vid upprättandet av planen medverkar kontaktman, samordnare och enskild i den mån denne förmår utifrån sin sjukdomsbild. Det varierar om anhöriga/närstående är med eller i vilken grad genomförandeplanen kommunicerats med dessa.

Ledningen och omvårdnadspersonalen var samstämmiga i att mål och delmål för de enskilda var något det tydligt arbetades med i verksamheten, dokumentationsgranskningen visade dock att dessa är av övergripande karaktär och att samma målformulering är återkommande, se bilaga 1.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten säkerställer att de enskilda är delaktiga och har inflytande i planeringen av sin vård och utförandet av insatser. Omvårdnadspersonalen lyfter fram att de samtalar med den enskilde för att säkra detta, vilket upplevs svårt ibland utifrån de enskildas sjukdomsbild. Enligt dokumentationsgranskningen gick det inte att följa en individuell planering utifrån den enskildes behov och inte heller att utläsa hur den enskilde kunnat utöva delaktighet, inflytande och självbestämmande avseende planering eller utförande av beslutande insatser, så som vid t ex aktiviteter och egen tid, se bilaga 1.

När det gäller överrapporteringstid mellan de olika arbetspassen berättade samtliga intervjuade att detta inte finns schemalagt. Omvårdnadspersonalen berättade att tid för muntlig rapportering inte finns mellan natten och dagen då nattpersonalen slutar samtidigt som dagpersonalen börjar (kl 7.00). Då omvårdnadsarbetet startar direkt när omvårdnadspersonalen börjar för dagen hinner de inte alltid läsa dokumentationen på morgonen. Detta sker när tid finns under förmiddagen.

3.9.2 Kontorets kommentar

Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 7 april vid verksamheten och där framkom ett flertal brister. Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick, se bilaga 1.

Kontoret förutsätter att förbättringsarbete och åtgärder startades omgående efter att sammanställningen mottagits. Dokumentationskyldighet åligger enligt lag och ska-krav och kontoret begär i handlingsplan en redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen.

Kontoret begär även svar i handlingsplan hur informationsöverföringen mellan de olika arbetspassen ska säkras i verksamheten.

3.10 Avvikelse och klagomålshantering

3.10.1 Iakttagelser

Vid intervju tillfället framkommer att rutin för avvikelsehantering finns och denna förefaller vara väl implementerade i personalgruppen. Avvikelse lyfts och diskuteras på det kvalitetsråd som sammanträder en gång i månaden. Där tas bland annat upp vad som hänt, eventuella orsaker och vidtagna åtgärder samt hur man kan arbeta förebyggande i den specifika frågan.

Återkoppling till enskild och/eller anhörig sker kontinuerligt enligt ledningen och till personal på teamträffarna en gång i veckan och/eller vid arbetsplatsträffarna var fjärde vecka.

Hos samtliga intervjuade i personalgruppen förefaller rutinen för synpunkts- och klagomålshantering vara känd. I verksamheten finns en blankett ”hjälp oss att bli bättre” där den som har någon synpunkt eller klagomål rörande verksamheten kan skriva ner sina åsikter. Skriftliga synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten dokumenteras alltid enligt ledning, dock inte de muntliga. Legitimerad personal instämmer i att muntliga synpunkter/klagomål inte alltid dokumenteras av dem själva utan de hänvisar till omvårdnadspersonalen för dokumentation. Omvårdnadspersonalen framför att de hänvisar till verksamhetschef eller sjuksköterska och säger att de tror att sjuksköterska dokumenterar. De uppger också att sjuksköterska uppmuntrar dem till att be anhöriga fylla i blanketten för hantering av synpunkter/klagomål.

Vidare förefaller Lex Sarah vara känd och implementerad hos samtliga medarbetare. Ledningen uppger att dessa nyligen gått igenom och att de anställda skriftligen vidimerat att de tagit del av genomgången/informationen.

3.10.2 Kontorets kommentar

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelsehantering finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem och därmed uppfylls inte kraven i avtalet. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap 5 §§6-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att vård-och omsorgsboendet Tavastehus fungerar väl inom vissa områden. Dock har avvikelser mot mervärden och förfrågningsunderlaget konstaterats i ett flertal delar av de uppföljda områdena och det visar på att utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar hos den nu uppföljda enheten.

4.1. Övrig information

Kontoret observerade vid avtalsuppföljningen att brister såväl mot ska-krav och mervärden förelåg. Avtalsuppföljning genomfördes 16 april på vård-och omsorgsboendet Glimmervägen och då stora brister förekom där beslutade kontoret att omgående kalla utföraren till möte, vilket hölls den 6 maj med ledningen för Ansvar och omsorg. Utföraren beskrev olika åtgärder som vidtagits för att åtgärda bristerna. Handlingsplan för detta upprättades och delgavs kontoret. Därefter har ytterligare två möten ägt rum, 13 juni och 30 juni där fokus varit Glimmervägen. Med anledning av detta avvaktade kontoret med att skicka ut rapporterna från avtalsuppföljningarna från de båda vård-och omsorgsboendena.


Kontoret kommer att planera för en uppföljning vid Tavastehus under tidig höst och utifrån resultat från denna fatta beslut om sanktioner kopplade till brister mot ska-krav och mervärden.

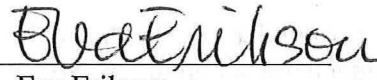
För mer information se avsnitt **1. Sammanfattning**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under avsnitt **1.2 Krav på åtgärder**.

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning 2014-04-07

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg


Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg


Eva Erikson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2014-04-24

Granskning av social dokumentation vid vård och omsorgsboendet Tavastehus, 2014-04-07

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-04-07.

Syfte

Syftet med granskningen var att se att dokumentationen förs utifrån gällande riktlinjer, lagar och avtal.

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av brukare. Verksamheten har inhämtat samtycke från samtliga brukare på Tavastehus vilket är 15 brukare. Samtliga har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i 6 akter utifrån det slumpmässiga urvalet som var framtaget.

Resultat

Samtycke

- Samtyckesblankett underskriven av den brukare/legal företrädare *finns*.
- Anteckningar att brukare/legal förträdare lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i de 6 granskade journalerna.

Beställning

- Beställning *finns* för samtliga brukare.

Genomförandeplan

- *Finns* för samtliga brukarna
- Namngiven kontaktman *finns* i samtliga planer
- Datum för upprättande av planen *finns* i samtliga planer
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i samtliga planer
- Mål/delmål av övergripande karaktär *finns* i samtliga planer. (*samma målformulering återkommer i flera GP*)
- HUR brukaren önskar att en insats ska utföras framkommer delvis i planerna

- Hur personal ska utföra en insats är tydligt beskrivet i planerna
- NÄR en insats ska utföras är *generellt beskrivet* i samtliga planer. Exempel städ 14:de dag, Dusch 1 gång/vecka.
- Underskrift av brukare/legal företrädare *finns i fyra planer två planer saknar* underskrift.
- Brukarens egna önskemål gällande aktivitet framkommer *inte*

Journalanteckningar

- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i 6 journaler då det med automatik framkommer i Siebel när en genomförandeplan upprättas.
- Datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- På vilket sätt den brukare/legal företrädare varit delaktig i planering och utförande av insatser utifrån genomförandeplan *saknas* i löpande text i samtliga journaler.
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i löpande text i samtliga journaler.
- Ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut ska framgå i dokumentationen, detta *saknas* i samtliga journaler.
- Egen tid för brukaren framkommer *inte* i någon journal.
- Erbjudande till brukaren gällande de aktiviteter som verksamheten kan erbjuda framkommer i *några* journaler såsom lyssnat på musik, "myskväll", tre rätters middag.
- Brukarens upplevelse i samband med aktiviteter eller "egen tid" framkommer *inte*.

Samverkan

- Samverkan inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med sköterska, god man, närstående osv. gällande den enskilde *framkommer*.

Kommentar

I den löpande dokumentationen framkom ett stort antal anteckningar i form av "ingen avvikelser". Av ca 15 anteckningar var denna formen skriven i 10 anteckningar.

Exempel på löpande text där ingen förklaring av händelsen framkommer.

"Satt dock på sitt rum idag på eftermiddagen p.g.a. ett "olämpligt beteende med andra".

Social dokumentation under genomförande

I 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS framgår att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Dokumentationen är beviset på den hjälp samt den omvårdnad som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts utifrån planeringen tillsammans med den enskilde.

I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Det ska framkomma samverkan både inom och utanför verksamheten gällande den enskilde.

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5, 6 kapitlet finns beskrivet hur dokumentationen bör se ut i samband med utförande av beslut.

Bedömning


Den sociala dokumentationen i personakter/journaler bedöms *inte* uppfylla kraven utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

Åtgärds punkter

- Att i den löpande texten dokumentera att brukare samtyckt till att HVK får ta del av personakt
- Att tydliggöra på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen både vad gäller genomförandeplan.
- Att i genomförandeplan tydligare beskriva När stöd/hjälp ska utföras utifrån brukarens önskemål. *Exempel när ska stöd, dusch utföras efter brukarens önskan*
- Att i genomförandeplanen beskriva brukarens önskemål gällande aktivitet.
- Att formulera individuella mål/delmål i genomförandeplanen.
- Att dokumentera i löpande text vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.
- Att dokumentera datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan i löpande text
- Att förtydliga i löpande text på vilket sätt den enskilde/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplan.
- Att i löpande text dokumentera "egen tid" tillsammans med kontaktman.
- Att i löpande text dokumentera brukarens upplevelse av utförd gruppaktivitet som verksamheten anordnar eller "egen tid".



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

Verksamhetschef Frida Blom

Uppdragsstrateg Mia Gustafsson

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2014-10-03

Diarienummer
ALN-2014-0111

Kompletterande handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Tavastehus

Verksamhetschef: Frida Blom

Processansvarig chef: Ewa Agö

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-10-17

Kompletteringar begärs in till tidigare inkommen handlingsplan (inkom 2014-08-15) i enlighet med vad som framfördes vid mötet mellan HVK och ledningen 18 september. De kompletterande svaren ska skrivas i den tillhållna mallen. I kolumnen - **Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar** framgår de frågor som HVK begär kompletterande svar kring. Svaren skrivs i kolumnen under varje område där det är markerat med rött. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse.

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.

I den tidigare inkomna handlingsplanen såg HVK att utföraren generellt sätt hade en allmänt hållen tidsplan för uppföljning/egenkontroll (månatlig uppföljning). I möte med utförare 140918 förtydligade ledningen innebörden och hanteringen av månatliga uppföljningar och kontoret fann detta tillfredsställande. Dock önskar kontoret att utföraren ser över de områden där datum är redovisade enligt ovan och där det är möjligt presenterar datum mer exakt.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, 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 offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Tavastehus (ALN-2014-0111)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 Värdegrundsarbete Beskriv kortfattat tidsplan för verksamhetens värdegrundsarbete, det som skett tidigare och det som finns planerat framöver	<p>Verksamheten har fått inskolning i företagets värdegrund i samband med introduktionsutbildning och APT. Sedan våren introducerades ett nytt arbetssätt för värdegrundsarbete, Värdegrundstrappan (där även kommunens värdegrund finns med som en del).</p> <p>All personal ska genomgå denna två och två för att sedan arbetet ska mynna ut i schemalagda diskussionsgrupper med diskussionskort. Diskussionsgrupperna syftar till att hålla arbetet vid liv samt skapa reflektion kring arbetet. Under grupperna kommer verksamheten formulera en lokal värdegrund utifrån företagets och kommunens värdighetsgarantier.</p> <p>All personal lämnar in anteckningar på särskilda</p>	VC, Värdegrundsledare	Trappan, 15 nov Diskussionsgrupper och formulering, kontinuerligt under vinter 2014 och vår 2015	Månatliga uppföljningar av OC (Områdeschef) Internrevision Uppföljning av värdegrundsarbete genom kvartalsrapport till samordnare för värdegrund i A&O (M. Kanerva) Utbildningar och nätverksträffar under hösten för värdegrundsledare	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Vid mötet med ledningen 140918 förtydligades att <i>det planeras för 2-3 träffar ytterligare under hösten för personalen och att första uppföljningen av värdegrundsarbetet skett i augusti. Chefsträff inom företaget är planerat till början av oktober.</i></p> <p>Svaren godkänns dock önskar kontoret <u>delges datum för när internrevisionen sker.</u></p>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	blanketter från varje moment för att hålla VC och värdegrundsledare uppdaterade under processen samt underlätta sammanställning. Utsedda och utbildade värdegrundsledare håller i arbetet tillsammans med VC.						
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				Internrevision Tavastehus 2014-12-18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Godkänd efter kompletterande uppgifter som inkom 141017. Kontoret begär dock att få ta del av resultat från <u>planerad internrevision</u> , detta ska inkomma senast 150130
3.1 Värdegrundsarbete Beskriv implementeringsprocessen av de lokala värdighetsgarantierna	Genom ovanstående arbetssätt, dvs Värdegrundstrappan, diskussionsgrupper och formulering av lokal värdegrund	VC, Värdegrundsledare	Trappan, 15 nov Diskussionsgrupper och formulering, kontinuerligt under vinter 2014 och vår 2015	Månatlig uppföljning av OC (Områdeschef) Internrevision Uppföljning av värdegrundsarbete genom kvartalsrapport till samordnare för värdegrund i A&O (M. Kanerva) Utbildningar och nätverksträffar under hösten för	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Beskriv hur verksamheten ska fånga följsamheten till värdighetsgarantierna.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
				värdegrundsledare			
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				<i>De stora delarna som finns i värdighetsgarantierna tas upp i värdegrundstrappan och värdegrundsdiskussionerna. Det bästa sättet att fånga värdighetsgarantierna är genom reflektion och samtal så att följsamhet kommer naturligt. Vi följer sedan upp genom att prata om det vid APT och vid planeringsdagar så att det är känt och lyfts fram som något viktigt.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vid mötet med ledningen 141022 förtydligade kontoret att utförarens beskrivna implementeringsprocess för garantierna för personalen är godkänd. Dock måste garantierna också göras kända hos de enskilda (utifrån sin förmåga) och anhöriga/närstående samt intentionen med garantierna. Verksamheten måste också säkra ett arbetssätt så följsamheten mot garantierna fångas. Detta försäkrade ledningen skulle åtgärdas omgående. Svaren godkänns efter detta kompletterande svar.
3.2 Arbetsledning och bemanning Rutin för nattbemanning/arbete ska tas fram och delges kontoret. Beskriv hur	Det är alltid två personal i tjänst nattetid på Tavastehus. Vid kortare frånvaro från våning skall rond enligt rutin genomföras.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin för nattarbete delgavs kontoret vid mötet 140918 och kontoret finner denna tillfredsställande.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
implementeringen av denna ska säkerställas	Rutiner för natt gås igenom vid APT samt vid planeringsdagar för såväl dag som nattpersonal för att all personal ska ha god kännedom om rutinen.						
3.2 Arbetsledning och bemanning - Mervärde Hur säkrar verksamhetschef utöver fastställd dag sin tillgänglighet för verksamheten	VC har daglig kontakt via telefon och mail med personal och platsansvarig SSK på Tavastehus. Vid behov infinder sig VC på enheten.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ledningen förtydligade vid mötet 140918 att <i>verksamhetschef alltid har minst en fast dag i veckan på verksamheten och däremellan tillgänglig vid behov. (Sjuksköterska med arbetsledansvar finns under vardagarna stationerad på verksamheten).</i>
3.2 Arbetsledning och bemanning - Mervärde Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas	Handledare inbokad för verksamheten. Under hösten av extern demensvårdsutvecklare, initialt var 14:e dag.	VC	Genomfört Kontinuerligt	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ledningen informerade vid mötet 140918 att <i>första handledningstillfället genomfördes i slutet av augusti och kommer initialt ske var 14:e dag av demensvårdsutvecklare inom företaget.</i>
3.3 Kompetens och utbildning - Mervärde Individuella kompetens-	Kompetensutvecklingsplaner upprättas i samband med medarbetarsamtal, delvis klart under maj fortsätter under augusti.	VC	September	Månatlig uppföljning av OC Redovisning av komp.planer Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ledningen berättade vid mötet 140918 att <i>fyra kompetensutv.planer är kvar att upprätta. Kontoret godkänner detta område</i>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
utvecklingsplaner saknas för personalen	Efter handledning ger även demensvårdsutvecklaren förslag på gemensamma utbildningsinsatser.						med förutsättningen att resterande planer är klara enligt datum som framgår i denna plan, senast sista september.
3.3 Kompetens och utbildning - Mervärde En grov planering för vilka kurser, studiebesök och konferenser som planeras för kommande fem månader (aug-dec)	<ul style="list-style-type: none"> • Planeringsdag/konferens för personal (heldag) Före 15 oktober • Studiebesök i annan verksamhet och stad, måltidsgläje, oktober • Dokumentationsutbildning, november Övriga utbildningar inom värdegrund, kost, hygien mm inplaneras kontinuerligt.	VC / OC	Höst 2014 enligt plan	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vid mötet 140918 förtydligade ledningen att datum finns för beskrivna aktiviteter. Den dokumentationsutbildning som beskrivs avser en intern utbildning inom social dokumentation som kvalitetsansvarig inom A&O kommer hålla i. Kontoret ser detta område som godkänt efter detta förtydligande.
3.4 Kontaktmannaskap Beskriv hur verksamheten ska säkra enskildas inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges	Tydliggöra ansvaret och rollen som kontaktman och det ansvar man har som omvårdnadspersonal. Detta ska ske dels vid handledning samt via planeringsdag och APT. Arbeta med värdegrund och attityder kring lyhörddhet inför behov och önskemål. Detta sker via värdegrundstrappan och de	VC Kvalitetsansvarig Värdegrundsledare	APT: September Planeringsdag: Före 15 oktober Värdegrundstrappan: 15		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. <u>Datum för uppföljning/egenkontroll saknas.</u>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>gruppdiskussioner som följer.</p> <p>Arbeta med brukarråd och delaktighet vid utformning av aktiviteter och mat.</p> <p>Stärka genomförandeplanen och hur denna ska se ut och vara levande. Detta kommer att ske via utbildning på APT och planeringsdag.</p>		<p>november</p> <p>Handledning: Höst 2014</p>				
<p>Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:</p>				<p>Månatlig uppföljning av OC (Områdeschef)</p> <p>Internrevision</p> <p>Uppföljning av värdegrundsarbete genom kvartalsrapport till samordnare för värdegrund i A&O (M. Kanerva)</p> <p>Utbildningar och nätverksträffar under hösten för värdegrundsledare</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Godkänd efter kompletterande uppgifter som inkom 141017.</p>
<p>3.4 Kontaktmannaskap Brukarråd saknas i verksamheten</p>	<p>Brukarråd är inplanerade för höstterminen vid 4 tillfällen, det första den 26 augusti. Styrelseordförande (F. Mårdh)</p>	VC	Höst 2014	<p>Månatlig uppföljning av OC</p> <p>Internrevision</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	har haft en anhöriggrupp under juli månad 2014.						
3.5 Kost och måltider Flera förbättringsområden finns. Beskriv de åtgärder som verksamheten planerar att vidta inom området	<p>Utbildning och studiebesök i konceptet måltidsglädje för personal. Detta fokuserar främst på måltidssituationen (gemenskap, uppläggning, inställning mm)</p> <p>Måltidssituationen hanteras också i värdegrundstrappan.</p> <p>Kostombudsutbildning är <u>genomförd</u> av extern utbildare för alla företagets kostombud våren 2014 (2 heldagar). Fokus på kostens betydelse, måltidssituation och hygien.</p> <p>Utbildning för personal via matleverantörer för att säkerställa näringsvärden och rätt hantering.</p> <p>Kostråd för boende vid 2 tillfällen under hösten.</p>	VC / OC	<p>Studiebesök : oktober</p> <p>Värdegrund strappan: 15 nov.</p> <p>Utbildning från matlev: September</p> <p>Kostråd: Höst (första september)</p>	<p>Månatlig uppföljning av OC</p> <p>Internrevision</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 Kost och måltider - Mervärde Hur säkras det i	Genomgång av krav vid APT, planeringsdagar och handledning (samt genom ovanstående punkt).	VC Kostombud	15 oktober	<p>Månatlig uppföljning av OC</p> <p>Internrevision</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontoret och ledningen är överens om att mervärdet (varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
verksamheten att all personal agerar utifrån mervärdet	Egen årsplanering för enheten ska upprättas vid planeringsdag för att säkerställa mervärden avseende kost.						trerätters festmåltid) inte är att ses som en aktivitet och denna information ska förtydligas i verksamheten. Under förutsättning att detta sker omgående godkänns utförarens svar inom området.
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro - Mervärde Personalledda aktiviteter på helgerna erbjuds inte strukturerat	Aktiviteter för helgerna är inplanerade i dagplaneringsmallarna som anger vad som ska göras och vem som har ansvaret för genomförandet.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Social dokumentation Checklistor & Dagplaneringsmall Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplettering krävs. Vid kontorets oanmälda besök vid verksamheten 140912 föreföll detta inte implementerat hos omvårdnadspersonalen. Kontoret finner dock ledningens planerade arbetssätt för att säkerställa personalledda aktiviteter på helgerna tillfredställande. Kontoret begär dock att <u>delges mall för dagplanering och den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.
Kompletterande svar som framgår ovan				Bifogas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:							
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro Mervärde – Beskriv hur egen tid för enskilda ska säkras i verksamheten	Egentiden planeras in i dagplaneringsmallarna för att säkerställa att det genomförs. I samband med nytt schemasystem ges möjligheten att återigen få in det i schemalaggingen.	VC	Planering, Genomfört Nytt schema-system, okt.-nov.	Månatlig uppföljning av OC Social dokumentation Checklistor & Dagplaneringsmall Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplettering krävs. Kontoret finner svaren tillfredsställande dock begär kontoret att <u>delges den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				Bifogas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro - Mervärde oklart huruvida kommande planering av aktivitet i form av utflykt ser ut	Planerade och utförda utflykter: • Ekeby café, Sommaren 2014 • Gamla Uppsala alt. Botaniska trädgården, September Större aktiviteter och besök under sommaren 2014: • 4 H Gården • Spelmanslag • Smådjursbesök/aktivitet i trädgården	VC	Höst 2014	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro	Checklista införd med signering för erbjuden och utförd	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplettering krävs.

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
- Mervärde Erbjudande och genomförande av utomhus-aktiviteter minst tre gånger per vecka uppfylls inte	utevistelse. Detta ska även föras in i den sociala dokumentationen (Siebel).			Social dokumentation Internrevision			Kontoret finner svaren tillfredsställande dock begär kontoret att <u>delges den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				Bifogas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Hälsa-och sjukvård - Mervärde Sjuksköterska är endast tillgänglig via telefon på helgerna	Sjuksköterska finns tillgänglig i tjänst 8 timmar varje helg varav 4 timmar är planerade och <u>stationerade</u> på Tavastehus (eller Glimmervägen). Transporttider mellan enheterna ingår ej i de 4 timmarna och sker genom avtal med taxi.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				Bifogas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8.1 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov Flertal brister inom detta område, se i	Nyanställning av paramedicinsk personal samt utökad introduktion och utbildning/handledning kring arbetsuppgifterna och	VC	September	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidare hantering krävs, se information nedan. Vid mötet med ledningen 140918 diskuterades

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
rapporten för krav kring åtgärdsområden.	ansvarsområdena. Rehab-frågor går igenom vid teammöten och på APT. Registrering och arbete med fallprevention sker i Senior Alert.						<p>huruvida tjänstgöringsgrad för arbetsterapeut och sjukgymnast ser/sett ut då kontoret fått informationen vid ett oanmält besök (på Glimmervägen 140909) att detta inte finns/funnits i enlighet med avtalet. Detta hanteras vidare av avtalsstrateg som inväntar besked från A&O.</p> <p>Kontoret <u>begär in den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.</p>
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				<p><i>AT finns enligt avtal på 100 % som vi hyr. Rekryterad AT på 100% tillträder 2014-12-01.</i></p> <p><i>SJG finns sedan 2014-10-01 på 100 % (2x50%) och perioden 22 oktober till 7 november på 150 % för introduktion. Rekryterad SJG på 100% tillträder 2014-11-01.</i></p> <p><i>Brist på SJG kan konstateras under perioden 2014-09-01 – 09-30 i en omfattning av 50%.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Godkänd efter kompletterande uppgifter som inkom efter mötet som hölls 141022 och vidtagen åtgärd, se nedan.</p> <p>När det gäller bemanning av arbetsterapeut har en återbetalning av erhållen vårddygnsersättning krävts då Ansvar & Omsorg inte kontinuerligt tillhandahållit</p>

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
							<p>arbetsterapeut enligt avtal.</p> <p>Arbetsterapeut finns nu på plats och reduceringen har skett retroaktivt.</p>
<p>3.8.2 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov - Mervärde Tveksamt om arbetsterapeut hinner med sina åtaganden fullt ut</p>	<p>Arbetsterapeut kommer genom samarbete och handledning att få hjälp att planera sin tid och arbetsuppgifter så att de hinner med de uppgifter som åligger dem inom sitt ansvarsområde och de behov som finns. Vid utökat vårdbehov eller förändrade förutsättningar har VC i uppdrag att förstärka genom att köpa ytterligare kompetens.</p>	VC	September	<p>Månatlig uppföljning av OC</p> <p>Internrevision</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Se ovan punkt 3.8.1 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov.</p> <p>Kontoret <u>begär in den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.</p>
<p>Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:</p>				<i>Bifogas.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Godkänd efter kompletterande uppgifter som inkom efter mötet som hölls 141022 och vidtagen åtgärd, se vidare punkt 3.8.1.</p>
<p>3.8.3 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov</p>	<p>Fysioterapeut kommer genom samarbete och handledning att få hjälp att planera sin tid och</p>	VC	September	<p>Månatlig uppföljning av OC</p> <p>Internrevision</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Se ovan punkt 3.8.1 Fallprevention och bedömning av</p>

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
- Mervärde Tveksamt om fysioterapeut hinner med sina åtaganden fullt ut	arbetsuppgifter så att de hinner med de uppgifter som åligger dem inom sitt ansvarsområde och de behov som finns. Vid utökat vårdbehov eller förändrade förutsättningar har VC i uppdrag att förstärka genom att köpa ytterligare kompetens.						rehabiliteringsbehov. Kontoret <u>begär in den senaste månatliga uppföljningen</u> inom området.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:				Bifogas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Godkänd efter kompletterande uppgifter som inkom efter mötet som hölls 141022 och vidtagen åtgärd, se vidare punkt 3.8.1.
3.9 Informationsöverföring och dokumentation Beskriv hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda de förbättringsområden som dokumentationsgranskningen påvisade.	Utbildning och handledning av omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i dokumentation. Utbildning ska dels ske via APT och planeringsdagar men även på kollegial nivå genom utbildningsbesök av duktig omvårdnadspersonal från andra enheter inom företaget samt kvalitetsansvarig. Utbildning i systemet Siebel ska bokas via Uppsala kommun.	VC / OC / Kvalitetsansvarig (för HSL dok.)	Siebel: September Utbildningsbesök: September/ Oktober APT: Kontinuerligt	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9 Informationsöverföring och	Rapporttider i schema samt diskussioner vid APT om hur	VC / Kvalitetsansvarig	Rutin: Genomförd		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplettering krävs.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
dokumentation Hur ska informationsöverföringen säkras mellan de olika arbetspassen i verksamheten	rapport och informationsöverföring ska ske mellan olika pass (dag/kväll/natt). Förtydligande av rutin. Förbättrad social dokumentation i Siebel för att säkerställa att läsande rapport också fungerar vid behov.		Rapporttid: Genomförd APT: Kontinuerligt (Kvalitetsansvarig deltar i september) Dokumentation: Enligt ovanstående tidplan	Månatlig uppföljning av OC Internrevision			Kontoret finner svaren tillfredsställande dock begär kontoret att <u>delges den rutin</u> som det hänvisas till i handlingsplanen.
3.10 Avvikelse och klagomålshantering Redogörelse för rutin gällande hantering av muntliga synpunkter/klagomål	Implementera rutin för att nedteckna muntliga klagomål. Detta sker dels genom APT men även genom att arbeta med attityder kring synpunkter och utveckling i Värdegrundstrappan.	VC Värdegrundsledare (Trappan)	Rutin: Genomförd APT: Kontinuerligt Värdegrundstrappan: 15 nov	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontoret delgavs rutin i samband med möte med ledningen 140918. Rutinen och svaret inom området bedöms som tillfredsställande.
3.10 Avvikelse och klagomålshantering Redogörelse av rutin för sammanställning och analys av	Utredning och återkoppling sker av VC enligt företagets rutiner. Månatligt kvalitetsråd i	VC / OC	Rutin: Genomförd Kvalitetsråd:	Månatlig uppföljning av OC OC deltar vid 2 kvalitetsråd under hösten för att säkerställa form och funktion.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontoret delgavs rutin i samband med möte med ledningen 140918. Ledningen förtydligade också vilka

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6, 7-8	<p>verksamheten hanterar alla inkomna synpunkter och avvikelser.</p> <p>Redovisning av detta samt åtgärder sker till OC samt Kvalitetsansvarig.</p>		Kontinuerligt	<p>Månatlig redovisning till kvalitetsansvarig samt OC.</p> <p>Internrevision</p>			yrkeskategorier som ingår i kvalitetsrådet (omvpers, samtlig leg personal, verksamhetschef). Rutin och svaret inom området bedöms som tillfredsställande.