

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2015-07-07

Diarienummer
ALN-2015-0103.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Ferlin, vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

Äldreförvaltningen genomförde en avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Kosmo Ferlin den 19 maj 2015, som framgår av rapporten (se bilaga 1). Uppföljningen visade att verksamheten är välfungerande på många sätt.

Förbättringsområden har dock identifierats inom följande fokusområden,

- Verksamhet och organisation- Bemanning
- Kompetens och kompetensutveckling
- Brukarråd/närståendesamverkan
- Aktiv och meningsfylld tillvaro
- Informationsöverföring och dokumentation
- Avvikelse och klagomålshantering

Verksamheten förväntas åtgärda dessa med omedelbar verkan. För en mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten.

Inga stora brister i förhållande till krav i avtal påvisades.

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Tf Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Handläggare
Lena SödermanDatum
2015-07-02Diarienummer
ALN-2015-0103Kosmo AB/Norlandia care
Verksamhetschef Catrin Eriksson**Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Ferlin, Kosmo AB**

Utförare och enhet	Kosmo AB Ferlin vård- och omsorgsboende
Adress	Ferlingsgatan 31 A 754 28 Uppsala
Verksamhetschef (VC)	Catrin Eriksson
Telefon och mailadress	076-7601987 catrin.eriksson@kosmo.se
Uppföljning utförd av	Uppdragsstrateger Lena Söderman, Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Regionchef: Kristina Kumlin Bergenstråle VC: Catrin Eriksson En sjuksköterska, en arbetsterapeut, en sjukgymnast samt fyra undersköterskor
Totalt antal kunder/lägenheter/rum	70 lägenheter
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende: 40 platser för personer med demenssjukdom 20 platser för personer i behov av stora omvårdnadsinsatser 10 platser för personer med psykiatriska sjukdomar, omsorgsnämnden ansvarar för placering och individuppföljning
Avtalstid	2010-01-07 - 2016-01-07
Datum för uppföljning	2015-05-19

Vård- och omsorgsboendet Ferlin ligger i stadsdelen Lötén. Huset har tre våningar med 20 lägenheter på varje plan. På bottenvåningen finns 10 lägenheter, lokaler för administration, service, personalrum samt lokaler för rehabilitering.

Nya ägarförhållanden har skett under våren 2015 då Norlandia care har köpt aktieinnehavet i Kosmo AB. Avtalet löper ut januari 2016. Vardaga AB kommer att överta driften av Ferlin från och med 8 januari 2016.

1. Sammanfattning

Äldreförvaltningen har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Ferlin. Enheten drivs av vårdföretaget Kosmo AB. Förvaltningens bedömning är att Ferlin är en välfungerande verksamhet på många sätt. Några förbättringsområden har identifierats som verksamheten förväntas åtgärda omgående och senast den 15 september kunna uppvisa vidtagna åtgärder. Nedan beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade områdena för förbättringar. För en mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten. Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Förvaltningens slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter.

Verksamhet och organisation – Bemanning

- Förvaltningen konstaterar att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende utbildning och erfarenhet för verksamhetschef.
- Förvaltningen konstaterar att bemanning finns dygnet runt i sådan omfattning att krav i avtal kan uppfyllas.
- Förvaltningen konstaterar att nämndens värdegrund är känd men att implementering av nämndens värdighetsgarantier och utveckling av värdegrundsträffar är förbättringsområden.
- Förvaltningen ställer sig helt bakom de legitimerades syn på behovet av utbildning för all omvårdnadspersonal samt vikten av att kunna behärska det svenska språket.

Kompetens och kompetensutveckling

- Förvaltningen noterar det positiva utvecklingsarbete som bedrivs inom områdena demens och munhälsa.
- Förvaltningen ser också positivt på den kompetensutveckling som sker inom verksamheten både gällande längre vidareutbildningar samt enstaka föreläsningar för samtliga personalgrupper.
- Förvaltningen bedömer att omvärldsbevakning i dagsläget inte kan beskrivas på ett strukturerat sätt. Hur detta ska förtydligas ser förvaltningen som ett förbättringsområde så att verksamheten även fortsättningsvis under avtalsperioden bedriver vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.

Kontaktmannaskap

- Förvaltningens bedömer att krav i avtalet följs och att verksamheten arbetar föredömligt kring kontaktmannaskap.
- Förvaltningen konstaterar att ett förbättringsområde som finns i verksamheten är utveckling av brukarråd. I dag förekommer det på vissa men inte alla våningsplan.

Mat och måltider

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.

Aktiv och meningsfull tillvaro

- Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende att erbjuda de boende en aktiv och meningsfull tillvaro.
- Ett förbättringsområde är utveckling av kultur i vården.
- Ett annat förbättringsområde är att se över de legitimerades roll så att deras kompetens kommer till nytta för de boende även inom detta område.

Hälsa- och sjukvård

- Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga krav inom området.
- Förvaltningen informeras om verksamhetens olika mötesformer och ser en möjlig risk att gränsdragningen mellan dessa kan bli otydlig genom att samma frågor hanteras i flera olika mötesforum.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- Förvaltningen gör ingen bedömning av huruvida krav inom området är uppfyllda, då förvaltningen skickat en separat enkät för att kartlägga rehabiliteringsinsatser i samtliga vård- och omsorgsboenden. Enkäten hanteras i särskild ordning.

Informationsöverföring och dokumentation

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda.
- Förvaltningen noterar en osäkerhet som personalen uttrycker gällande dokumentation kring delmålen i genomförandeplanen och ser ett förbättringsområde hur kunskap om användning av delmål blir gällande i verksamheten.

Avikelser och klagomålshantering

- Förvaltningen har tagit del av reviderad rutin för lex Sarah och ser att verksamheten nu uppfyller ställda krav inom området.
- Förvaltningen bedömer att hantering av muntliga synpunkter och klagomål är ett förbättringsområde så att även dessa tas om hand på ett systematiskt sätt.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2013, ALN-2013-0199, ska äldreförvaltningens uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal. Uppföljningen ska också visa på om gällande uppdrag, utifrån tillförda medel, styr i avsedd riktning och att säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.

2.2. Syfte och avgränsningar

Äldreförvaltningens sammanlagda uppföljning syftar till att:

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

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkom i samtal med de intervjuade vid besök i verksamheten. Äldreförvaltningen har utöver detta tagit kontakt med berörda avdelningar inom förvaltningen för att ta del av deras erfarenheter och synpunkter. Förvaltningen har granskat delar av utförarens dokumenterade rutiner och övriga dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Förvaltningens bedömning utgår till största del från den muntliga information som lämnats vid intervjutillfället.

Förvaltningen har fokuserat på utvalda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3. Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervju med verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på boendet. Vid intervjun med ledningen deltog även regionchef från Norlandia care. Intervjuerna med ledning och respektive personalgrupp hölls vid separata tillfällen. Uppföljningen genomfördes genom besök på boendet och intervjuer den 19 maj 2015. Granskning har skett av utvalda dokument. Från förvaltningen deltog uppdragsstrategerna Lena Söderman och Eva Erikson.

3. Resultat

3.1 Verksamhet och organisation – Bemanning

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- verksamheten ska ha ingående kunskap och vara väl insatt i bland annat äldrenämndens värdegrund
- verksamheten ska ha verksamhetschef enligt HSL och SOSFS 1997:8 med lägst grundutbildning på högskolenivå samt minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning
- ansvarig chef för enheten ska ha lägst grundutbildning på högskolenivå samt minst två års erfarenhet av arbete inom arbetsområdet
- det ska finnas en namngiven ersättare för den ansvarige chefen för enheten
- bemanning ska finnas dygnet runt i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget (så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd säkerställs).
- att personal ska behärska svenska språket och vid behov kunna använda andra språk och i förekommande fall inhämta kunskap om andra kulturer och religioner

3.1.1 Iakttagelser

Både vid intervju med personal och med ledning framkommer att äldrenämndens värdegrund är välkänd. Det är något som diskuteras dagligen. På arbetsplatsträffar (APT) finns en stående värdegrundspunkt på dagordningen. De legitimerade lyfter fram vikten av att ständigt föra etiska diskussioner. I verksamheten finns fyra utbildade värdegrundsledare.

Äldrenämndens lokala värdighetsgarantier är dock inte lika kända som nämndens värdegrund. Handledning förekommer kontinuerligt för personalgruppen och på det plan med inriktning psykiatri deltar omvårdnadspersonalen i reflektionsgrupper enligt ledningen.

Ledningen berättar med stolthet hur väl de hanterat den löpande registreringen i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Verksamheten har legat i topp i Uppsala län och tilldelats prestationsmedel som därefter investerats i utbildning för personalgrupperna.

Personalen är stolt över den verksamhet som bedrivs på Ferlin. Legitimerad personal uttrycker det goda samarbetet, ”vi hjälper varandra, det är ett öppet klimat”.

Omvårdnadspersonal berättar att fokus finns på de boendes behov utifrån deras egna förutsättningar, de boende ges möjlighet till inflytande. Det finns dock förbättringsområden enligt personalen som nämner att det behövs mer resurser för att hinna ge de boende egen tid. Omvårdnadspersonalen beskriver en pressad vardagssituation om något utöver det vanliga händer, då ”känns det inte som att vi hinner med”.

Ledningen uttrycker att värdegrundsträffarna är ett utvecklingsområde. De legitimerade lyfter att all personal borde ha omvårdnadsutbildning, dessutom nämns vikten av att behärska det svenska språket såväl muntligt som skriftligt.

På Ferlin finns totalt 103 anställda, 65 av dessa har en tillsvidareanställning. Det finns förutom VC en biträdande verksamhetschef. Det finns också samordnare för varje våningsplan. Ledningen informerar att personalomsättningen under det senaste året varit låg.

Tre personer har sagt upp sig, två har fått förtidspension och en anställd är tjänstledig. Bemanningen på respektive plan ser olika ut beroende på inriktningen. På plan ett är inriktningen psykiatri. De tio platserna bemannas förmiddag och kväll med två personer. På plan två finns plats för 20 boende med stora omvårdnadsbehov och bemannas under förmiddag med sex personal, under kvällspassen tjänstgör fyra-fem. Plan tre och fyra har 20 boende på varje våningsplan. Inriktningen är personer med demenssjukdom. Där arbetar fem-sex personer på förmiddag och på kvällen är det fyra personal i tjänst. Natten bemannas av fem personer i huset. En person på varje plan och en som kan gå emellan och hjälpa till där det behövs. Demensplanen lämnas aldrig utan personal.

Under intervjun med de legitimerade framkommer att bemanningen oftast är tillräcklig men att det finns önskemål om extra personal främst vid middag och under perioder när omvårdnaden är extra tung finns. De informerar vidare att en vikvägg på ett av demensplanen är trasig då den inte kan dras isär. Det innebär att personalen inte kan ha samma översikt som när väggen kunde dras isär. På planet för omvårdnadsboende har vårdtyngden varit extra tung sista tiden. Flera personer har redan kort tid efter inflyttningen avlidit.

VC har högskoleutbildning från sjuksköterskeprogrammet, utbildning i ledarskap, bemötande och psykiatri. Innan pågående chefsuppdrag arbetade VC som biträdande verksamhetschef i verksamheten. Namngiven ersättare för verksamhetschef finns och är känd hos personalen.

3.1.2 Förvaltningens kommentar

Förvaltningen konstaterar att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende utbildning och erfarenhet för verksamhetschef. Förvaltningen konstaterar att bemanning finns dygnet runt i sådan omfattning att krav i avtal kan uppfyllas.

Förvaltningen konstaterar att åtgärder behöver vidtas för att laga den trasiga vikväggen som avdelar ett av planen, så att den går att dra isär för att ge personalen nödvändig översikt över hela planet.

Förvaltningen konstaterar att nämndens värdegrund är känd men att implementering av nämndens värdighetsgarantier och utveckling av värdegrundsträffar är förbättringsområden.

Förvaltningen ställer sig helt bakom de legitimerades syn på behovet av utbildning för all omvårdnadspersonal samt vikten av att kunna behärska det svenska språket.

3.2. Kompetens och kompetensutveckling

Av förfrågningsunderlaget framgår att verksamheten:

- ska bedriva vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens
- ska bedriva kvalitetsutveckling på alla nivåer inom verksamheten

3.2.1. Iakttagelser

Verksamhetschefen berättar att all personal har haft medarbetarsamtal. Kompetensutveckling sker genom deltagande i olika föreläsningar och är uppskattat hos personalen. I personalgruppen finns 50 utbildade undersköterskor och 15 personer som är vårdbiträden. Under avtalstiden har tre personer utbildat sig vidare till undersköterskor för att kunna få fast anställning. En av sjuksköterskorna och en undersköterska är utbildade Silvia systrar. Personalen har olika områden där man engagerat sig lite extra. Exempel på det är värdegrundsarbete och sårvård. En undersköterska är BPSD administratör. BPSD är en

förkortning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och administratören har i uppdrag att föra in information i ett nationellt kvalitetsregister. Efter registrering av insamlad data sammanställs detta till en rapport som kan skrivas ut och användas i utvecklingsarbetet på enheten. Från registret kan statistik därefter jämföras med liknande verksamheter. Besök i andra verksamheter har också förekommit för ett kunskapsutbyte.

Inför sommaren och semesterperioderna säkras kompetensen genom att ordinarie personal delar upp sin ledighet. På så sätt finns alltid ordinarie personal i tjänst. Nyanställd personal introduceras med fyra dagars utbildning och dubbelgång i tre veckor. Checklistor förekommer i sjuksköterskornas introduktion. Det ges ingen specifik utbildning i demens eller psykiatri för nyanställd personal. Ett kompendium om olika sjukdomar delas ut till nyanställd personal vid introduktion.

Munhälsa är ett område som verksamheten haft särskilt fokus på under det senaste året. Det har lett till ökad kompetens i området. Verksamheten har nominerats till priset, ”guldtanden” för sitt arbete kring munhälsa vilket med stolthet berättas för förvaltningen.

Omvärldsbevakning sker inte i någon större utsträckning. Sjuksköterskorna gör det själva av intresse. Rehabpersonalen informerar att möten med annan rehabiliteringspersonal inom Kosmos verksamheter sker två ggr/år, vilket ses som ett forum för diskussion och utvecklingsfrågor.

3.2.2 Förvaltningens kommentar

Förvaltningen noterar det positiva utvecklingsarbete som bedrivs inom områdena demens och munhälsa. Förvaltningen ser också positivt på den kompetensutveckling som sker inom verksamheten både gällande längre vidareutbildningar samt enstaka föreläsningar för samtliga personalgrupper.

Förvaltningen bedömer att omvärldsbevakning i dagsläget inte kan beskrivas på ett strukturerat sätt. Hur detta ska förtydligas ser förvaltningen som ett förbättringsområde så att verksamheten även fortsättningsvis under avtalsperioden bedriver vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.

3.3. Kontaktmannaskap

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- rutiner för kontaktmannaskap ska finnas
- brukarråd och/eller närståendemedverkan ska eftersträvas med möten minst två gånger/år

3.3.1. Iakttagelser

Rutin och checklista för hur kontaktmannaskapet ska utföras finns. Både ledning och övrig personal är insatta i kontaktmannens funktion och uppdrag. När en boende flyttar in tar kontaktmannen emot den nya personen. Det finns en namngiven ordinarie kontaktman och en vice kontaktman för varje boende. Omvårdnadspersonalen uttrycker att funktionen som kontaktman har utvecklats och att kontaktmannen har mer ansvar nu.

Ledningens uppfattning är att den enskildes inflytande och delaktighet har ökat under de sista åren. Den enskilde har mer att säga till om nu. Omvårdnadspersonalen berättar att den enskilde ges delaktighet när genomförandeplanen skrivs. Brukarråd finns på vissa plan. Personalen försöker engagera de boende i frågor som rör vardagen t.ex. maten, aktiviteter och

blommorna. Ledningen informerar att anhörigträffar erbjuds två ggr/år. På agendan kan filmvisning, föreläsningar eller olika teman för diskussion finnas.

3.3.2. Förvaltningens kommentar

Förvaltningens bedömer att krav i avtalet följs och att verksamheten arbetar föredömligt kring kontaktmannaskap.

Förvaltningen konstaterar att ett förbättringsområde som finns i verksamheten är utveckling av brukarråd. I dag förekommer det på vissa men inte alla våningsplan.

3.4. Mat och måltider

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- kost, mat och matsservering ska följa äldrenämndens ”Riktlinjer för nutrition” och ”Inriktning och riktlinjer för mathantering inom äldreomsorgen”
- kostråd/kostombud ska finnas

3.4.1. Iakttagelser

Vid intervjuerna med all personal framkommer att äldrenämndens riktlinjer för nutrition är kända. Sjuksköterskan informerar att vårdplaner kring nutrition skrivs. Bedömningsverktyget MNA (Mini Nutritional Assessment), används vid riskbedömning för undernäring och är en kvalitets registrering i Senior Alert. I verksamheten är det undersköterskans ansvar att genomföra bedömningen var tredje månad. Viktkontroller görs på alla boende 1 g/månad. En arbetsgrupp finns som inom området kost och måltid. Kostombud finns på varje plan.

Individuella önskemål hur den boende vill ha sin måltidsmiljö dokumenteras i genomförandeplanen. På planet för boende med demenssjukdomar har matsalen avdelats för att skapa en lugnare måltidsmiljö. Personalen informerar att tid finns för att stötta och hjälpa de boende som är i behov av det i matsituationen, de tillägger att inga raster tas ut under måltiderna. Legitimerad personal deltar inte aktivt i matsituationen men är positiva till att bli kontaktade om de kan vara med och bidra till en bra och lugn måltidsmiljö. Vid behov av bedömningar gällande sväljningsförmåga, anpassning av kost mm finns logoped att tillgå.

Personalen arbetar med motiverande samtal kring kost. Egenkontroll av matens temperatur utförs av den som sköter om köket den dagen. Till helger dukas det extra fint.

Dygnet måltider serveras fördelade på frukost, lunch och middag samt mellanmål på eftermiddag och kväll. Verksamheten strävar efter att nattfastan ej ska överstiga 11 timmar enligt gällande rekommendation. Personalen informerar att om den boende har särskilda önskemål kring kortare eller längre nattfasta ska det dokumenteras i genomförandeplanen. Nattfastan är ett område där personalen utvecklat rutiner så fastan inte ska bli för lång. Ett exempel är att nattpersonalen nu serverar näringsdryck vid början av arbetspasset.

3.4.2. Förvaltningens kommentar

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.

3.5. Aktiv och meningsfylld tillvaro

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- de behov av utevistelse som har angivits i genomförandeplanen ska uppfyllas
- den enskilde ska ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar social gemenskap och meningsfullhet
- den enskilde ska få hjälp att komma till mötesplatser och andra hälsofrämjande aktiviteter
- frivilligombud ska finnas i verksamheten
- ska aktivt motta och genomföra passande erbjudanden som finns tillgängliga inom "Kultur i vården"
- kulturombud ska finnas i verksamheten

3.5.1. Iakttagelser

Ledningen berättar att aktiviteter erbjuds de boende alla dagar i veckan. Aktivitetutbudet presenteras på en tavla väl synlig på varje plan. Vid planering av större aktiviteter informeras det ut via hemsida och särskilt program. Deltagandet i olika aktiviteter dokumenteras i den enskildes journal. Urvalet av de olika aktiviteterna har föreslagits via personalens super 8 grupp för aktiviteter och vid boenderåd. För att följa upp och förbättra aktiviteterna så de blir meningsfulla och stärker den enskildes känsla av sammanhang kan information ur den boendes levnadsberättelse användas, berättar ledningen. Legitimerade informerar att det inte är aktiva i aktivitetsgruppen men uttrycker själva att de borde delta men att de har prioriterat andra arbetsuppgifter. De boende erbjuds utevistelse varje dag. Deras uppfattning är att arbetet kring verksamhetens aktiviteter fungerar bra.

Omvårdnadspersonalen informerar att "det snålas inte på någonting". De nämner att extrapersonal finns att tillgå vid behov, mat och förbrukningsmaterial finns i tillräcklig mängd.

Biblioteket kommer en gång i månaden och byter ut böcker. Det finns också möjlighet för personalen att följa med den boende till frisör eller fotvård om så önskas.

3.5.2. Förvaltningens kommentar

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende att erbjuda de boende en aktiv och meningsfull tillvaro. Ett förbättringsområde är utveckling av kultur i vården.

Ett annat förbättringsområde är att se över de legitimerades roll så att deras kompetens kommer till nytta för de boende även inom detta område.

3.6. Hälso- och sjukvård

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska finnas för den enskilde
- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov
- behovet av hälso- och sjukvård och omvårdnad upp till och med sjuksköterskenivå ska tillgodoses dygnet runt
- vårdgivaren ska följa tandvårdsreformen - informera om och utfärda intygsunderlag
- palliativt ombud, sjuksköterska, ska finnas

- omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt
- utföraren ska följa regler och riktlinjer och informera om landstingets tandvårdsstöd samt utfärda intygsunderlag för subventionerad tandvård
- den enskilde ska vara delaktig i sin egen vård och omsorg
- god hygienisk standard ska upprätthållas

3.6.1. Iakttagelser

Det finns 2,5 heltidstjänst sjuksköterska fördelat på tre personer. Från klockan 17 - 22 anlitar Kosmo/Norlandia Private nursing som underleverantör för att fullfölja utförarens kontrakt. Mellan klockan 22 – 07 är det vård- och omsorgs natthemsjukvård som utför sjuksköterskans insatser. Sjuksköterskan tycker att samarbete och informationsöverföring mellan de olika aktörerna fungerar bra. Omvårdnadspersonalen upplever att sjuksköterskorna i huset är tillgängliga men på plan ett saknas en närvarande sjuksköterska då expeditonen finns på annat plan. Sommarbemanningen för sjuksköterskorna är inte ett problem i år då tillgängligheten är god. Rutiner med landstinget i ViS (vård i samverkan) beskriver samverkan med läkare. Dessa är kända hos ledningen och sjuksköterska. Vid medicinsk vårdplanering deltar förutom läkare och sjuksköterska också kontaktman. Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt gällande rutin med det evidensbaserade skattningsverktyget Phase 20, även där är kontaktman närvarande och skattar symtomen.

Munhälsobedömningen erbjuds årligen och utförs av tandhygienist. Tre av sjuksköterskorna är utfärdare av underlag för tandvårdsintyg.

Vid palliativ vård har läkaren brytpunktssamtal med berörda, vilket dokumenteras i den boendes journal. Palliativt ombud finns på boendet. All personal vi träffar tycker att verksamheten kan erbjuda en god vård i livets slutskede. Rutiner finns för omvårdnad vid vård i livets slut som beskriver täta besök och att extravak sätts in vid behov. Palliativa konsultteamet (PKT) är inte känt av alla de intervjuade. Sjuksköterskan berättar att kontakt tagits med PKT någon enstaka gång för råd och stöd. Att möte närstående i kris, att vara närvarande är något som både ledning, legitimerad personal och omvårdnadspersonal upplever som viktigt. Närstående ses som en viktig resurs i omvårdnaden kring den boende. Ledningens åsikt är att de flesta i personalgruppen har ett bra bemötande. Personalen uttrycker vikten att finnas till för de närstående. Efterlevande samtal erbjuds.

Lokala rutiner för hur registrering och hantering av medicintekniska produkter ska utföras finns i verksamheten. Hygienombud finns utsett på varje plan. Egenkontroller sker höst och vår som syftar till kontroll av följsamheten till basala hygienrutiner.

Exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i dag är insulingivning, skötsel av urinkatetrar, stomier, sonder för matning. Rehabpersonalen ordinerar individuella rörelseträningar och delegerar detta med signeringslistor till personalen.

Intern samverkan kring den enskilde sker genom olika mötesformer och teamsamverkan som

- vårdplaneringar (där deltar sjuksköterska, läkare, rehab och kontaktman)
- teammöte, varannan vecka (sjuksköterska, rehab och omvårdnadspersonal deltar)
- sjuksköterskemöten 1 gång/vecka
- super 8 grupper var 6:e vecka (i var och en av de olika grupperna)
- ledningsmöte var 4:e vecka (VC, legitimerad personal och samordnare deltar)
- samordningsmöten
- möte med MAS/MAR

Ledning och personal upplever dålig återkoppling på de avvikelser som rapporteras in i Flexite. VC skriver därför ut avvikelser månadsvis och använder dessa i analys tillsammans med personal i sitt förbättringsarbete.

Registrering i kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret utförs av sjuksköterskorna i verksamheten.

3.6.2. Förvaltningens kommentar

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga krav inom området.

Förvaltningen informeras om verksamhetens olika mötesformer och ser en möjlig risk att gränsdragningen mellan dessa kan bli otydlig och samma frågor hanteras i flera olika mötesforum.

3.7. Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov
- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt alla tider på dygnet
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges, till personal och närstående, hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner och nivåer
- den medicintekniska utrustningen ska hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven

3.7.1. Iakttagelser

Bemanningen av sjukgymnast och arbetsterapeut är 50 % vardera. Vilka tider de är närvarande framgår av en tavla utanför deras expedition. Ledning och personal informerar att sjukgymnast och arbetsterapeut finns på boendet i tillräcklig omfattning.

Urvalskriterier och/eller systematik för när sjukgymnast och arbetsterapeut ska kopplas in finns och delges förvaltningen vid besöket. Detta är dock inte känt av omvårdnadspersonalen som uttrycker att man ”tar tag” i den som är närmast av rehabiliteringspersonalen.

Rehabiliterings personalen berättar under intervjun att det förekommit många fallincidenter på boendet. Någon rutin för det fallpreventiva arbetet är inte framtagen. Förvaltningen informerar att en enkät gällande rehabilitering och hur detta säkerställs för den enskilde kommer att skickas ut i närtid av uppdragsstrateg och MAR.

3.7.2. Förvaltningens kommentar

Förvaltningen gör ingen bedömning av huruvida krav inom området är uppfyllda, då förvaltningen skickat en separat enkät för att kartlägga rehabiliteringsinsatser i samtliga vård- och omsorgsboenden. Enkäten hanteras i särskild ordning.

3.8. Informationsöverföring och dokumentation

Av förfrågningsunderlaget framkommer att:

- journalföring och dokumentation av hälso- och sjukvården ska föras och förvaras i enlighet med patientdatalagen, samt förvaras åtskilda från de anteckningar som görs i den övriga verksamheten
- journalföring och dokumentation av socialtjänst ska föras och förvaras i enlighet med föreskrifter och allmänna råd samt samlas i ärendeakt för varje person
- varje beställning ska omsättas till en genomförandeplan som ska undertecknas av den enskilde, om den enskilde inte kunnat medverka vid undertecknandet ska det tydligt framgå av genomförandeplanen.
- kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar.

3.8.1. Iakttagelser

I intervjun framkommer att omvårdnadspersonalen upplever goda förutsättningar för inläsning och information inför sitt arbetspass. Dokumentation sker oftast löpande under dagen, ibland kan dokumentation ske efter arbetspasset.

Både ledning och personal berättar att alla boende har en aktuell genomförandeplan.

När en genomförandeplan upprättas deltar förutom den boende, närstående och kontaktman. Samordnaren granskar genomförandeplanen innan de skickas till biståndshandläggare.

I genomförandeplanen används mål och delmål. Personalen upplever dokumentation kring delmål som "luddiga" och svåra att få grepp om. Ledning och de legitimerade uttrycker ett missnöje med dokumentationssystemet Siebel. Systemet upplevs krångligt, osäkert och ologiskt.

Ett nytt sätt att dokumentera utifrån ÄBIC (äldres behov i centrum) är beslutat i Uppsala kommun. I verksamheten finns en utbildad expertanvändare för att stötta och lära upp övriga medarbetare i verksamheten.

Informationsöverföring mellan de olika arbetspassen sker både skriftligt och muntligt.

Insatser som kvälls- och natthemsjukvård ska utföra faxas av dag sjuksköterska. Inför arbetspassen förekommer både inläsning och muntliga rapporter från sjuksköterska.

3.8.2 Förvaltningens kommentarer

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda. Förvaltningen noterar en osäkerhet som personalen uttrycker gällande dokumentation kring de så kallade delmålen i genomförandeplanen och ser ett förbättringsområde hur delmålen kan utvecklas för att bli mer användbara.

3.9. Avvikelser och klagomålshantering

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- rutin ska finnas för avvikelshantering och lex-Maria anmälan
- rutin ska finnas med instruktion hur lex-Sarah anmälan går till
- rutin för lokal synpunkts-/klagomålshantering ska finnas
- inom sju dagar ska den enskilde få svar eller besked om när ett svar kan ges
- rutin ska finnas för hur utebliven insats hanteras

3.9.1 Iakttagelser

Ledning och legitimerad personal informerar hur inkomna synpunkter och klagomål hanteras och lyfter att även dessa ska skrivas ner. Detta är känt hos omvårdnadspersonalen, men de uttrycker också behov av att bli bättre på att dokumentera dessa.

Det framkommer under intervjuerna med både ledning och personal brister i kännedom om hur lex Sarah fungerar. Ledningen ska till förvaltningen inkomma med en uppdaterad rutin kring lex Sarah. Ledningen informerar om den kvalitetsgrupp som finns där man sammanställer, redovisar och diskuterar de synpunkter och klagomål som inkommit. Super 8 grupperna har olika fokusområden berättar ledningen. För närvarande är inte alla åtta grupperna aktiva utan några är hopslagna. En person per grupp är sammankallande. Super 8 grupperna har möten ca fyra gånger per år och protokoll finns från de olika träffarna.

Under intervjuerna uttrycker både legitimerad personal och omvårdnadspersonal att det finns möjlighet att påverka och framföra sina åsikter. Andan beskrivs som positiv med "högt i tak". De uttrycker vidare att "man är en representant för den boende".

Ledningen ger exempel på hur en oväntad händelse hanterats. För att lösa situationen kopplades olika stödfunktioner vilket förvaltningen ser positivt på.

3.9.2 Förvaltningens kommentarer

Förvaltningen har tagit del av reviderad rutin för lex Sarah och ser att verksamheten nu uppfyller ställda krav inom området. Förvaltningen bedömer att hantering av muntliga synpunkter och klagomål är ett förbättringsområde så att även dessa tas om hand på ett systematiskt sätt.

4. Förvaltningens avslutande kommentar

Förvaltningens bedömning är att krav i avtal till väsentliga delar är uppfyllda på vård- och omsorgsboendet Ferlin. Avtalsuppföljningen har identifierat behov av utveckling inom sex av nio fokusområden. Verksamheten förväntas vidta åtgärder som syftar till att säkerställa god kvalitet även inom nämnda områden. Verksamheten ska senast 15 september vid begäran kunna uppvisa vidtagna åtgärder.

Uppsala 2015-07-02



Lena Söderman
Uppdragsstrateg



Eva Erikson
Uppdragsstrateg

