

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2013-07-10

Diarienummer
ALN-2013-0036.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Balder

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten.

Föredragning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Balder den 18 februari 2013 som framgår av rapporten. I samband med detta genomfördes en dokumentationsgranskning den 13 februari, vilken framgår av rapporten. Balder är ett av de två första vård- och omsorgsboenden där den nya upphandlingsformen tillämpats, vilket innebar förändringen från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud med tillägg av 8 utvärderingsområden innehållande 13 mervärden.

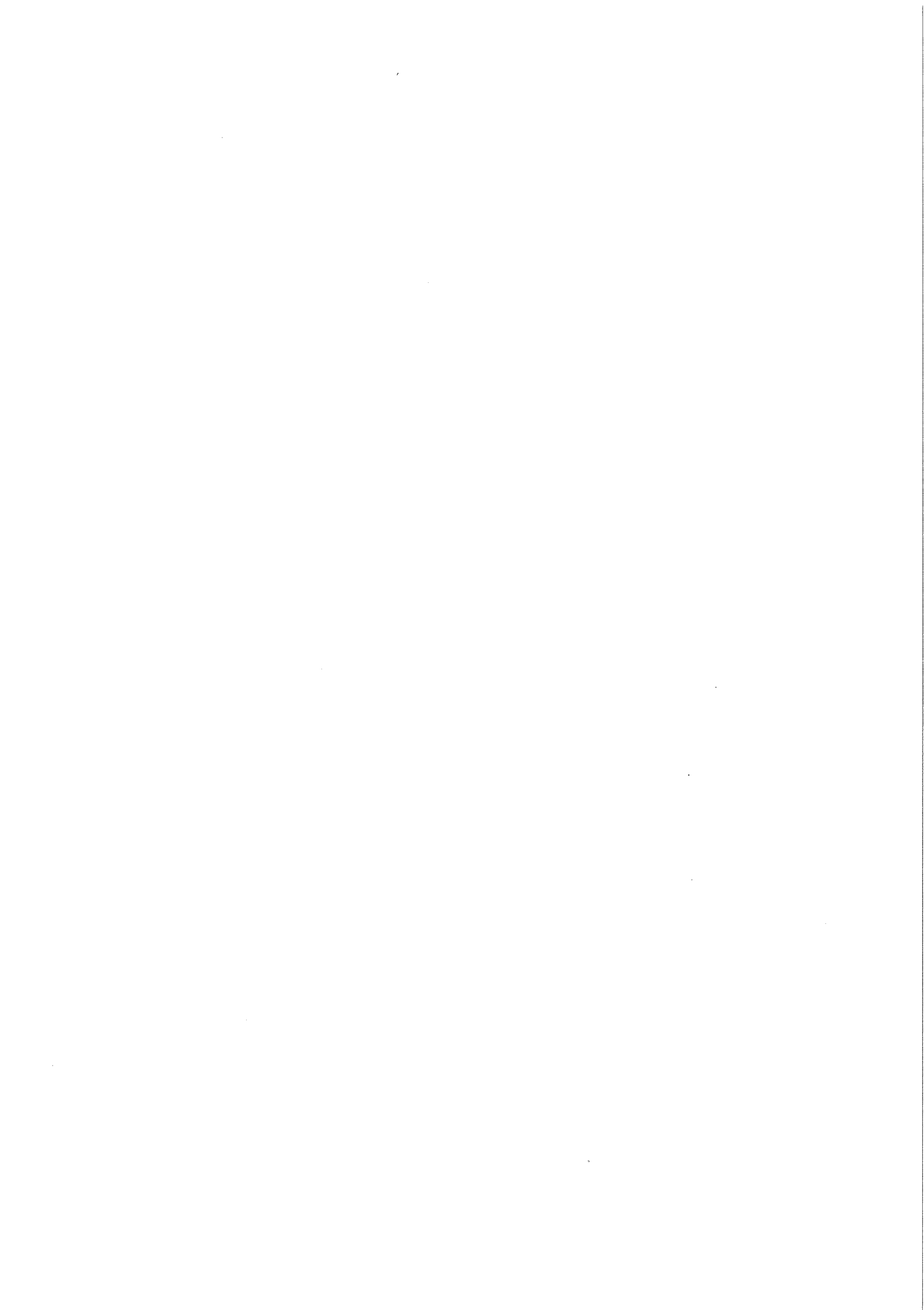
Uppföljningen visade att det förelåg ett flertal brister och förbättringsområden. Handlingsplan inkom den 24 april (bilaga 1). Då avtalet är nytt fann kontoret det lämpligt att redan i rapporten bjuda in utföraren till möte. Syftet var att möjliggöra för utföraren att även muntligen redogöra för de vidtagna åtgärderna men också att kontoret i direkt dialog ville försäkra sig om att innebörden av mervärdena var tydligt för utföraren. Detta möte ägde rum 3 maj. Kontoret önskade att utföraren inkom skriftligen med de kompletteringar/förtydliganden (inom fem områden) som diskuterades vid mötet, dessa inkom 30 maj (bilaga 2). Efter genomgång av svaren fann kontoret att ytterligare förtydliganden från utföraren krävdes inom två områden varav ett var ett mervärde. Telefonkontakt togs också med utföraren 20 juni med syfte att säkra att inga missförstånd fanns gällande innebörden av de berörda områdena.

Kompletteringarna inkom till kontoret 8 juli (bilaga 3) och svaren bedömdes efter genomgång som tillfredsställande och godkändes. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

På grund av brister i dokumentationen kommer dock en ny dokumentationsgranskning att ske under senare delen av hösten. Detta för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. Kontoret kommer återkoppla resultatet till äldrenämnden.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör



Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2013-04-04

Diarienummer
ALN-2013-0036.30

Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Balder Uppsala kommun

Beskrivning av verksamheten

Utförare och enhet	Förenade Care AB Balder vårdboende
Adress	S:t Olofsgatan 44 B, 753 32 Uppsala
Verksamhetschef	Susanna Gerhard, tillträdande chef Antonio Mir Cabot
Tfn och mailadress	Tel: 018 727 24 00 susannag@forenadecare.com
Uppföljning utförd av	Uppdragsstrateger Mia Gustafsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Ledning, gruppleddare från varje plan (tre personer), omvårdnadspersonal representanter dag, kväll och natt, två sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vårdhundsförare.
Totalt antal platser	51 lägenheter
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning omvårdnad och demens
Avtalstid	2012-10-06 – 2015-10-05 + 3 år
Datum för uppföljning	2013-02-18

Vård- och omsorgsboendet drivs av vårdföretaget Förenade Care AB sedan 2006 och inrymmer totalt 51 lägenheter. Dessa är fördelade på två våningsplan med vardera 17 lägenheter för personer med omvårdnadsbehov samt ett våningsplan med 16 lägenheter för personer med demenssjukdom. Tre av lägenheterna är avsedda för att ta emot personer med behov av korttidsvård.

Äldrenämnden beslutade om en ny upphandlingsform under 2011 som innebar förändringen från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud. Detta resulterade i att företaget fick förtroendet att fortsätta driva boendet och i oktober 2012 trädde det nya avtalet i kraft. Förändringen från tidigare förfrågningsmaterial är ett tillägg av 8 utvärderingsområden innehållande 13 mervärden där utföraren själv får välja att erbjuda en högre kvalitet/mervärde utöver de ska-krav som är obligatoriska. Förenade Care AB valde att erbjuda en högre kvalitet/mervärde inom samtliga 8 utvärderingsområden.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Balder. Enheten drivs av vårdföretaget Förenade Care AB.

Kontorets bedömning är att Balder är en verksamhet som fungerar väl på många sätt dock finns ett flertal brister och förbättringsområden. I detta kapitel beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna. Kontoret har valt att göra denna sammanfattning fylligare för att på några sidor ge läsaren en heltäckande bild. För en ännu mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten. De av utföraren valda utvärderingsområden innehållande mervärden presenteras i tabell under respektive rubrik.

1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Värdegrundsarbete

Äldrenämndens antagna värdegrund är välkänd och implementerad i verksamheten. Dock är inte de lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 implementerade i verksamheten. Kontoret begär att i handlingsplan få in ett detaljerat svar som beskriver implementeringsprocessen samt när kommande egenkontroll ska genomföras.

Arbetsledning och bemanning

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har en bra kontroll och styrning över bemanningen generellt sett. Kontoret ser positivt på att sjuksköterskorna strukturerat deltar på morgonen i omvårdnadsarbetet. Dock framfördes att detta medförde vissa svårigheter då sjuksköterskorna upplevdes ingå i grundbemanningen. I kontakt med ledningen efter avtalsuppföljningen framfördes till kontoret att beslut tagits att sjuksköterskorna från och med 15 april är utöver den ordinarie omvårdnadspersonalen och den handledande rollen är tydliggjord. Kontoret ser positivt på att ledningen fattat detta beslut och finner denna åtgärd tillfredsställande. Dock kan detta komma att följas upp av kontoret vid senare tillfälle.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
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	Mervärdet bedöms uppfyllt

Kompetens och utbildning

HVK ser att personalen vid Balder har en god grundkompetens och att en väl förankrad rutin för nyintroduktion finns. Enligt omvårdnadspersonalen upprättas kompetensutvecklingsplaner tillsammans med gruppledarna i verksamheten. Kontoret förutsätter att verksamhetschefen tar del av dessa så att resurser styr i avsedd riktning. Tveksamheter finns om legitimerad personal har kompetensutvecklingsplaner.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
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. HVK begär handlingsplan

Kontaktmannaskap

HVK bedömer att Balder fungerar väl på många sätt inom detta område. Dock ser kontoret att behov finns av att förtydliga vissa delar av kontaktmannaskapet i personalgruppen då det vid intervjuerna framkommer att innebörden av "egen tid" inte är klart för alla, se vidare under punkt 3.6 *aktiv och meningsfylld tillvaro*. Kontoret kan konstatera att verksamheten inte infört brukarråd och begär därmed i handlingsplan en beskrivning av hur ska-kravet ska verkställas.

Kost och måltider

Äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltider och nutrition förefaller vara implementerade i personalgruppen. Kostombud finns utsett. HVK ser positivt på att verksamheten tar del av de enkätundersökningar som den avtalade matleverantör Sodexo genomför i verksamheten, och att verksamheten återkopplar resultatet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning	Mervärdet bedöms uppfyllt

Aktiv och meningsfylld tillvaro

Kontoret anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses. Kulturombud uppges finnas i verksamheten, dock finns behov av information till personalgruppen gällande denna roll och syfte. Kontoret konstaterar att utsett volontär-/frivilligombud inte längre har kontakt med centrum för ideellt arbete. Detta samarbete måste återupptas. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur detta samarbete ska återuppstå och stärkas.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp	Mervärdet bedöms delvis 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 ställer sig tveksamt till att mervärdet uppfylls. HVK begär ett förtydligande i handlingsplan
Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater m.m ca tre timmar per tillfälle	Kontoret ställer sig tveksamt till att mervärdet uppfylls. HVK begär ett förtydligande i handlingsplan
Den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka	Mervärdet bedöms inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan

Hälsa-och sjukvård

Kontoret anser att Balder fungerar väl inom detta område. Palliativt ombud finns och rutin för vård i livets slut förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. HVK ser positivt på att verksamheten använder sig av det evidensbaserade vårdprogrammet LCP (Liverpool Care Pathway) vid vård i livets slut, samt att det finns undersköterskor med utökat ansvar inom området. Dock arbetar verksamheten inte aktivt med riskbedömningar i Senior Alert enligt de uppgifter kontoret tagit del av från utvecklingsledaren för registret. Kontoret noterar också att verksamheten inte arbetar med symtomskattningsskala PHASE 20 vid läkemedelsgenomgångar. Detta är förbättringsområden som verksamheten omgående måste åtgärda.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar	Mervärdet bedöms uppfyllt

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Det förefaller för kontoret som att de enskildas behov av bedömning och rehabilitering tillgodoses vid inflyttning. Kontoret ser dock att verksamheten saknar ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas med syfte att optimera teamarbetet kring den enskilde. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur teamarbetet kring den enskilde ska uppnås.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka	Mervärdet bedöms uppfyllt
En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka	Mervärdet bedöms uppfyllt
Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema	Mervärdet bedöms inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan
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	Mervärdet bedöms uppfyllt. Dock finns förbättringsområden för verksamheten att arbeta vidare med.
Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens	Mervärdet bedöms inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan

Informationsöverföring och dokumentation

Dokumentationsgranskning gjordes den 13 februari vid verksamheten och där framkom ett flertal brister inom omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens journalföring. Kontoret bedömer att vissa brister omgående måste åtgärdas i verksamheten. De återstående bristerna förutsätter kontoret åtgärdas i samband med övergången till det nya dokumentationssystemet som ska ske enligt ledningen inom snar framtid.

Ny dokumentationsgranskning kommer att ske under hösten 2013 i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

Avvikelser och klagomålshantering

Vid verksamheten förefaller rutin för HSL-avvikelser finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt synpunkts- och klagomålshanteringssystem, och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

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 24 april 2013**, 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-var-d-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, vilket tydligt framgår i förfrågningsunderlaget avsnitt 4.6 Avtalsuppföljningar och sanktioner. Här står också att läsa om sanktioner direkt kopplade till brister mot mervärdena.

De förbättringsområden som kontoret såg vid avtalsuppföljningen och som lyfts fram i denna rapport, men där handlingsplan inte krävs in, förutsätter kontoret omgående åtgärdas. Kontoret utgår också från att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att utveckla och förbättra verksamheten.

Kontorets uppfattning är att det finns ett behov av en dialog kring tolkning och innebörd av mervärdena samt uppmärksammade bristområden och **bjuder in till möte den 2 maj**. Därmed kommer kontoret inte fatta beslut i frågan om sanktioner idag utan avvaktar mötet.

2. Inledning

Vård- och omsorgsboendet Balder drivs av Förenade Care AB på uppdrag av Uppsala kommun. Totalt inryms 51 lägenheter. Dessa är fördelade på två våningsplan med två omvårdnadsavdelningar samt en avdelning för personer med demenssjukdom.

I oktober 2012 började ett nytt avtal gälla för verksamheten. Äldrenämnden beslutade att förändra upphandlingsformen vilket innebar en förändring mot tidigare avtal, från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud. Förändringen innefattade ett tillägg av 8 utvärderingsområden med tillhörande 13 mervärden där utföraren själv får välja att erbjuda en högre kvalitet/mervärde utöver de ska-krav som är obligatoriska. Förenade Care AB valde att erbjuda en högre kvalitet/mervärde inom samtliga 8 utvärderingsområden.

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2010-03-31, ska kontoret för hälsa, vård och omsorgs uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal och beviljade individuella insatser. Uppföljningen ska också visa på om gällande uppdrag, utifrån tillförda medel, styr i avsedd riktning.

2.2 Syfte

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs 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 har behov av, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

2.3 Metod

- Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten
- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar har genomförts inom lagrummen SoL och HSL
- Granskning av tertialrapport har gjorts
- Granskning av personalschema, APT protokoll har skett samt genomgång av olika rutiner så som exempelvis vård i livets slut, kontaktmannaskap, rutiner för nattpersonalen

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en utförlig 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

Äldrenämnden i Uppsala kommun har antagit en värdegrund som samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde ska säkerställa en systematisk tillämpning av. Inom ramen för värdegrunden har nämnden antagit sex värdeord som ska prägla verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande*.

I maj 2012 beslutade äldrenämnden om lokala värdighetsgarantier som ska gälla inom kommunens äldreomsorg med start 1 februari 2013. Utöver de kvalitetskrav som ställs på alla utförare lyfter de lokala värdighetsgarantierna fram några områden som särskilt ska följas upp. Personer som bor på ett vård- och omsorgsboende har, kortfattat beskrivet, rätt att: *påverka tidpunkten för promenad eller annan utevistelse, välja att promenera i grupp eller enskilt, få inskrivet i genomförandeplan hur och när utevistelsen ska ske, ha en lugn och trivsamtidsmiljö, påverka menyn och tidpunkt för måltider samt få en årlig läkemedelsgenomgång.*

3.1.1 Iakttagelser

Hos samtliga av de intervjuade föreföll nämndens intentioner med värdegrunden vara väl kända och implementerade i verksamheten. Ett strukturerat och tydligt arbete beskrivs med att hålla detta levande i verksamheten. Planeringsdagar har ägt rum där värdeorden brutits ned och kopplats till bland annat genomförandeplaner. Detta är också återkommande punkter på verksamhetens arbetsplatsträffar. Ledningen framför dock att delmålen i planerna är ett förbättringsområde som verksamheten ska arbeta vidare med. Etikronder har hållits under hösten med personalen, vilka varit schemalagda en gång per vecka för samtliga av personalgruppen vid tre tillfällen. Samtliga av de intervjuade lyfter fram bemötandet som ett stort fokusområde i verksamheten. Det beskrivs att verksamheten ständigt strävar efter att bli bättre och ser anhöriga som en viktig resurs i denna process. Ett exempel som beskrivs är att en enkät har gått ut till anhöriga för att fånga in förbättringsområden som verksamheten kan fokusera på och arbeta vidare med.

Ledningen berättar att tidigare i verksamheten fanns reflektionstillfällen där personalen samlades och reflekterade över dagen. Detta upplevdes som något positivt och planer finns på återinförande i samband med implementeringen av värdegrundsledare som kommer inom kort.

Kunskapen om de lokala värdighetsgarantierna som nämnden införde 1 februari i år var välkända hos ledningen dock inte hos alla i personalgruppen. Ledningen framför att dessa har presenterats för personalgruppen och beskriver en planering för implementering via planeringsdagar och arbetsplatsträffar.

3.1.2 Kontorets kommentarer

Vid uppföljningstillfället var det tydligt för kontoret att äldrenämndens antagna värdegrund är välkänd och implementerad i verksamheten. Ett tydligt och strukturerat arbetssätt beskrivs för att hålla detta levande i verksamheten.

De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 är inte implementerade i verksamheten. Kontoret har en förståelse för att det vid uppföljningstillfället förflutit en kort tid sedan införandet av garantierna. Verksamheten måste dock säkerställa att samtliga berörda (boende, närstående, personal) får information om vad kravet innebär och om vilket utfall som kan förväntas för den enskilde. Ledningen måste leda arbetet med implementering av de lokala värdighetsgarantierna i samtliga delar i verksamheten. Kontoret ser också att verksamheten i sin regelbundna egenkontroll måste fånga eventuella brister till följsamheten kring de lokala värdighetsgarantierna och återföra dessa i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Kontoret begär att i handlingsplan få in ett detaljerat svar som beskriver när aktiviteter enligt ovan ska ske och när kommande egenkontroll ska genomföras.

3.2 Arbetsledning och bemanning

Ska-krav

- 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)
- enhet för personer med demenssjukdom ska ha personal på plats hela dygnet och minst två personer under dag- och kvällstid
- på omvårdnadsavdelningarna ska samma bemanningstäthet finnas under veckans alla dagar
- handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem ska finnas (demens)
- ska ha verksamhetschef enl HSL o SOSFS 1997: 8. Stationerad ansvarig chef ska ha relevant utbildning på högskolenivå 80 hp eller Bolognaavtalet 120 p, samt minst två års erfarenhet av arbete inom området
- verksamhetschefen ska ha minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande anställning
- Utvärderingsområde - 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

3.2.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället berättar ledningen att det finns 47 anställda i verksamheten, därutöver tillkommer timanställd personal. Personalomsättningen förra året uppges ha varit låg och många av personalen har arbetat länge i verksamheten.

Bemanningen dagtid på omvårdnadsavdelningarna är fyra personal fram till kl: 13.00, på

demensavdelningen är man fyra personal fram till kl: 14.00. Därefter är bemanningen tre personal på samtliga avdelningar fram till kl: 20.00.

Samtliga intervjuade berättar att dagpersonalen på morgonen består av tre undersköterskor, varav en är avdelningens gruppleddare och finns med i morgonarbetet fram till kl: 11.00, därefter kommer ersättare in. Den fjärde personalen kan utgöras av en sjuksköterska då denna är i tjänst och upplevs ingå i grundbemanningen mellan kl: 08.00-10.00. Därefter återgår sjuksköterskan till sina sjuksköterskeuppgifter och en ny omvårdnadspersonal tar vid. Ledningen framför att sjuksköterskans roll är att styra upp morgonarbetet och delta i vården där sjuksköterskans kompetens behövs samt att fånga de boendes hälsotillstånd.Handledning och stöttning till personalen ingår också i denna arbetsuppgift.

Legitimerad personal framför att de ser positivt på att delta i vårdarbetet på morgonen men att det ofta upplevs som stressigt. Man upplever sig ha förlorat två timmar i sjukskötersketid och att det finns arbetsuppgifter som blir lidande. Vidare lyfter de intervjuade att ingen utökning av sjukskötersketid skett sedan nytt avtal börjat gälla. Omvårdnadspersonalen berättar att det händer att sjuksköterskan ibland får gå ifrån om annan avdelning påkallar uppmärksamhet, vilket upplevs gör det svårt att hinna med de dagliga bestyren, då det blir tre personal kvar med ansvar för 17 boende.

På natten arbetar tre personal i huset. Samtliga intervjuade uppger att demensavdelningen aldrig lämnas obemannad. En tydlig rutin överlämnades till kontoret.

Vidare beskriver ledningen att man på försök infört en så kallad praktisk tur. Detta innebär att en av personalen på eftermiddagen har ansvaret för pratiska sysslor så som städ, tvätt etc. Syftet uppges vara att de övriga två av personalen då kan fokusera mer på omvårdnadsuppgifter. Demensavdelningen har inte denna organisering då personalen upplevde att detta medförde en stressigare arbetssituation. Omvårdnadspersonalen framför vid intervjun att syftet med den praktiska turen inte riktigt fungerar utan denna person får i alla fall hjälpa till med omvårdnadsarbetet.

Samtliga av den intervjuade personalgruppen anser att det skulle behövas en högre bemanning för att hinna med det dagliga. Omvårdnadspersonalen berättar att de inte alltid hinner gå direkt på larmen som kommer, speciellt på morgonen och eftermiddagen, toalettbesök prioriteras men de boende kan få vänta upp mot 10 minuter. Inte heller utevistelse/promenader hinns med, för vidare läsning om utevistelse/promenader se punkt 3.6 *Aktiv och meningsfylld tillvaro.*

När det gäller bemanning av legitimerad personal arbetar totalt tre sjuksköterskor i verksamheten med följande tjänstgöringsgrader; 100%, 90%, och 75%. På kvällen ansvarar företaget privat nursing för vården och natttid är det kommunens natthemsjukvård som svarar för boendet. Arbetsterapeut finns i verksamheten på 100 % totalt, varav 50% innefattar tjänsten som aktivitetsansvarig. Sjukgymnasten arbetar 50 % i verksamheten.

När det gäller handledning i demensfrågor uppger ledningen att verksamhetens Silvia syster håller i dessa handledningstillfällen. Deltagandet är obligatoriskt på demensavdelningen. Omvårdnadspersonalen berättar att de haft handledning en gång föregående vecka och att fyra träffar finns inplanerade framöver. Legitimerad personal uppger att de inte deltar i handledningen i demens.

Den avgående verksamhetschefen innehar relevant kompetens, dock tillträder en ny chef från och med 1 april. Denne har relevant utbildning så som sjuksköterska men uppfyller inte fullt ut kravet på tre års dokumenterad erfarenhet i arbetsledande anställning. Ledningen framför att man löst detta med ett mentorskap. Avlämnande verksamhetschef tillika nytillträdd regionchef kommer finnas tillgänglig som stöd och ha regelbundna träffar med sin nytillträdde kollega. Ledningen uppger att chefen har varit och kommer vara stationerad på verksamheten minst 6 timmar per dag måndag till fredag. Kontoret hänvisar till bilaga 2, där kontorets svar på tidigare fråga från Förenade Care gällande chefskapet framgår. Den nuvarande verksamhetschefen ska kvarstå som detta tills den nya chefen uppfyller ska-kravet fullt ut.

Ersättare vid frånvaro är en nyligen utsedd biträdande verksamhetschef tillika sjuksköterska i verksamheten.

3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har en bra kontroll och styrning över bemanningen generellt sett. Bemanningen och rutiner nattetid säkerställer att demensavdelningen inte lämnas obemannad. Handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem tillgodoses genom obligatoriska träffar tillsammans med verksamhetens Silvia syster, vilket är mycket positivt.

Kontoret ser positivt på att sjuksköterskorna strukturerat deltar i omvårdnadsarbetet på morgonen i syfte att handleda personalen samt få en djupare bild av de boendes hälsotillstånd. Kontoret ställde sig dock tveksam till denna organisering, då det upplevdes som om sjuksköterskorna ingick i grundbemanningen och att det beskrevs i intervjuerna med samtlig personal medföra olika svårigheter. Kontoret ställde sig frågan om bemanning fanns i sådan omfattning att kvaliteten säkerställdes. I telefonsamtal med ledningen 130315 fick kontoret information om att ny organisering vid morgonarbetet på avdelningarna är på gång. Enligt uppgift kommer, från och med 15 april, sjuksköterskan vara den femte personen där rollen som mer handledande är tydliggjord. Kontoret ser positivt på att ledningen fattat detta beslut och finner denna åtgärd tillfredsställande. Dock kan detta komma att följas upp av kontoret vid senare tillfälle.

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. Kontoret bedömer mervärdet som uppfyllt.

3.3 Kompetens och utbildning

Ska-krav

- ska bedriva god och säker vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens med ständig kvalitetsutveckling
- nyrekryterad tillsvidare och visstidsanställd personal (anställning i mer än 6 månader) ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning
- Ska inom avtalstiden erbjuda tillsvidareanställd personal som saknar utbildning en sådan
- personal som vårdar personer med demenssjukdomar ska ha dokumenterad demensvårdskunskap
- personal ska behärska svenska språket och vid behov kunna tillägna sig kunskap om andra kulturer och religioner
- personal ska ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet
- Utvärderingsområde - all personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år

3.3.1 Iakttagelser

Vid Balder har de flesta av medarbetarna undersköterskekompetens, endast fem saknar detta och av dessa uppges en person nu validera. Vid verksamheten finns en utbildad Silvia syster.

Vid nyanställning uppges endast personer med undersköterskeutbildning anställas, gärna med erfarenhet och ett plus är om de är utbildade som Silvia systrar. När det gäller introduktion av nyanställda framkom att Balder har en rutin/checklista för detta, vilken förefaller vara förankrad i personalgruppen. I introduktionsprogrammet ingår bland annat dubbelgång samt utbildning i ibland annat lyftteknik, brand, arbetsmiljö och hygien. Det sker en kontinuerlig uppföljning av introduktionen. Ledningen framhåller att samtliga medarbetare som arbetar på demensavdelningen har en dokumenterad demensvårdskunskap.

Ledningen framför att kompetensutvecklingsplaner finns upprättade för alla anställda och att det tydligt finns beskrivet vilka utbildningar som det finns behov av och vilka som är kommande. Några av de utbildningar som genomförts är bland annat värdegrund, förflyttningsteknik, hygien, social dokumentation (i oktober), handledarutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor. Planeringsdagar finns planerade.

Ledningen uppger att personalen inte gjort några studiebesök eller deltagit i några konferenser sedan nytt avtal börjat gälla.

Omvårdnadspersonalen bekräftar att de har en kompetensutvecklingsplan och ger fler exempel på olika utbildningar som de genomgått så som i t ex etik, bemötande, värdegrund, demenskunskap (vilket alla inklusive personalen på omvårdnadsavdelningarna uppges fått tagit del av), dokumentation, lyftteknik, och brandövning. De flesta utbildningar uppges ha ägt rum i verksamhetens egna lokaler och personalen uppger att de inte varit iväg på någon konferens eller studiebesök de senaste två till tre åren. Vidare berättar omvårdnadspersonalen att de upplever en distans till ledningen då dessa planer upprättas tillsammans med gruppledarna i verksamheten och inte med verksamhetschefen. Hos den legitimerade

personalen råder dock en osäkerhet om det finns några kompetensutvecklingsplaner, och man uppger att utbudet av kompetensutveckling i form av kurser och annat varit lågt.

Ledningen framför att verksamheten planerar att fortsätta utveckla arbetet med vårdhund samt samarbetet med universitetet kring mat och måltider. Verksamheten kommer också att lägga fokus på palliativ vård och arbetet med det evidensbaserade vårdprogrammet LCP (Liverpool Care Pathway) kommer fortsätta.

3.3.2 Kontorets kommentar

HVK ser att personalen vid Balder har en god grundkompetens för uppdraget och att en väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns.

Att kartlägga och planera, följa upp och utvärdera personalens kunskapsnivå och utveckling är av stor vikt i en utvecklings och förbättringsprocess för en verksamhet. Kontoret förutsätter att verksamhetschefen tar del av upprättade kompetensutvecklingsplaner så att resurser styr i avsedd riktning.

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 ser inte att mervärdet uppfylls för legitimerad personal då det råder en osäkerhet i fall kompetensutvecklingsplaner finns upprättade för denna yrkesgrupp. Ej heller framkommer en tydlighet gällande kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år, därmed kan kontoret inte se att detta genomförts under avtalets första halvår.

Kontoret begär till följd av detta att i handlingsplan få in en detaljerad beskrivning av när samtliga medarbetare planeras ha en kompetensutvecklingsplan samt vilka kurser, studiebesök och konferenser som genomförts under avtalets första halvår. Kontoret begär också en grov planering för kommande halvår.

3.4 Kontaktmannaskap

Ska-krav

- dokumenterade rutiner för kontaktmannaskap ska finnas
- brukarråd och anhörigträffar ska genomföras minst två gånger per år

3.4.1 Iakttagelser

Alla boende vid Balder har två kontaktmän, en som är huvudansvarig och en som är ställföreträdande kontaktman. Denna ersätter ordinarie vid t ex sjukdom, semester eller vid annan ledighet. Det upplevs vara tydligt för den enskilde och dess anhöriga vilka som är utsedda till dennes kontaktmän, foto och namn på dessa personer uppges sitta som en ytterligare information på insidan av de boendes dörrar. Vid uppföljningen överlämnas en tydlig rutin för kontaktmannaskapet till kontoret.

Vidare uppger omvårdnadspersonalen att alla boende får egen tid tillsammans med sin

kontaktman med upp till en timme per vecka, dock framförs att denna tid kan komma delas upp vid olika tillfällen utifrån den enskildes individuella behov. Av de svar som framkom vid intervjuerna finns en oklarhet kring innebörden av egen tid, för vidare läsning gällande egen tid se punkt 3.6 *Aktiv och meningsfylld tillvaro*.

Samtliga intervjuade lyfter fram anhörigas delaktighet och inflytande som en viktig del i verksamheten och det organiseras olika forum och träffar för anhöriga bland annat anhörigträffar ca två gånger per år. Ledningen berättar att brukarråd inte är något som finns i verksamheten men att det finns tankar på att upprätta sådana forum.

3.4.2 Kontorets kommentar

HVK bedömer att Balder fungerar väl på många sätt inom detta område. Dock ser kontoret att det finns ett behov av att förtydliga vissa delar av kontaktmannskapet i personalgruppen då det vid intervjuerna framkommer att innebörden av ”egen tid” inte är klart för alla. Då detta är ett utvärderingsområde och i avtalet ligger under rubriken *Aktiv och meningsfylld tillvaro*, har valet gjorts att närmare beskriva detta under punkt 3.6 *Aktiv och meningsfylld tillvaro*.

Kontoret kan konstatera 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. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning av hur ska-kravet ska verkställas.

3.5 Kost och måltider

Ska-krav

- mat och matservering ska tillämpa äldrenämndens ”Riktlinjer för mat, måltider och nutrition”
- måltidsmiljön ska stimulera till lugna, trivsamma måltider
- kostråd/kostombud ska finnas
- Utvärderingsområde - Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning.

3.5.1 Iakttagelser

På vård- och omsorgsboendet finns ett mottagningskök. Lunch och middag levereras från Sodexo, som utföraren har avtal med. Vid intervjuerna framförs att måltiderna serveras enligt följande; frukost 8.00–10.00, lunch 12.00, eftermiddagsfika 14.30, middag 16.00–16.30 samt kvällsmål 19.00.

Vidare berättas att två alternativ finns för de boende att välja mellan. Varje dag serveras efterrätt och på helgerna serveras alltid en trerätters måltid. Vin finns att få för dem som önskar. På helgerna dukas det finare och levande blommor köps alltid in på fredagar för att på så sätt skapa en trevligare och festligare stämning under helgerna.

Riktlinjer för mat, måltid och nutrition förefaller vara förankrade hos samtliga medarbetare.

Viktkontroller görs var 3:e vecka och rutiner finns för viktkontroll/BMI (Body Mass index). När BMI ligger under 22 sätts en åtgärdsplan in. Legitimerad personal berättar att en del av de boende på demensavdelningen har/har haft ett BMI under 22. Verksamheten har arbetat mycket med att motverka detta och lyckats få hejd på negativ utveckling med olika metoder i samarbete med läkare så som t ex att tillföra energikost, se över mediciner, utreda smärtproblematik etc. Samarbete med tidigare projektledare för MUMS projektet i kommunen (mat under måltid) uppges också ha bidragit till denna positiva riktning. Det framförs också att viktkontroller görs en gång per termin för att säkerställa att nattfastan ligger på max 9-11 timmar per dygn. Nattfastan är något som samtlig personal tänker på och det uppges alltid erbjudas något lättare mål för den som har behovet nattetid.

Ledningen berättar att Sodexo som är matleverantör till boendet gör olika utvärderingar/mätningar i form av t ex enkäter två gånger per år bland de boende för att bland annat fånga in synpunkter rörande kosten. Detta tar verksamheten del av och ledningen framför att man använder detta i sitt förbättringsarbete i verksamheten. Kostombud finns i verksamheten och kostmöten äger rum med jämna mellanrum.

Samtliga intervjuade framför att de arbetar med att ständigt försöka skapa en lugn och trivsam måltidsmiljö för de boende. Man tänker på placeringarna vid borden för att försöka skapa en så bra måltidsmiljö som möjligt. Vid Balder har man sk pedagogiska måltider vilket upplevs skapa ett lugn vid måltiderna.

3.5.2 Kontorets kommentar

HVK noterar att kostombud finns på verksamheten. Äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltider och nutrition förefaller vara implementerade hos samtliga i personalgruppen. HVK ser positivt på att verksamhetens avtalade matleverantör Sodexo genomför enkätundersökningar två gånger per år bland de boende och att resultatet återkopplas till verksamheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

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 uppfyllt.

3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro

Ska-krav

- möjlighet till en aktiv och meningsfull dag ska erbjudas utifrån kundens behov, fysiska och psykiska tillstånd och intressen. Varje dag ska utformas så att den enskildes känsla av sammanhang stärks.
- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- Utvärderingsområde - Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp
- Utvärderingsområde – 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)

- Utvärderingsområde – utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater m.m ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp.
- ska tillgodose den enskildes behov av utevistelse
- Utvärderingsområde – den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka
- samverkan med andra utförare, organisationer och ideella sektorn ska ske
- volontär-/frivilligombud ska finnas i verksamheten
- ska aktivt motta och genomföra passande erbjudanden som finns tillgängliga inom ”Kultur i vården”
- kulturombud ska finnas i verksamheten

3.6.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade berättar att en timmes personalledd gruppaktivitet erbjuds de boende vid Balder varje dag måndag-fredag och att det är den aktivitetsansvariga som håller i dessa aktiviteter. Exempel som ges på aktiviteter är sittgymnastik, bakning, syjunta och diverse arrangemang som sker i verksamhetens aktivitetsrum. Dessa aktiviteter finns upplagda på hemsidan så anhöriga kan se vad som är på gång. På helgerna håller personalen på avdelningarna själva i aktiviteterna. Filmvisning, musiklyssnande nämns som exempel men den allra vanligaste aktiviteten uppges vara gemensamt fika.

Vid intervjutillfället berättar ledningen att kontaktmännen i verksamheten ansvarar för att egen tid utförs minst en timme per vecka med de boende, vilket personalen själva ansvarar för att schemalägga i verksamhetens schemasystem. Enligt omvårdnadspersonalen avsätts ca 30 minuter till 1 timme per vecka till egen tid med de boende, vilket stämmer överens med dokumentationsgranskningen där den erbjudna tiden varierar mellan 30 minuter till 1 timme en gång i veckan, *se bilaga 1*. Vidare berättar omvårdnadspersonalen att om någon av de boende vill göra någon ”*större sak*” och exemplifierar detta med att gå på opera, så finns möjligheten för den enskilde att spara ihop egen tid tills det räcker för ett operabesök.

Omvårdnadspersonalen framför i intervjun att de skulle kunna bli bättre på att fånga upp effekter och åtgärder av aktiviteter i dokumentationen och att detta arbete startar när verksamheten går in i det nya dokumentationssystemet Siebel. Personalen lyfter också fram att ett förbättringsområde i verksamheten är en bättre struktur och ett samarbete mellan avdelningarna när det gäller planering och utförande av aktiviteter. Idag uppges att verksamheten arbetar ”*avdelningsvis och kontaktmannavis*” som personalen uttryckte det.

Vidare ställer kontoret frågan om verksamheten anordnat någon aktivitet i form av någon utflykt (under ca 3 timmar). Ledningen berättar att alla avdelningar gör stora utflykter och att det då tillsätts mer personal. Senast i november-december gjordes en utflykt vilket uppges ha varit ett besök vid stadens julskyltning. I mars planeras, enligt ledningen en ny utflykt.

Omvårdnadspersonalen berättar också om den senaste utflykten, besök vid stadens julskyltning med fikastund som avslut, vilket uppges ha varit uppskattat. En del av de boende tackade nej att följa med och inget alternativ erbjöds enligt de intervjuade. Vidare berättas att

verksamheten under tidigare avtalsperiod anordnat utflykter till Hammarskog på sommaren. Omvårdnadspersonalen berättar att just idag finns inga utflykter inplanerade förutom på en av avdelningarna som går av stapeln i mars.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten fångar de boendes önskemål och förslag på aktiviteter både på individuell och grupp nivå, och svaret är från samtliga i personalgruppen att man frågar och föreslår de boende olika alternativ. Förutom kontaktmännen är det den aktivitetsansvariges uppgift att fånga in önskemål från de boende. Den aktivitetsansvarige i verksamheten säger att stora aktiviteter inte är dennes ansvar utan det är ledningen som samordnar detta.

På kontorets fråga hur ofta de boende kommer ut på promenader eller utevistelse berättar ledningen att vårdtagare erbjuds utevistelse varje dag och beskriver att de boende får en filt om sig och hjälp/sällskap ut till balkongen. Vidare uppger ledningen att promenader genomförs på den enskildes egen tid med sin kontaktman en gång per vecka. Skulle en person vilja gå ut oftare framför ledningen att detta inte skulle vara genomförbart utan då skulle kontakt med frivilliga organisationer behöva tas. Den legitimerade personalen framför att det råder en oklarhet vad egen tid innebär och att detta behöver klargöras. Frågor som finns är t ex om promenader och pratstunder är att beteckna som egen tid?

Vidare berättas om exempel för kontoret om personer som tackat ja till promenader men att detta inte gått att genomföra. Anledningen uppges vara för lite personal.

Omvårdnadspersonalen berättar att de boende dagligen erbjuds utevistelse på balkongen och att detta genomförs. Dock framför de intervjuade att det finns en medvetenhet om att promenader ska erbjudas i högre utsträckning än vad det gör idag men säger samtidigt att – *”promenader varje dag går inte. Vi ska erbjuda varje dag men det gör vi inte. Vi hinner inte”*.

Samarbete uppges finnas med kyrkan och gudstjänst berättas äga rum en gång per månad.

Ledningen uppger att gruppledarna på avdelningarna tidigare haft kontakt med frivilliga organisationer, men det uppges *”runnit ut i sanden”* då volontärerna upplevs vara de som *”backat ur”*, som ledningen uttryckte det. Vidare råder en diskrepans i svaren från ledning och omvårdnadspersonal om huruvida kulturombud finns i verksamheten.

Omvårdnadspersonalen kände inte till detta, medan ledningen uppgav att det finns och ger exempel på olika arrangemang som ägt rum i samarbete med kultur i vården.

3.6.2 Kontorets kommentar

HVK noterar att kulturombud finns i verksamheten enligt ledningen, dock finns behov av information till omvårdnadspersonalen gällande denna roll och syfte. Kontoret anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses.

Kontoret konstaterar att utsett volontär-/frivilligombud inte längre har kontakt med centrum för ideellt arbete. Detta samarbete måste återupptas. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur detta samarbete ska återuppstå och stärkas.

Av utföraren utlovat mervärde

Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp. Kontoret anser mervärdet som delvis uppfyllt. Personalledda aktiviteter erbjuds måndag – fredag, dock inte strukturerat på helgerna. Kontoret begär att i handlingsplan få in en tydlig beskrivning hur detta mervärde ska uppfyllas.

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). Dokumentationsgranskningen visade att egen tid utförts med varierad längd, mellan 30 till 60 minuter, *se bilaga 1*. I intervjuerna framgår att de boende kan ”spara ihop” sin egen tid till individuella aktiviteter som kräver mer tid. Kontoret konstaterar att det då kan gå lång tid mellan tillfällena för egen tid. Det är också oklart för kontoret hur verksamheten systematiskt arbetar för att fånga in och genomföra individuella aktiviteter utifrån de enskildas behov och önskemål.

Därmed ställer kontoret sig tveksam till att detta mervärde uppfylls fullt ut och begär i handlingsplan ett svar hur ledningen ställer sig till ovan beskrivna. Vidare ser kontoret ett behov för verksamheten att identifiera innebörden av egen tid och implementera detta i personalgruppen vilket kontoret förutsätter omgående sker.

Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater m.m ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp. Kontoret konstaterar att en utflykt ägt rum sedan avtalets början, dock är det oklart huruvida kommande planering ser ut. 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. I dokumentationsgranskningen (i 11 av 51 granskade journaler) framgick erbjudande om aktiviteter både i grupp och individuellt samt om den enskilde deltagit eller inte, *se bilaga 1*. Dock fann kontoret en diskrepans i intervjun med ledning och omvårdnadspersonal att det inte fanns resurser för utomhusaktiviteter minst tre gånger/vecka förutom grunden för utevistelse på balkongen och de aktiviteter som ryms inom egen tid. Därmed konstaterar kontoret att mervärdet inte är uppfyllt och begär att i handlingsplan få en tydlig beskrivning hur detta mervärde ska uppfyllas.

3.7 Hälsa-och sjukvård*Ska-krav*

- behov av insatser från sjuksköterska ska tillgodoses dygnet runt, och sjuksköterska ska finnas på plats alla vardagar kl: 07.00-16.00
- Utvärderingsområde – En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar
- medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas
- vårdgivaren ska följa och informera om det subventionerade tandvårdsstödet, samt utfärda intygsunderlag
- palliativt ombud, sjuksköterska, ska finnas

- omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt, rutin ska finnas
- Vid läkemedelsgenomgångar ska Läkemedelskommitténs symtomskattningsskala, PHASE 20 användas.
- verksamheten ska vara ansluten till de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior alert

3.7.1 Iakttagelser

När det gäller bemanning av legitimerad personal arbetar totalt tre sjuksköterskor i verksamheten med följande tjänstgöringsgrader; 100%, 90%, och 75%. Ansvarsfördelning för avdelningarna delas mellan sjuksköterskorna, varje sjuksköterska ansvarar för ett plan. Sjuksköterskorna arbetar dagtid. På lördag och söndag finns de stationerade på verksamheten mellan 07.00 – 11.00. Därefter är det företaget privat nursing som ansvarar för vården. Natttid är det kommunens natthemsjukvård som innehar ansvaret.

Samtliga sjuksköterskor är utfärdare av underlag för subventionerad tandvård och berättar att munhälsobedömningar erbjuds årligen. All personal har gått munvårdsutbildning och går den fortlöpande en gång om året. Vidare framkommer att läkemedelsgenomgångar sker en gång om året eller vid behov. Legitimerad personal framför att man ska börja använda symtomskattningsskalan PHASE 20 i samband med utvärdering kring läkemedelsbehandling och även ta med kontaktmännen i detta arbete.

Balder har utarbetade rutiner kring vård i livets slutskede och dessa förefaller vara förankrade hos medarbetarna. Vid behov tas alltid extravak in. En av sjuksköterskorna är palliativt ombud och på varje avdelning finns dessutom en undersköterska med utökat ansvar inom området. Verksamheten arbetar aktivt med det evidensbaserade vårdprogrammet LCP (Liverpool Care Pathway).

Hygienombud finns och egenkontroller äger rum fyra gånger per år avseende följsamhet av basala hygienrutiner, detta sker även som oanmälda inspektioner.

Ledningen framför att verksamheten arbetar i Senior alert och Palliativa registret och alla boende uppges vara registrerade. Nu är det dags för uppföljning, och ledningen uppger att verksamheten ska arbeta vidare med resultatet som bedömningarna visat. Detta arbete uppges vara slutfört i september månad.

Samtliga intervjuade framför att de upplever sig ha den kunskap som behövs för att stötta och möta anhöriga i olika sorgeprocesser och krissituationer. I verksamheten finns en Silvia syster som vid behov stöttar och handleder personalen. Detta sker på schemalagda träffar en gång per månad för samtlig personal. Det finns även en extern äldrepedagog att konsultera.

3.7.2 Kontorets kommentar

Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig som utfärdar underlag för subventionerad tandvård finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. HVK ser positivt på att verksamheten använder sig av det evidensbaserade vårdprogrammet LCP (Liverpool Care Pathway) vid

vård i livets slut, samt att det finns undersköterskor med utökat ansvar inom området.

Dock arbetar verksamheten inte aktivt med riskbedömningar i Senior Alert enligt uppgift från utvecklingsledaren för registret. Nya riskbedömningar ska göras regelbundet, vilket innebär minst en till två gånger per år. Kontoret noterar också att verksamheten inte arbetar med symtomskattningsskala PHASE 20 vid läkemedelsgenomgångar. Detta är förbättringsområden som verksamheten omgående måste åtgärda.

Av utföraren utlovat mervärde

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

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov, ska dokumenteras i rehabplanen.
- behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- Utvärderingsområde – En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka
- Utvärderingsområde – En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt alla tider på dygnet
- vård, omsorg och rehabilitering ska ges till den enskilde i samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner
- Utvärderingsområde - Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema
- Utvärderingsområde - 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.
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges, till personal och närstående, hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- Utvärderingsområde (demens) - Schemalagd tid finns för handledning minst en gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens.
- den medicintekniska utrustningen ska hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven

3.8.1 Iakttagelser

I verksamheten arbetar sjukgymnast 50 %. Arbetsterapeut fördelar sin arbetstid på 100 % mellan 50 % arbetsterapeutuppgifter och 50 % som aktivitetsansvarig. Denna roll är en utökning i verksamheten och innebär att samordna och genomföra gruppaktiviteter för de boende varje vardag. Individuella aktiviteter ska tillgodoses av omvårdnadspersonalen. Den aktivitetsansvarige berättar att någon introduktion kring denna roll i verksamheten inte

skett i någon större utsträckning. Ett tydligt förbättringsområde som framförs är samarbete med omvårdnadspersonalen i relation till aktivitetsgenomförande. Flexibilitet och samarbete mellan avdelningarna vid genomförande av aktiviteter finns inte alltid, enligt de intervjuade.

Sjukgymnast och arbetsterapeut finns stationerade på boendet varje vardag. Enligt samtliga intervjuade är dessa ute på avdelningarna tre dagar i veckan mellan kl: 08.00-10.00 med syfte att få en överblick över enskildas hälsotillstånd men också för att ge personalen råd och stöd kring de enskilda i olika situationer. Delegerade uppgifter till omvårdnadspersonalen uppges vara gångträning men dessa uppgifter förefaller inte vara schemalagd tid, vilket bekräftas i intervjun med omvårdnadspersonalen.

Teammöten äger rum varje vecka tillsammans med sjuksköterska och gruppleddare, dock inte med omvårdnadspersonalen, men den legitimerade personalen framför dock att de ”*ser till*” att träffa omvårdnadspersonalen varje vecka på planen även om det inte sker på fastställd dag. I intervjun lyfter omvårdnadspersonalen fram att det finns ett behov och önskan om fler fasta mötestider med arbetsterapeut och sjukgymnast, vilka uppges inte delta på arbetsplatsträffar eller rapportmöten. Dock framför personalen att handledningstid två timmar per vecka äger rum, där genomgång sker praktiskt hur personalen ska agera vid problem hos vårdtagare. Avdelningsmöten är något som verksamheten tidigare haft en gång per månad enligt legitimerad och omvårdnadspersonal, men detta har ”*fallit*” som de intervjuade uttryckte det. Gruppleddare eller sjuksköterska höll i dessa avdelningsmöten med omvårdnadspersonalen som arbetade den dagen.

När det gäller fallpreventionsarbete finns enligt legitimerad personal en tydlig rutin och bedömning av fallrisk görs alltid då ny vårdtagare flyttar in. Enligt sjukgymnast dokumenteras bedömningar och insatser i en ”*sjukgymnastplan*”. Kommunikation med omvårdnadspersonalen sker via ”*HSL-flik*” i dokumentationssystemet.

Kontoret fick förmånen att intervjua en av de två hundvårdsförarna i verksamheten. Denna arbetar 30 % i verksamheten. Enligt den intervjuade arbetar man bland annat utifrån remiss, vilken skrivs av legitimerad personal, för närvarande behandlas fyra remisser. Vidare berättas att de som har behov av vårdhund får en behandlingsperiod på ca 8-10 gånger (två gånger i veckan) som sedan följs upp. Uppföljningsansvaret åligger den som skrivit remissen tillsammans med hundvårdsföraren, dock skiljer man på om det varit avsett som terapi eller aktivitet. Aktivitet dokumenteras av hundföraren i den sociala journalen och terapi i hälso- och sjukvårdsdokumentation. Enligt dokumentationsgranskningen fanns uppgift om att hundvårdsremiss var skriven i ett fall (januari 2012) av de granskade journalerna, dock fanns inga uppgifter om uppföljning eller resultat i det enskilda fallet, *se bilaga 1*.

När det gäller handledning i demensfrågor beskriver ledning att verksamhetens Silvia syster håller i dessa handledningstillfällen, där obligatorisk närvaro gäller för personalen på demensavdelningen. Där uppges finnas möjlighet för personalen att få handledning kring upplevda problem och arbetsuppgifter som de möter i det dagliga arbetet.

Gällande ansvaret för den medicintekniska utrustningen finns en tydlig rutin. Ansvaret är ytterst verksamhetschefen, men en tydlig uppdelning kring ansvarsområden finns mellan den legitimerade personalen.

3.8.2 Kontorets kommentar

Det förefaller för kontoret som att de enskildas behov av bedömning och rehabilitering tillgodoses vid inflyttning. Kontoret ser dock att verksamheten saknar ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas med syfte att optimera teamarbetet kring den enskilde. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur teamarbetet kring den enskilde ska uppnås.

Av utföraren utlovat mervärde

En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.
Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt.

En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.
Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt.

Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema. Kontoret noterar i intervjun med personalgruppen att dessa arbetsuppgifter inte är schemalagda. Därmed bedömer kontoret att mervärdet inte har uppfyllts. Kontoret begär att i handlingsplan få in en beskrivning hur detta mervärde ska tillgodoses.

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. Dock har dokumentationsgranskningen visat att eventuell uppföljning av ordination inte dokumenterats. Detta ser kontoret som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens. Kontoret bedömer att mervärdet inte uppfylls och begär ett förtydligande i handlingsplan hur detta ska uppnås.

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

Ska-krav

- 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 och kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar.

3.9.1 Iakttagelser

Vid dokumentationsgranskningen framkom fem förbättringsområden gällande omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation, *se bilaga 1*.

Vid intervju tillfället berättas att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga kunder, ledning och omvårdnadspersonal är dock överens om att delmålen i planerna är något man måste arbeta vidare med. Målen måste tydliggöras genom nedbrytning till delmål, enligt de intervjuade, vilket stämmer med det som dokumentationsgranskningen visade, *se bilaga 1*.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten säkerställer att de enskilda är delaktighet och har inflytande i planeringen av sin vård och utförandet av insatser. Omvårdnadspersonalen lyfter fram att man samtalar med den enskilde, ser till att denne är med vid upprättandet av genomförandeplanen och i de fall det är möjligt, skrivs planerna under av den enskilde. Personalen framförde dock att detta är något som de kan bli bättre på att fånga upp och dokumentera. Detta överensstämmer med dokumentationsgranskningen som påvisade att det inte gick att följa en individuell planering utifrån den enskildes behov och önskemål och det gick ej heller att utläsa hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande i planering och utförande av vård och insatser, *se bilaga 1*.

Personalen framför att de tidigare fått utbildning i social dokumentation, närmare bestämt i oktober 2012. Ledningen framför att från och med 11 mars går verksamheten över till det nya dokumentationssystemet Siebel.

Samtliga av de intervjuade uppger att överrapporteringstid finns mellan de olika arbetspassen.

3.9.2 Kontorets kommentar

Dokumentationsgranskning gjordes den 13 februari vid verksamheten och där framkom ett flertal brister inom omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens journalföring. Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområden framgick.

Kontoret bedömer att de bristerna som gäller den enskildes medverkan och delaktighet vid upprättande av genomförandeplan och uppföljning/utvärdering av insatser måste åtgärdas omgående i verksamheten.

Övriga brister i dokumentationen förutsätter kontoret att verksamheten åtgärdar i samband med övergången till det nya dokumentationssystemet som ska ske enligt ledning inom snar framtid. Ny dokumentationsgranskning kommer att ske under hösten 2013 i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

3.10 Avvikelse och klagomålshantering

Ska-krav

- rutin ska finnas för avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig till för att lämna synpunkter på verksamheten samt få besked om tidpunkt för svar
- rutin för Lex-Sarah och Lex-Maria anmälan ska finnas

3.10.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkommer att rutiner för HSL-avvikelse finns och dessa förefaller vara väl implementerade i personalgruppen. I verksamheten finns ett avvikelseråd som sammanträder en gång i månaden. Där tas bland annat upp vad som hänt, eventuella orsaker och 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 arbetsplatsträffarna. Dock lyfter omvårdnadspersonalen fram att detta inte är någon stående punkt vid dessa träffar och efterlyser mer kontinuerlig återkoppling kring ärenden.

När det gäller synpunkts-/klagomålshantering har verksamheten en blankett och en rutin för detta. Nyinflyttade får denna information direkt vid ankomstsamtalet. Skriftliga synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten uppges alltid dokumenteras. Dock lyfter ledningen fram vid intervjun att verksamheten måste arbeta mer kring att fånga upp muntliga synpunkter/klagomål och systematiska dokumentera dessa. Att det brister idag tror ledningen beror på att sakerna inte upplevs så stora, eller att de åtgärdas på en gång.

Hos samtliga intervjuade i personalgruppen förefaller rutinen för synpunkts- och klagomålshantering vara väl känd. Samtliga i personalgruppen framförde att om de får kännedom om något klagomål så löser de det direkt eller hänvisar till chefen eller/och sjuksköterskan, beroende på vad ärendet gäller.

Vidare förefaller lagen om Lex Sarah vara känd och implementerad hos samtliga medarbetare.

3.10.2 Kontorets kommentar

Vid verksamheten förefaller rutin för HSL-avvikelse finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin finns också för skriftliga klagomål och synpunkter, dock framförs en medvetenhet om att muntliga synpunkter/klagomål måste fångas in för att komma in i det systematiska förbättringsarbetet i verksamheten.

Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt synpunkts- och klagomålshanteringssystem, och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att vård-och omsorgsboendet Balder, som drivs av Förenade Care AB, är en verksamhet som fungerar väl på många sätt.

Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena. Förutom de obligatoriska ska-kraven i avtalet finns 8 utvärderingsområden med tillhörande 13 mätbara mervärden/kvalitetskrav som Förenade Care AB tydligt förbundit sig att utföra. Av dessa 13 beskrivna mervärden visar uppföljningen på brister inom 7 och det förefaller som att utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar.

För mer information se rubrik **1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under **punkt 1.2 Krav på åtgärder**.

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning 2013-02-13

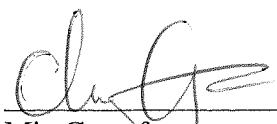
Bilaga 2: Godkännande av chefskap

Bilaga 3: Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg



Tomas Odin
Avdelningschef
Avdelningen för avtal och uppföljning



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg



Eva Erikson
Uppdragsstrateg

Datum 2013-02-19

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Balder vård och omsorgsboende 2013-02-13 i samband med avtalsuppföljning**Bakgrund**

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

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Balder vård och omsorgsboende. Syftet med granskningen var att se om dokumentation utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av 16 boende på Balder vård och omsorgsboende. Samtycke gavs av 12 personer och granskning utfördes slutligen i 11 journaler. Bortfall utgjordes av en avliden, en som inte gav sitt samtycke, två där samtyckesblanketten ej var fullständigt ifylld samt en som trots samtycke ej gick att finna i befintligt journalsystem.

Övrigt

Journalföring sker i SafeDoc, i en version som enligt sjukgymnast på boendet, uppgraderades 2008. En journal i urvalet har anteckningar före denna uppgradering. Sjukgymnast informerar muntligt vid granskningsbesöket att hon tidigare har arbetat 30 % men att hon från och med oktober 2012 arbetar 50 %.

Resultat

I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner med målformulering av övergripande karaktär. Namngiven kontaktman fanns i varje kunds enskilda SoL pärm där även genomförandeplanen med underskrift från kund eller dess företrädare förvarades.

I genomförandeplanen framkom att den enskilde blev erbjuden egen tid, några erbjöds 30 minuter andra 1 timme, en gång i veckan.

I den löpande texten i journalen framgick erbjudande om aktiviteter både i grupp och individuellt samt om den enskilde deltagit eller inte i erbjudandet av utevistelse/aktivitet. Resultat eller utvärdering kring målet av andra insatser utöver utevistelse/aktivitet kring den enskilde framkom inte i löpande text. Det gick inte att följa en individuell planering utifrån den enskildes behov och önskemål eller på vilket sätt den enskilde har kunnat utöva inflytande och självbestämmande gällande planering och utförande av sitt stöd/hjälps behov. Samverkan med övriga professioner kunde ses via HSL-flik hos omvårdnadspersonalen. Ofta förekommande SoL dokumentation under HSL- flik

Arbetsterapeutjournal fanns på samtliga i granskningsunderlaget. *Anamnes*, i form av översynsrapportering i samband med inflyttning på boendet mellan 2010 och 2013, fanns i alla journaler utom en. *Status* i form av bedömning av förflyttning, gång, ADL och/eller minnesfunktion fanns i sju av journalerna och var införd i samband med inflyttning. Det framkom inga förändringar i status över tid. *Åtgärder* gällande hjälpmedel (anpassning, utprovning och/eller förskrivning) förekom i samtliga journaler. Deltagande eller erbjudande om att delta i "sittgrupp" fanns antecknat i tio journaler. Det framkom inte om "sittgrupp" var en individuellt bedömd HSL-åtgärd. Information/instruktion till omvårdnadspersonal gällande handhavande av hjälpmedel och/eller kontrakturprofylax fanns noterat i fem journaler. Anteckning gällande fallutredning fanns i tre journaler. Logopedkontakt fanns noterad i en journal. Det fanns uppgift om att vårdhundremiss var skriven i ett fall (januari 2012) men det gick inte att se någon uppföljning eller något resultat från åtgärden. Inga delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter kunde ses i journalerna.

Sjukgymnastjournal fanns på samtliga i granskningsunderlaget. *Anamnes* i samband med inflyttning på boendet mellan 2008 och 2013 fanns i samtliga journaler. *Status* i form av bedömning av kommunikation, minnesfunktion, förflyttning, gång, balans och/eller ADL samt en sammanfattande bedömning fanns noterat i samtliga journaler och var införd i samband med inflyttning. Det framkom inga förändringar i status över tid, förutom i två journaler där man kunde se att kund mår som tidigare. *Åtgärder* gällande hjälpmedel och eventuell handledning till omvårdnadspersonal fanns noterat i fyra journaler. Anteckning gällande fallutredning fanns i tre journaler och övriga teamåtgärder i två. Anteckningar om träning eller erbjudande om träning i lokal fanns i fem journaler. Ordination av gångträning fanns noterad i två journaler. Måluppfyllelse/utvärdering av insatta åtgärder kunde ses i två journaler.

I samtliga av sjuksköterskans journaler fanns anamnes, status och viktkurvor. Det fanns antecknat i sju journaler att läkemedelsgenomgångar var gjorda, dock framgick det inte om Phase 20 hade använts vid dessa tillfällen. Individuella vårdplaner där vårdprocessen kunde följas fanns gällande hud, cirkulation, läkemedel, nutrition, aktivitet, välbefinnande, kommunikation och nedstämdhet. Det fanns fortlöpande daganteckningar. I två journaler framkom att stor fallrisk förelåg och här fanns noteringar om att fallprevention var utförd tillsammans med sjukgymnast och arbetsterapeut i en journal och i en journal med sjukgymnast. I fem journaler fanns noteringar att fallrisk förelåg, dock fanns ingen notering

om att fallprevention var gjord på dessa kunder. I en journal framgick att remiss till vårdhund hade utfärdats, men det fanns ingen notering om detta kommit kunden tillgodo eller inte. I samtliga av sjuksköterskans journaler framgick ett nära samarbete med omvårdnadspersonal.

Förbättringsområden

- **Att** i omvårdnadspersonalens journal dokumentera när genomförandeplanen upprättas med datum samt vem/vilka som deltagit i upprättandet.
- **Att** i omvårdnadspersonalens journal dokumentera när uppföljning/utvärdering av genomförandeplanen är gjord samt vilken/a insats/er som är uppföljda/utvärderade.
- **Att** i omvårdnadspersonalens dokumentation tydliggöra den enskildes medverkan och delaktighet i löpande text.
- **Att** det i arbetsterapeutens journal ska kunna gå att följa en sammanhållen vårdprocess där *problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas*. Det ska framgå att det är den *enskildes* behov av rehabilitering som har bedömts och att åtgärderna som satts in är *individuellt* anpassade.
- **Att** det i sjukgymnastens journal ska kunna gå att följa en sammanhållen vårdprocess där man kan se målet för de *individuellt* planerade och utförda åtgärderna och att dessa kontinuerligt följs upp och utvärderas.



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

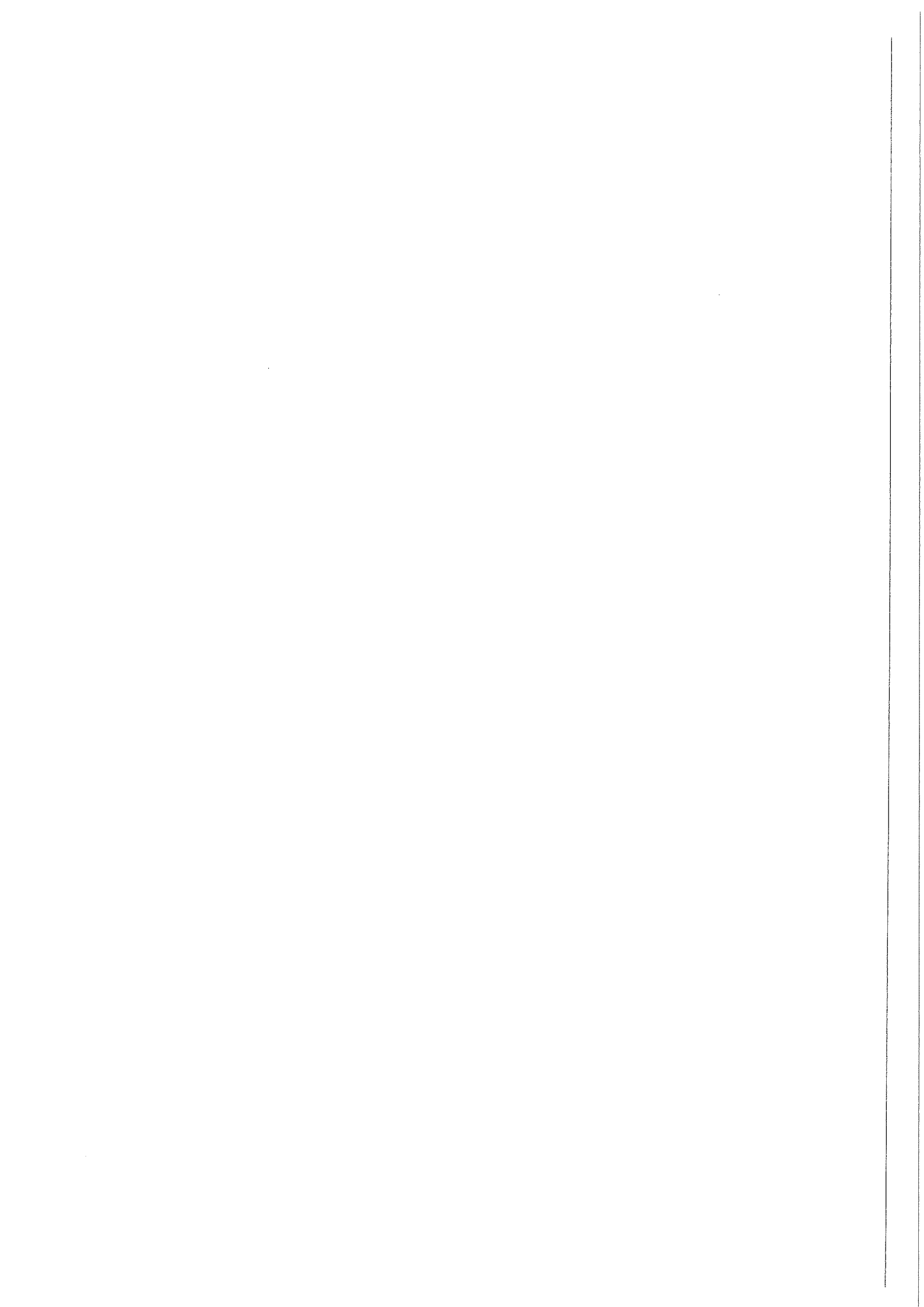


Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Susanna Gerard
Uppföljningsstrateg Mia Gustafsson



Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum: 2013-04-04

Bilaga 1

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder

Verksamhetschef: Antonio Mir Cabot

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2013-04-24

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

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

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

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

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 Värdegrunds arbete Implementering av de lokala värdighetsgarantierna saknas	Anhöriga och boende har via ett informationsbrev skrivet av ledningen på Balder (130419) fått information om vilka äldrenämndens värdighetsgarantier är och om de rättigheter man som boende på Balder har att få ta del av dessa. Informationsbrevet har skickats per post till samtliga vårdtagares anhöriga. Vid planeringsdagar i slutet av april-13 samt början av maj-13 kommer personalen på Balder att få fortsatt information och utbildning kring värdighetsgarantierna för att verksamheten ska kunna säkerställa implementeringen av dessa i personalgruppen. Ett anhörigråd samt brukarråd ska bildas under maj månad -13. Information om detta har delgivits anhöriga och boende via informationsbrevet som lämnats ut. Reflektionsstunder har sedan tidigare funnits för personalen och kommer åter igen att användas. Här kommer personalen dagligen att få tid till att reflektera kring huruvida värdighetsgarantierna följs. Under maj	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot.	130630	Uppföljning 131001	<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	
	<p>månad är en anhörigkväll per avdelning inplanerad. Under anhörigkvällen kommer information att ges angående anhörigråd och intresse för deltagande i detta råd kan lämnas. Anhörigrådet ska kunna påverka boendets arbete utifrån värdighetsgarantierna. Tre värdegrundsledare, en från varje avdelning på Balder, kommer att utbildas under våren 2013. Värdegrundsledarna kommer framöver att ha en stående punkt vid APT. Man kommer även att delvis få ansvara för introducering av värdegrundsarbete/ värdighetsgarantier för nyanställda. Vidare kommer ledningsgruppen på Balder att ha en stående punkt gällande värdighetsgarantierna vid sina ledningsmöten en gång/ vecka. Vid ledningsmötet hanteras sedan tidigare rutinavvikelser genom Förenade Cares kvalitetsledningssystem. Via detta system kan verksamheten kontrollera att målet för värdighetsgarantierna verkligen följs och att boende på Balder får ta del av dem. Genomförandeplan samt signeringslista för utförda insatser</p>						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>används som underlag för att kontrollera att värdighetsgarantierna följs. Vid avvikelse upprättas enligt befintlig och implementerad rutin en avvikelserapport som sedan hanteras av kvalitetsansvarig samt ledningspersonal på Balder. Efter utförd åtgärd sker återkoppling till personal, boende och anhörig beroende på avvikelstens typ. Vid behov kan en handlingsplan upprättas för att säkerställa bestämda åtgärder. Varje vecka har HSL-personalen på Balder avsatt tid till att hålla ett Teammöte på vardera plan. Vid detta möte diskuteras och hanteras vårdtagarärenden och här kommer också värdighetsgarantierna att diskuteras. Slutligen så finns det på varje avdelning en skylt med värdighetsgarantierna uppsatt samt information om hur man ska gå tillväga för att få reda på hur man själv eller ens anhörig får ta del av garantierna. Det finns också tydlig information om hur man lämnar in klagomål/synpunkter.</p>						
3.1 Värdegrundens arbete	Egenkontroll kommer att ske i samband med : Reflektionstid kl. 11:30-12:00 måndag t o m fredag på	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/Grupple	130630	131001	<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	
när egenkontroll ska utföras i verksamheten kopplat till området	varje avdelning. Gruppledare håller i detta möte. Här reflekterar man kring huruvida värdighetsgarantierna följs, muntlig avstämning tillsammans med personalen på varje plan. Förenade Cares implementerade kvalitetsledningssystem med avvikelserapportering kommer att användas för att skriftligen och muntligen rapportera avvikelser från arbete enligt värdighetsgarantierna. All personal kan skriva en avvikelse som sedan lämnas till kvalitetsansvarig och verksamhetschef på Balder. Avvikelse åtgärdas därefter samt återkoppling till personal. Vid ledningsmöte en gång/ vecka går man igenom samtliga avvikelser. Stående punkt vid APT med personalgrupp en gång / fjärde vecka. Teammöte en gång/ vecka. Upprättande av genomförandeplan minst var tredje månad eller vid behov där värdighetsgarantierna ska ingå i planen för varje vårdtagare. Gruppledare utför avstämning av signeringslista för utförda insatser vid varje månadsskift för att upptäcka rutinavvikelse.	dare Carin Jonsson, Berit Fors och Mona Karlsson.					
3.3 Kompetens och utbildning	Förenade Care har sedan tidigare väl fungerande och implementerade	Verksmahetschef Antonio Mir	130630	131231	<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	
Mervärde Kompetens utvplaner saknas för legitimerad personal	rutiner för upprättande och uppföljning av utbildningsplan för personal. Varje medarbetare har en individuell utbildningsplan som upprättas inför årsskiftet. Verksamhetschef ansvarar ytterst för att denna finns upprättad samt att uppsatta utbildningsmål följs under årets gång. Gruppledare ansvarar idag tillsammans med VC för att fylla i utbildningsplanen fortlöpande då man genomgått en utbildning. För att förtydliga och förankra befintligt system hos all personal kommer den individuella planen att delas ut till alla anställda vid APT inför nästa års planering. Man kommer då även att få framföra önskemål om utbildningar inför 2014. Kopia kommer att lämnas till samtlig personal. Inom verksamheten finns även en övergripande utbildningsplan för samtlig personal samlad. Denna utbildningsplan skickas in till ledningens genomgång inför årsskiftet för att säkerställa att utbildningsmål för all personal finns upprättad. Vid kommande utvecklingssamtal under oktober/november 2013 kommer utbildningsplanen att lyftas fram.	Cabot.					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.3 Kompetens och utbildning Mervärde oklart vilka kurser, studiebesök och konferenser som genomförts under avtalets första halvår	Under avtalets första halvår har kurser inom bl a stresshantering, hjälpmedel, förflyttningsteknik, demensvård, förskrivning av inkontinenshjälpmedel, BPSD, Senior Alert, och värdegrundsledarutbildning, utbildning inom lönesamtal erbjudits eller kommer att erbjudas personalen. Den 25/4, 29,4 och 2/5 -13 har personalen på Balder planeringsdag för respektive avdelning. I samband med planeringsdagen har varje avdelning även ett studiebesök inplanerat på en extern verksamhet.	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/ Gruppledare	130630	131001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 Kompetens och utbildning Mervärde Kontoret begär också en grov planering för kommande halvår	Under kommande halvår kommer personalen att erbjudas ytterligare en planeringsdag och ett studiebesök vid extern verksamhet. Man kommer även enligt utbildningsplanen att få utbildning inom HLR, munnvårdshygie	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot.	130630	131001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 Kontaktmannaskap Brukarråd saknas i verksamheten	Under maj månad kommer minst 4-6 st representanter bland våra boende att utses till att medverka i vårt brukarråd. Ansvarig kontaktperson kommer att ge information till våra vårdtagare om brukarrådet och dess funktion: att öka våra boendes möjlighet att påverka innehåll, aktiviteter, trivsel och måltidsmiljö. Boende får sedan lämna	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/värdegrundsledare.	130630	131001	<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	
	intresseanmälan om huruvida man vill medverka i detta råd. Var tredje månad kommer ett brukarråd att hållas där värdegrundsledare för varje avdelning finns tillgänglig via sitt grundschema. Personalen ska uppmuntra och främja idéer och synpunkter. De idéer och synpunkter som brukarrådet lyfter fram kommer sedan att presenteras vid ledningsmöte där åtgärder bestäms. Återkoppling av åtgärder sker sedan vid brukarråd.						
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro - samarbete med centrum för ideellt arbete saknas	Ansvarig sjukgymnast på Balder som har tidigare erfarenhet från arbete med frivilligorganisationer har åtagit sig ansvaret som volontär/frivilligombud och har återupptagit kontakten med Centrum för ideellt arbete i Uppsala. Tillsammans med aktivitetsansvarig på Balder samt aktivitetsombud på varje avdelning kommer man att säkerställa att frivilligorganisationer ånyo involveras i verksamheten. Möte för aktivitetsombud finns sedan tidigare schemalagt. Via kontakt mellan volontär/frivilligombud, aktivitetsombud samt aktivitetsansvarig kommer aktiviteter med hjälp av frivilligorganisation att lyftas fram. Verksamhetschef på Balder kommer att följa upp att detta	Volontär/frivilligombud Eivor Persson/Verksamhetschef Antonio Mir Cabot.	130630	131001	<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	
	samarbete fullföljs.						
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro Mervärde - Strukturerade personalledda aktiviteter på helgerna saknas	Ansvarig arbetsterapeut på Balder som även arbetar som aktivitetsansvarig på 50% upprättar tillsammans med aktivitetsombud för varje avdelning ett strukturerat aktivitetschema att använda under helgtid. Utförda aktiviteter journalförs i SOL-journal av omvårdnadspersonal. Aktivitetsansvarig ansvarar för att följa upp så att aktiviteter utförs enligt upprättat aktivitetschema och återkopplar till verksamhetschef.	Aktivitetsansvarig Marielle Sköldebjer/Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/Susanna Gerhard	130630	131001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontoret önskar dock ta del av de två senaste helgernas aktivitetschema.
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro Mervärde – Oklart om enskildas behov av egen tid tillgodoses	Alla boende på Balder har två ansvariga kontaktpersoner som bl a har till uppgift att upprätta en genomförandeplan för den boende man är kontaktperson till. Genomförandeplanen upprättas minst var tredje månad eller oftare vid behov. Kontaktpersonen och all övrig omvårdnadspersonal har till uppgift att i samråd med HSL-ansvarig personal bevaka förändringar i boendes fysiska och psykiska tillstånd. Genomförandeplanen ska beskriva den enskilde boendes egna specifika omvårdnadsbehov och upprättas mellan kontaktperson och boende/anhörig. Via	Kontaktperson/ Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/ Gruppledare.	130630	131001	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mall för vidare information.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>genomförandeplanen beskrivs den enskildes behov av sociala och fysiska aktiviteter, allt enligt egen vilja och självbestämmande. Detta under lag tillsammans med kontinuerlig och dagligt fortlöpande information och önskemål ifrån den boende, ligger sedan till grund för vad man ska utföra under sin egen tid. Varje boende har rätt till en timmes egen tid/ vecka med sin kontaktperson. Denna tid schemalägger personalen för att säkerställa att man verkligen finns tillgänglig för sin boende. Hittills har alla vårdtagare efter eget önskemål kunnat spara ihop tid för att kunna utföra mer tidskrävande aktiviteter såsom t ex ett konsertbesök eller en längre utflykt. Denna möjlighet har varit uppskattad av boende på Balder och främjat möjlighet till självbestämmande och ökad valmöjlighet bland aktiviteter. Ledningen på Balder har sett denna valmöjlighet som en rättighet att själv få bestämma hur man vill utnyttja sin egen tid och vad man vill göra med sin kontaktperson. Man har velat motverka att boende blir begränsade i sin möjlighet till självbestämmande. Kontaktpersonen ansvarar för att</p>						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	fortlöpande efter vårdtagarens behov och önskemål genomföra aktiviteter under egen tid. All personal på Balder har under hösten 2012 och våren 2013 fått information om vad egen tid innebär. Verksamheten fortsätter dock arbetet med att implementera och säkerställa innebörden och genomförandet av egen tid bland personalgruppen. Ett arbete som behöver och kommer att pågå fortlöpande genom reflektionsstunder, handledning, APT och utbildning vid kommande planeringsdagar under april/maj -13. Förenade Cares kvalitetsledningssystem med avvikelserapportering som tidigare beskrivits säkerställer att egen tid utförs.						
3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro Mervärde - oklart huruvida kommande planering av aktivitet i form av t ex utflykter ser ut	Under juni -13 kommer planerad utflykt till Hammarskog om minst tre timmar att genomföras. Denna utflykt har blivit en årligen återkommande tradition på Balder. Varje avdelning får en egen dag där personal medföljer. Förtäring i form av mat och dryck kommer att erbjudas våra vårdtagare. Under sensommar/höst -13 (augusti eller september, personalschema är ej fastställt) kommer ytterligare en utflykt om	Aktivitetsansvarig Marielle Sköldebjer/ Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/ Gruppledare	130630	131001	<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	
	minst tre timmar att utföras. Planering för var denna utflykt ska äga rum och vad man ska göra pågår för tillfället.						
3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro Mervärde – Erbjudande och genomförande av utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka uppfylls inte	Verksamhetens tolkning av att ” den enskilde utifrån sin genomförandeplan ska erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger/ vecka” är att dagligen, sju gånger/ vecka årets alla dagar, kunna erbjuda utomhusaktiviteter på våra terrasser med väl tilltagen yta. Aktiviteter vi kan erbjuda i samband med utomhusvistelsen är bl a: fika, musik, målarstund, spela spel, pysselstund, tygboule, pussel, plantering vår, sommar och höst. Olika aktiviteter beroende på årstid och väder. Med hjälp av bra ytterkläder och filt kan utomhusaktivitet även erbjudas vintertid. Under en stor del av året erbjuds även som alternativ till våra terrasser utomhusvistelse med aktivitet såsom ovan vid vår uteplats med trädgård på bottenplan.	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/ All omvårdnadspersonal/Gruppledare/ Aktivitetsansvarig Marielle Sköldebjer.	130430	131001	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mall för vidare information.
3.8 Fallprevention /bedömning av rehabiliterings	Efter uppföljning och följande rapport har en tydligare struktur kring hur teammötena ska vara utformade formats. En dagordning med fasta	HSL-personal/Gruppledare/Verksamhetschef	130630	131001	<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	
behov - beskrivning hur teamarbetet kring den enskilde ska uppnås	punkter att följa såsom genomgång av hanterade avvikelser från ledningsmöte, genomgång av vårdtagare, genomförandeplan, nutrition, SOL-dokumentation, riskbedömningar och handledning ingår, har upprättats och varje avdelning har nu en egen stående dag i veckan för teammöte där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, gruppledare och omvårdnadspersonal i tjänst deltar. Gruppledare och HSL-personal ansvarar för att sammankalla tjänstgörande personal till teammötet. Verksamhetschef ansvarar för att kontrollera att teammöte genomförs enligt upprättad dagordning och struktur.	Antonio Mir Cabot					
3.8 Fallprevention /bedömning av rehabiliterings behov Mervärde - Schemalagd tid för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema	Schemalagd tid finns för sjukgymnast och arbetsterapeut att handleda personal gällande delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter. Handledning finns schemalagd två timmar per avdelning varje vecka. Delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter kräver att någon boende har någon form av ex. träning som är insatt av rehabpersonalen. Det kan aldrig säkerställas via ett schema för omvårdnadspersonalen att någon	Arbetsterapeut Eivor Persson/ Sjukgymnast Marielle Sköldebjer	130430	131001	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mall för vidare information.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
saknas	vårdtagare just vid den schemalagda tiden ska ha någon form av delegerad insats som man ska utföra. Detta faktum medför att schemaläggning av omvårdnadspersonal flera veckor framåt i tiden aldrig säkerställer att det vid den aktuella tidpunkten kommer att finnas en delegerad rehabiliterande uppgift att bli handledd kring. För att undvika att bli allt för fyrkantiga i vårt utförande har därför verksamheten valt att istället schemalägga rehabpersonalen två timmar/ vecka och plan och på så sätt säkerställa att det alltid finns möjlighet att varje vecka kunna få handledning ifall behov skulle finnas och på så sätt öka verksamhetens flexibilitet. Efter att uppföljningen utfördes på Balder så har denna handledningstid utformats så att rehabpersonalen själv alltid, då behovet hos boende finns, väljer vilken boende och personal man ska hjälpa vid den aktuella schemalagda tidpunkten. Ansvaret att se till att personal i tjänst får handledning ligger nu på arbetsterapeut och sjukgymnast som tillsammans med omvårdnadspersonalen nu tycker att denna form fungerar bra.						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.8 Fallprevention /bedömning av rehabiliterings behov Mervärde - Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas	Verksamheten har sedan tidigare obligatorisk schemalagd tid för handledning av personal från demensavdelningen en gång/ månad där man får handledning och stöttning av utbildad Silviasyster som utgår ifrån extern resurs Liljeforstorg . Denna handledning pågår fortlöpande under året. Dessutom har personalen på omvårdnadsavdelningarna också under våren fått handledning av utbildad Silviasyster utgåendes från extern resurs vid Liljeforstorg.	Silviasyster Liljeforstorg/ Verksamhetschef Antonio Mir Cabot	130430	131001	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mall för vidare information.
3.10 Avvikelser och klagomålshandling - verksamheten saknar rutin och systematik att hantera muntliga synpunkter/klagomål	Verksamheten och Förenade Care har ett sedan tidigare tydligt implementerat kvalitetsledningssystem för att hantera synpunkter och klagomål från boende och anhöriga. Vid anställning inom Förenade Care ges en introduktion av företagets kvalitetsledningsarbete där bl a hantering av synpunkter och klagomål redovisas för den nyanställda. På Balder får boende och dennes anhöriga i samband med inflyttandet information kring hur man meddelar dessa av kontaktpersonen. Vid entréingången till Balder finns en brevlåda uppsatt med tillhörande blanketter att fylla i synpunkter och klagomål anonymt som sedan kan	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot/ Kvalitetsansvarig Carin Jonsson/ Gruppledare/ All personal.	130430	131001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detta var ett förbättringsområde där svar inte krävdes i handlingsplan. Kontoret tackar dock för svaret och ser att verksamheten har ett bra klagomål och synpunktshandlingssystem.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	lämnas i brevlådan för hantering av verksamhetschef kvalitetsansvarig och annan berörd personal. Synpunkter och klagomål kan även lämnas till personalen som ska be informationslämnaren att skriva ned dessa på en särskild blankett som företaget sedan tidigare har för detta ändamål. Alla synpunkter och klagomål som inkommer muntligen eller skriftligen ska åtgärdas och återkopplas till den som lämnat informationen. Verksamheten har efter avtalsuppföljningen lyft denna rutin vid APT för vardera plan under mars månad -13 samt vid kommande planeringdagar under april och maj månad -13. Ledningsgruppen på Balder kommer att fortlöpande fortsätta informera och utbilda personalgruppen om vikten av att alla synpunkter och klagomål oavsett ärendets karaktär alltid förs fram enligt verksamhetens befintliga rutiner. Verksamheten förstår att detta är ett arbete som kommer att behöva fortgå konstant för att få god verkan.						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum: 2013-05-15

Kompletteringar till handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder
Verksamhetschef: Antonio Mir Cabot
Kompletteringarna ska vara HVK tillhanda senast: 2013-05-30

I vårt möte 130503 diskuterades den handlingsplan som inkom till kontoret 130424 utifrån de konstaterade bristerna efter avtalsuppföljningen. Kontoret önskade kompletteringar inom vissa områden. I den nya mallen som bifogas framgår tydligt vilka områden det gäller och det är en rad för respektive avvikelse.

Beskriv kortfattat hur de konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

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

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder (Kompletteringar till tidigare inkommen handlingsplan)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro - Kontoret önskar ta del av de två senaste helgernas aktivitetsscheman.	Se bilaga, bifogad fil med aktivitetsschema, upprättat av aktivitetsansvarig Marielle Sköldebjer, avseende de två senaste helgerna på Balder.	Aktivitetsansvarig och omv.personal.	130501	130531	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mail för vidare information.
3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro <u>Mervärde</u> – Oklart om enskildas behov av egen tid tillgodoses. Enligt tidigare svar beskrivs att de enskilda efter eget önskemål kunnat spara ihop tid för att kunna utföra mer tidskrävande	Ledningen på Balders vårdboende vill förtydliga att det normala tillvägagångssättet för utförande av egen tid är att man använder 1 h / vecka tillsammans med sin boende. Vid särskilda önskemål från boende om aktiviteter som kräver längre tid än 1h kan man spara tid för att inte behöva neka något önskemål om särskild aktivitet. För att säkerställa att det inte går för lång tid mellan utförd egen tid så har varje gruppledare på vardera plan fått som ansvar att vid den dagliga reflektionsstunden, som nu är väl förankrad på avdelningarna, ha som stående punkt att tillsammans med personalen reflektera och återkoppla kring egen tid samt säkra	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot och omv.personal.	130501	130531	<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	
<p>aktiviteter såsom t ex ett konsertbesök eller en längre utflykt.</p> <p>Kontoret ser en risk i att det kan dröja långt mellan gångerna för egen tid vid sparande.</p> <p>Kontoret förutsätter att detta sker i tydlig överenskomme lse med den enskilde, men även att personalen säkrar att inkomna önskemål inte kan tillgodoses på annat sätt tex genom ett annat mervärde eller ska-krav.</p> <p>Kontoret</p>	<p>att varje kontaktperson utför egen tid med sin boende enligt dennes önskemål. Arbetet med att säkerställa att våra boende får sin egen tid utförd tillsammans med sin kontaktperson kommer aldrig att stanna upp då det krävs konstant återkoppling och diskussion inom personalgruppen för att säkerställa att utförandet av egen tid sker enligt det avtal vi ingått. Vidare har det i grundschema schemalagts tider för värdegrundsledarmöten 1 gg varannan månad där representanter från varje plan reflekterar kring egen tid och hur vi ska arbeta med utförandet av denna. Vid APT har numera vårdgrundsledarna en stående punkt där man tillsammans med verksamhetschefen diskuterar värdegrunden och värdighetsgarantierna samt utförande av ska-krav och mervärden. Vid denna punkt kommer alltid frågan om huruvida egen tid schemaläggs och utförs att behandlas. Personalen lägger sitt eget schema via systemet Time Care där man schemalägger egen tid 1 h/ vecka eller vid särskilda tillfällen utökad tid för längre tid enligt boendes önskemål. Detta möjliggör att</p>						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p>önskar ett svar hur detta ska förankras och hanteras i verksamheten.</p> <p>Vidare beskrivs att all personal på Balder har under hösten 2012 och våren 2013 fått information om vad egen tid innebär.</p> <p>Kontoret önskar få ta del av denna presentation.</p>	<p>verksamhetschefen som ALLTID godkänner schemat kan säkerställa att alla personal verkligen schemalägger egen tid. Via veckobrev, planeringsdagar, APT, reflektionsstunder, avdelningsmöten och daglig kommunikation och återkoppling mellan arbetsledningen och personalen på varje avdelning sker säkerställandet av att utförd alltid sker med 1 h/ vecka som utgångspunkt men med möjlighet till längre tid vid specifika önskemål från den boende själv.</p> <p>Se bilaga, bifogad fil med den presentation som verksamhetschef Antonio Mir Cabot använde vid planeringsdagarna under april/maj månad 2013. Denna presentation innehöll en egen punkt rörande egen tid, vad det innebär och hur vi ska arbeta med utförandet av denna enligt våra boendes egna önskemål. Vidare har egen tid sedan det nya avtalet startade diskuterats fortlöpande vid de olika forum som beskrivs ovan.</p>						
					<input 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	
<p>3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro</p> <p>Mervärde – Erbjudande och genomförande av utomhus aktiviteter minst tre gånger per vecka uppfylls inte. Enligt tidigare svar hänvisar ledningen till att utomhus aktiviteter så som tex fika, musik, målarstund, spela spel, pysselstund, tygboule sker på verksamhetens terrasser eller på uteplatsen på bottenplan.</p> <p>Kontoret anser inte att detta fullt ut uppfyller</p>	<p>Balders vårdboende har som dagligt mål att kunna erbjuda andra utomhusaktiviteter utanför boendets område, såsom promenader eller utflykter, utöver de aktiviteter man utför på våra terrasser och i vår trädgård. Varje boende har tillsammans med sin kontaktperson upprättat en genomförandeplan där man själv får beskriva sina önskemål om bl a utomhusaktiviteter. Det är inom verksamheten väl förankrat att erbjuda utomhusvistelser såsom promenader och andra aktiviteter efter önskemål men även som förslag från personalen. För att säkerställa att tid verkligen finns för personalen att erbjuda utomhusvistelse/aktiviteter utanför boendets område har verksamheten beslutat att förlänga dagspass på varje avdelning med 1 h som i schemat även är öronmärkt med "utomhusaktivitet" för att denna tid verkligen ska användas till att uppmuntra och erbjuda utomhusvistelse utöver grundutbudet på våra terrasser och i vår trädgård. Ledningen på Balder vill förtydliga att man ser varje boendes rätt till utomhusvistelse/aktiviteter som en viktig och grundläggande rättighet och</p>	<p>Verksamhetschef Antonio Mir Cabot och omv.personal.</p>	<p>130601</p>	<p>130630</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	
<p>mervärdet. Utomhus aktiviteter innebär även att aktiviteter kan ske utanför boendet så som t ex promenader. Detta valalternativ ska förankras och säkras bland de boende, närstående/anhöriga och personal. Kontoret önskar svar hur verksamheten ska uppnå detta mervärde till fullo.</p>	något som vi inom verksamheten ser som en självklarhet.						
<p>3.8 Fallprevention /bedömning av</p>	För att säkerställa att omvårdnadspersonalen verkligen har tid till delegerade rehabiliterande	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot,	130701	130831	<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	
rehabiliterings behov Mervärde - Schemalagd tid för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema saknas. Enligt tidigare svar säkerställs detta i legitimerad personals schema dock inte i omvårdnadspersonalens. Kontoret önskar svar hur det säkerställs i omvårdnadspersonalens arbetsschema så att den enskilde med säkerhet får den delegerade insatsen.	arbetsuppgifter har ledningen på Balders vårdboende valt att schemalägga detta som en aktivitet dagligen en timme i omvårdnadspersonalens grundschema via systemet Time Care. Detta ger möjlighet till att utföra delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter.	rehabpersonal och omv.personal.					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.8 Fallprevention /bedömning av rehabiliterings behov <u>Mervärde -</u> Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas. Enligt tidigare svar ansvarar en Silvia syster för denna handledning. Kontoret önskar säkerställande att verksamheten vid behov kallar in resurs med särskild kompetens. Kontoret anser att en Silvia syster inte fullt ut kan	Grundutbudet för extern handledning av personalen på Balders vårdboende består för närvarande av utbildad Silviasyster. Denna resurs är inplanerad att handleda under viss tid. Efter aktuellt behov och för att bredda personalens kompetens kan och kommer denna resurs att bytas ut mot annat kompetensområde. Verksamheten har sedan tidigare via sitt kvalitetsledningssystem väl implementerade rutiner för att vid utsatta situationer och perioder med hjälp av verksamhetens HSL –och omvårdnadspersonal upprätta riskbedömningar, händelseanalyser och handlingsplaner där behov av resurser bedöms och självgranskning sker. Dessa rutiner säkerställer att verksamheten inte enbart förlitar sig på och använder sig av tidigare kända och använda resurser utan alltid strävar efter att omgående efter behov kunna använda sig av resurser med breda kompetensområden efter verksamhetens aktuella behovssituation.	Verksamhetschef Antonio Mir Cabot och gruppleddare Berit Fors, Carin Jonsson och Mona Karlsson.	130501	130531	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontoret önskar kompletterande svar. Se bifogad mall för vidare information.

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum: 2013-06-24

Bilaga 3

Kompletteringar till handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder

Verksamhetschef: Antonio Mir Cabot

Kompletteringarna ska vara HVK tillhanda senast: 2013-07-08

De kompletteringar som skickades in till kontoret 2013-05-30 godkänns dock begärs ytterligare kompletterande svar kring två områden – helgernas aktivitetsschema och schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad. I den nya mallen som bifogas finns dessa områden tydligt beskrivet.

Beskriv kortfattat hur de konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

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

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Balder (Kompletteringar till tidigare inkommen handlingsplan)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro - Kontoret fick ta del av de två senaste helgernas aktivitetsscheman. Kontoret ställer sig frågan HUR verksamheten arbetar med att säkerställa så att de boendes önskemål tas tillvara. Detta för att säkra så att aktiviteterna på helgerna, om de boende så önskar, innehåller ett varierat och fylligt utbud?	Vår aktivitetsansvarig som ansvarar för att ordna med de dagliga gemensamma aktiviteter (utöver individuella aktiviteter) som anordnas på Balder, befinner sig mycket på avdelningarna och arbetar där aktivt med att höra med våra boende vad man önskar göra. Vid de aktiviteter som dagligen sker frågar hon också de som deltar vad man tycker är intressant och vilka aktiviteter som man önskar få ta del av framöver. Bl. a har man under våren/sommaren fått önskemål om spadagar och att få så grönsaker vilket vi sedan haft som aktiviteter. Det är ett ständigt pågående arbete att ta fram nya aktiviteter och att ta in önskemål från våra boende om vad man vill ha. Det ingår alltså i aktivitetsansvarigs uppgifter att forma våra	Aktivitetsansvarig, värdegrundledare och all övrig personal.	130601	130901	<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	
	<p>aktiviteter efter våra boendes önskemål. Vidare har ett boenderåd tagit form på Balder med minst två representanter från varje avdelning. Våra tre utbildade värdegrundsledare håller i detta möte som är schemalagt för personalen. Nästa boenderåd äger rum den 21 augusti 2013. Boenderådet är skapat för att våra vårdtagare ska kunna påverka sitt boende på Balder. Vid ledningsmöten samt APT på Balder kommer sedan de önskemål/frågor man tagit upp att hanteras så att vi kan uppfylla de önskemål som finns. Vid boenderådet finns det en punkt som heter aktiviteter där man har möjlighet att diskutera och påverka dess innehåll. Utöver detta sker kommunikation med kontaktpersonerna samt all annan omvårdnadspersonal som kan förmedla önskemål och förslag till aktivitetsansvarig.</p>						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p>3.8 Fallprevention/bedömning av rehabiliteringsbehov Mervärde - Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas. Enligt tidigare svar framgår att ”<i>efter aktuellt behov och för att bredda personalens kompetens kan och kommer denna resurs (syftar på Silviasyster) att bytas ut mot annat kompetensområde</i>” Syftet med mervärdena är att höja kvaliteten inom verksamheten. Och som beskrivs i svaret ovan möjliggörs detta genom att tillföra en extern resurs (utöver Sivilasystem) inom detta område. Kontoret förväntar sig att detta sker och önskar en tydlig planering för när</p>	<p>För att säkerställa att personalen får extern handledning 1 gg/månad utöver den externa handledning som Förenade Cares Silviasystrar kan bidra med har följande handledning schemalagts: 4 september 2013 kl 14-15:00 handledning inom demenssjukdom och BPSD av skötare från avd. 2 UAS äldrepsykiatri. 9 oktober, 5 november och den 4 december 2013 kl 13:30-15:00 handledning och utbildning inom demensvård. Handledande extern resurs: Uppsala Kommuns Demensteam, Aleris. Vid ändrat behov av handledning relaterat till specifika vårdsituationer under hösten kommer verksamheten att ta in även andra resurser som anses behövas bäst just då. Vi arbetar med 5 v. schema vilket möjliggör att vi kan vara flexibla inför att boka in annan handledning.</p>	<p>VC, extern resurs. Se åtgärd.</p>	<p>130901</p>	<p>131231</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
handledning utförd av extern resurs (utöver Silviasystemen) kommer ske.							
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

