

Handläggare
Eva EriksonDatum
2014-03-31Diarienummer
ALN-2013-0233.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Bernadotte

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

En planerad avtalsuppföljning har genomförts vid vård- och omsorgsboendet Bernadotte 2013-11-18 +19. I samband med detta genomfördes dokumentationsgranskning 2013-12-09, *bilaga 1*. Uppföljningen visade på såväl förbättringsområden som brister. Utförarens åtgärder kopplade till bristerna har beskrivits i handlingsplan som inkom den 26 mars 2014, *bilaga 2*. Brister påvisades inom nedanstående områden:

- Verksamhet och organisation – Bemanning
- Kompetens och kompetensutveckling
- Kontaktmannaskap
- Aktiv och meningsfylld tillvaro
- Hälso- och sjukvård
- Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov
- Informationsöverföring och dokumentation
- Avvikelser och klagomålshantering

Åtgärder av brister i den sociala journalen kommer följas upp i utförarens egenkontroll 2014-04-29. Kontoret kommer därefter ta del av resultatet. Om brister kvarstår sker en mer omfattande granskning av kontorets granskare vid senare tillfälle.

Kontoret noterar att ett gediget kvalitetsarbete pågår i verksamheten och att åtgärderna som beskrivs i handlingsplanen bidrar till att samtliga krav i avtalet kan uppfyllas. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
DirektörBilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning, inkl sammanfattning dokumentationsgranskning
Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren



Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-03-05

Diarienummer
ALN-2013-0233

Avtalsuppföljning vid Bernadotte – Vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Kosmo, Bernadotte Vård- och omsorgsboende
Adress	Bernadottewägen, 756 48 Uppsala
Verksamhetschef	Vid uppföljningen: Irene Lindeborg Nyttillträdd: Suzanne Håkansson
Telefon och e-postadress	072-210 37 91 suzanne.hakansson@kosmo.se
Uppföljning utförd av	Eva Erikson och Mia Gustafsson
Medverkade från utföraren	Verksamhetschef, biträdande VC (även sjukgymnast) samt kvalitetschef Maria Lagerqvist, 1 sjuksköterska, 1 arbetsterapeut och 1 sjukgymnast, 4 omvårdnadspersonal med dagtjänstgöring, 1 omvårdnadspersonal med nattjänstgöring
Totalt antal kunder/platser	Totalt 80 lägenheter. Lägenheterna är fördelade på 4 plan, varav 40 är avsedda för personer med demens och 40 för äldre personer med omvårdnadsbehov
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Avtalstid	2009-10-01 – 2012-09-30 + tre år
Datum för uppföljning	2013-11-18 + 2013-11-19

Bernadotte vård- och omsorgsboende drivs av utföraren Kosmo sedan december 2009. Boendet består av en byggnad i fyra plan som inrymmer 80 lägenheter. 40 platser är för personer med stort omvårdnadsbehov och 40 platser är för personer med demenssjukdom.

1. Kontorets sammanfattande bedömning och kommentarer

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Bernadotte som drivs av Kosmo. Sammanfattningen omfattar såväl positiva sidor som konstaterade brister. Se vidare under respektive område i rapporten.

Värdegrundsarbete

HVK ser positivt på det beskrivna arbetet med att implementera nämndens värdeord samt de lokala värdehetsgarantier som sedan februari 2013 ska gälla inom kommunens äldreomsorg och finner att samtliga garantier är på väg att implementeras.

Verksamhet och organisation – Bemanning

HVK noterar också att biträdande verksamhetschef har grundutbildning på högskolenivå men saknar minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning. Efter avtalsuppföljningen har HVK fått information att ny verksamhetschef tillträtt och att tidigare VC nu är dennes biträdande.

HVK noterar också att nattbemanningen inte motsvarar äldrenämndens beslut om att enheterna aldrig får lämnas utan personal. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Kompetens och kompetensutveckling

HVK ser positivt på introduktionens flexibla längd för att motsvara det behov som den nyanställda har.

HVK finner att kompetensutveckling inom området demensvård kan vara befogad där personer med stort omvårdnadsbehov bor och ser detta som ett förbättringsområde. HVK ser också att individuella kompetensutvecklingsplaner bör tas fram och ser detta som ett förbättringsområde.

Under uppföljningen framkommer att omvärldsbevakning gällande omsorgsområdet inte bevakas. Hur kravet ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK ser att det saknas en planering för hur och när personal som saknar undersköterskeutbildning ska erhålla detta. Hur kravet ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Kontaktmannaskap

HVK ser positivt på att närstående kontaktas om de behöver gå in i rummet utan den enskilde. Dock ser kontoret att detta ska dokumenteras vid varje tillfälle och förutsätter att ledningen åtgärdar detta.

HVK vill lyfta förslag till utveckling av såväl anhörigräffar som brukarråd som viktiga utvecklingsområden och ser detta som förbättringsområden för ledningen att åtgärda.

HVK begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av de åtgärder som måste vidtas i verksamheten för att den enskilde ska få behovet av egen tid tillgodosett.

Mat och måltider

HVK konstaterar att verksamheten arbetar aktivt med mat, måltider och nutrition. Något särskilt kostråd finns inte utan det är brukarrådet som tar upp dessa frågor. HVK vill påpeka att om behov av särskilt kostråd uppstår så ska ett sådant råd etableras.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

HVK noterar att kraven till största del är uppfyllda. De legitimerade är inte aktiva i planering och utvärdering av aktiviteterna i syfte att säkerställa att aktiviteterna stärker den enskildes känsla av sammanhang och att de upplevs som meningsfulla. Detta ser HVK som en brist som ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Hälsa- och sjukvård

HVK tar del av nytt arbetssätt för sjuksköterskorna där det är tänkt att de även ska utföra "undersköterskeuppgifter". I sjuksköterskans profession ingår att ansvara och planera för den sjuksköterskeledda omvårdnaden, vilket innebär att göra bedömningar, åtgärda, följa upp insatser, samt handleda personal, kontakta läkare om boendes tillstånd fordrar det och att dokumentera sina insatser. HVK ställer sig frågan vad ledningen förväntas uppnå med nytt arbetssätt och vill i bifogad handlingsplan få en redogörelse som beskriver detta.

HVK konstaterar att kravet på omvårdnad med värdighet och respekt vid vård i livets slut inte är tillgodosett då flera personer uppges få dela på ett extravak. HVK begär i bifogad handlingsplan få beskrivet vilka åtgärder som måste vidtas för att uppfylla kravet.

HVK ser dessutom att underleverantören Private nursing inte dokumenterar på avtalat sätt, enligt de intervjuade, och begär en beskrivning i bifogad handlingsplan vilka åtgärder som vidtas för att dokumentationen ska ske på ett patientsäkert sätt.

I övrigt anser HVK att kraven är uppfyllda.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

HVK noterar att en överenskommelse gällande bemanning från 12 mars 2012 inte följs då det beslutats om en utökning av sjukgymnast - från 50% till 75% - och för arbetsterapeut - från 50% till 75-100% . Då utföraren inte håller överenskommelsen så begär HVK ett förtydligande i handlingsplanen som motiverar och beskriver varför denna inte har följts.

HVK konstaterar att de intervjuade inte beskriver hur de tillgodoser ett tillfälligt behov av intensivare träning. HVK begär därför att detta beskrivs i bifogad handlingsplan.

HVK konstaterar att de intervjuade inte beskriver hur de tillgodoser ett tillfälligt behov av intensivare träning. HVK begär därför att detta beskrivs i bifogad handlingsplan.

HVK noterar att verksamheten saknar en rutin för fallprevention och begär att detta tas fram. I bifogad handlingsplan ska åtgärder, tidsplan samt ansvar beskrivas.

Informationsöverföring och dokumentation

HVK konstaterar att dokumentationsgranskningen den 9 december (*enligt bilaga 1*) påvisar ett flertal brister som måste åtgärdas. Hur bristerna ska åtgärdas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Avvikelser och klagomålshantering

HVK noterar en viss svårighet att framföra synpunkter till ledningen och ser detta som ett förbättringsområde att omedelbart åtgärda så att ett systematiskt förbättringsarbete fortlöpande kan ske i verksamheten.

HVK noterar att rutin för synpunkter, klagomål och avvikelser inte är helt implementerad då ett systematiskt arbetssätt inte kan beskrivas fullt ut. Hur bristerna ska åtgärdas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK gör bedömningen att det inte sker någon regelbunden information om lex Sarah och begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur kravet ska tillgodoses.

1.1. Krav på åtgärder

Kontoret begär att Kosmo senast 27 mars 2014 återkommer med ifylld handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

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

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enheten drivs av Kosmo sedan 2009 och är upphandlad i konkurrens. Under 2011 och 2012 genomfördes såväl planerade som oanmälda uppföljningar då brister uppdagats kring basal och personcentrerad vård och omsorg. Bristerna kopplades främst till en låg bemanning. Utföraren har därefter ökat sin bemanning permanent med 3,5 årsarbetare. I mars 2012 stämdes vidtagna åtgärder av i syfte att skapa en samstämmig bild mellan parterna.

2.2. Syfte och avgränsningar

Syftet med uppföljningen var att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet. Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertial. Kontoret har inte granskat utförarens dokumenterade rutiner och övriga dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Kontorets bedömning utgår således från den muntliga information som lämnats vid intervjutillfället. Kontoret förutsätter dock att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3. Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med regionchef, verksamhetschef, sjuksköterska och tillika medicinskt ansvarig sjuksköterska/MAS (t o m 31/12 2013) sjukgymnast/biträdande verksamhetschef, arbetsterapeut samt dag- och nattpersonal på enheten. Intervjuerna hölls separat med ledningen, legitimerade och personalgruppen.

Dokumentstudier har genomförts av arbetsschema, plan för kompetensutveckling, program för introduktion, sammanställning av avvikelser, Menu på restaurang Bernadotte v 48 samt rutin för kontaktmannaskap. Dokumentationsgranskning av sociala journaler har genomförts 9 december 2013, enligt bilaga 1, som en del av avtalsuppföljningen.

2.4. Närvarande och genomförande

Uppföljningen genomfördes 18 och 19 november 2013.

Närvarande från utföraren: Regionchef, verksamhetschef, sjuksköterska och tillika medicinskt ansvarig sjuksköterska/MAS (t o m 31/12 2013) sjukgymnast och tillika biträdande verksamhetschef, arbetsterapeut samt dag- och nattpersonal på enheten.

Närvarande från kontoret: Uppdragsstrategerna Eva Erikson och Mia Gustafsson.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Värdegrundsarbete

Äldrenämnden har inom ramen för värdegrunden antagit sex värdeord som ska präglade verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande (TITORB)*.

I maj 2012 beslutades om lokala värdighetsgarantier som ska gälla inom kommunens äldreomsorg med start 1 februari 2013. De lokala värdighetsgarantierna lyfter 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

Ledningen informerar inledningsvis hur nämndens värdeord och lokala värdighetsgarantier implementeras i verksamheten. Det sker vid planeringsdagar, arbetsplatsträffar (APT) och genom att utbilda tre personer till värdegrundsledare men också genom att använda ett spel som grund till diskussioner kring vad som är "värdigt" kopplat till vardagsarbetet. Ledningen beskriver att värdegrundsledarna har ett övergripande ansvar genom att ständigt upprepa frågan: Har vi kunnat följa vår värdegrund idag? Syftet är att skapa en gemensam syn. Enligt ledningen har personal på olika plan olika förhållningssätt och de ser att det kan vara svårare att få genomslag hos personal som arbetat länge inom vård och omsorg. Verksamhetschefen (VC) berättar om ett pågående utvecklingsarbete kring den sociala dokumentationen och genomförandeplanen.

Ledningen berättar vidare att de boende själva bestämmer när de vill äta sin frukost. Lunch äter alla tillsammans på det egna planet - med avstängd TV - men de kan, om de vill, gå ner och äta i restaurangen. VC informerar om den signeringslista som används för signering av utevistelse när det skett utanför huset och inte bara på balkongen. Hon påpekar också att en del boende uttryckt önskemål om att få vara "ute" på balkongen och inte behöva gå ut utanför huset, men att det i så fall ska framgå av genomförandeplanen. Vad gäller övriga värdighetsgarantier beskrivs att måltider sker i lugn och trivsamtidsmiljö, de boende kan påverka menyvalet (*se punkt 3.5*) samt får en årlig läkemedelsgenomgång (*se punkt 3.6*).

De legitimerade berättar att flera av dem, inklusive VC, gått Socialstyrelsens värdegrundsutbildning på 7,5 högskolepoäng. I sammanhanget berättar de att värdegrundsledarna har fått uppdrag att hålla i en kommande planeringsdag på temat värdegrund.

De intervjuade från personalgruppen beskriver syftet med värdegrundsarbetet som att de ska vara respektfulla, ge ett gott bemötande och skapa trygghet. "De boende ska känna att vi finns till hands, att vi svarar på larm och att vi försöker hålla det vi lovat". "Vi har olika planeringsdagar för olika plan för att kunna slå fast arbetssättet kring värdegrund". På frågan om det pågår något ytterligare värdegrundsarbete så svarar personalgruppen att Silviasystemen nyligen startat ett kafé där hon också kan vara ett stöd för de närstående om behov finns.

Oftast, säger de intervjuade, att de inte tänker på "en särskild värdegrund" då de upplever och beskriver att de "har arbetssättet i sig".

3.1.2 Kontorets kommentarer

HVK ser positivt på det beskrivna arbetet med att implementera nämndens värdeord samt de lokala värdehetsgarantier som sedan februari 2013 ska gälla inom kommunens äldreomsorg och finner att samtliga garantier är på väg att implementeras.

3.2 Verksamhet och organisation – Bemanning

3.2.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att ca 70 personer finns anställda i verksamheten. Timanställda tillkommer. Endast någon enstaka personal har slutat sedan 2009. Ledningen berättar att personalgruppen ser de boendes behov och lyfter fram den enskilde för att de ska kunna påverka utförandet av insatsen och ha inflytande. Det är fullt möjligt att "få ligga så länge man vill" eller gå ner till restaurangen för att äta sin frukost. Bemanningen är tillräcklig för uppdraget, enligt ledningen, som berättar att alla veckans dagar har samma bemanning. Natttid är en personal stationerad per plan. Om extravak behövs vid vård i livets slut - så sätts det in, vilket även sker vid t ex magsjuka för att förhindra smitta, enligt ledningen. De informerar också att tid för städning omvandlats till en aktivitetsresurs att utöka möjligheten till aktiviteter, vilket fungerat bra.

Personalgruppen berättar att de vid behov av dubbelbemanning under natten och vid fikapauser lämnar plan ett en kort stund, dock högst en halvtimme. Tillgång till larmtelefon och rörelselarm finns. De berättar att om flera boende har behov av extravak så får en person fördela sin tid mellan dessa, vilket de inte är nöjda med, *se vidare under punkt 3.6.*

Med stolthet, berättar de intervjuade, om sin fina trädgård som sköts av fastighetsförvaltaren och om de dagliga aktiviteterna som erbjuds de boende. Som stöd i kvalitetsarbetet finns s.k. Super8 grupper. Dessa träffas ca var 4-6 vecka och varje grupp har representant från i stort sett alla plan. Grupperna beskrivs, av VC som väl fungerande med ett fokus på bl a vård, läkemedel, mat, omvärlden, kontaktnannaskap och aktiviteter. På arbetsplatsträffarna (APT) sker återkoppling från deltagarna till resten av kollegorna. Förutom nämnda teman diskuteras också alltid bemötande och informationsöverföring mellan personal, enligt VC.

Legitimerade berättar att idéer tas till vara och att t ex gemensamma middagar i matsalen på bottenvåningen snabbt gick att förverkliga. De intervjuade i personalgruppen berättar att numera fungerar boendet bra men initialt fanns en hel del problem. Super8 grupperna fungerar bra och genom att synpunkter och förslag skrivs på lappar får de en snabb respons på hur förslaget tagits emot. De sammanfattar genom att säga att "verksamheten fungerar nästan helt bra". De som deltar i super8 grupperna har utsetts av kollegorna. Delaktigheten är frivillig "men de flesta är med". Beslut som fattas av grupperna sprids på APT men förvaras dessutom i en pärm för att nå alla.

De intervjuade i personalgruppen informerar att de under förmiddagarna är fem personal på varje plan och under kvällstid är de fyra. I gränsen mellan dag och kväll är det tre personal i tjänst under maximalt två/tre timmar. Under natten är det en personal per plan. Behövs stöd "så hjälps vi åt i huset", enligt de intervjuade. De legitimerade informerar att sjukgymnast och

arbetsterapeut arbetar 50% vardera och framhåller att bemanningen "inte alltid är en resursfråga, utan även en attitydfråga".

Varje dag börjar med en planering, enligt de intervjuade i ledningen. Avstämning sker vid eftermiddagsrapporten. Samordnaren arbetar en kväll i veckan och en helg på fyra veckor för att få en överblick av vårdarbetet. En tydlig uppdelning finns mellan vårdarbete och administrativa uppgifter, enligt ledningen.

Ledningen informerar att det är den biträdande VC (sjukgymnasten) som ersätter vid frånvaro. VC kollegor på andra enheter kan stötta om behov finns. Biträdande VC saknar chefserfarenhet sedan tidigare.

3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK noterar att nattbemanningen inte motsvarar äldrenämndens beslut om att enheterna aldrig får lämnas utan personal. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK noterar också att biträdande verksamhetschef har grundutbildning på högskolenivå men saknar minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning. Efter avtalsuppföljningen har HVK fått information att ny verksamhetschef tillträtt och att tidigare VC nu är dennes biträdande.

3.3 Kompetens och kompetensutveckling

3.3.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att de anställda saknar individuella kompetensutvecklingsplaner. VC har en sammanställning med alla medarbete som grund för planering av utbildningsinsatser. Exempel på utbildning som nämns är ergonomi, kontaktmannskap och demensvård. Det senare till personal på demensavdelningarna.

Intervjuade ur personalgruppen berättar att en kollega har Silviasyster utbildning. Några ur gruppen har fått delta på riktad utbildning inom demensvård. De känner inte till om fler utbildningstillfällen är inplanerade men säger att personal på planen med omvårdnad också har behov av utbildning i demensvård.

De legitimerade bekräftar att de inte har några individuella kompetensutvecklingsplaner men om de har önskemål att få gå någon särskild utbildning "så får man oftast det". Omvårdnadspersonalen berättar att de haft "mycket utbildning". Medarbetarsamtal genomförs med all personal.

Nyanställd omvårdnadspersonal har undersköterskeutbildning, enligt ledningen. Totalt saknar ca fyra/fem i personalgruppen utbildning. Av dessa är det några som utbildar sig "av egen kraft". Ledningen informerar att timanställda ofta saknar utbildning inom vård och omsorg.

Vid introduktion av nyanställda finns checklista för alla yrkesgrupper. Uppföljning av introduktionen har visat på positiva omdömen. Språkkunskaper kontrolleras, enligt ledningen, vid anställningsintervjun. De intervjuade ur personalgruppen informerar att introduktionens längd varierar beroende på den nyanställdes förkunskaper.

De intervjuade berättar att omvärldsbevakning fördelats inom gruppen med legitimerade. Värdegrundsarbete och läkemedelshantering har fått mest fokus under hösten.

3.3.2 Kontorets kommentarer

HVK ser positivt på introduktionens flexibla längd för att motsvara det behov som den nyanställda har.

HVK finner att kompetensutveckling inom området demensvård kan vara befogad där personer med stort omvårdnadsbehov bor och ser detta som ett förbättringsområde. HVK ser också att individuella kompetensutvecklingsplaner bör tas fram och ser detta som ett förbättringsområde.

Under uppföljningen framkommer att omvärldsbevakning gällande omsorgsområdet inte bevakas. Hur kravet ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK ser att det saknas en planering för hur och när personal som saknar undersköterskeutbildning ska erhålla detta. Hur kravet ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

Enligt ledningen har samtliga i personalgruppen deltagit i utbildning i kontaktmannaskap. Uppföljning är planerad att ske under våren 2014. De berättar att uppdraget oftast följer med rummet, men att ibland är det språkkunskaperna som avgör vem som passar bäst. Byte av kontaktman kan ske om inte personkemin fungerar. Ledningen berättar vidare att det i ledningssystemet finns en rutin som beskriver hur t ex städning eller blomvattning hanteras om den boende inte kan delta vid genomförandet. De intervjuade i personalgruppen berättar att de alltid ringer närstående om de behöver gå in i rummet utan den enskilde och att detta ska framgå i genomförandeplanen.

De intervjuade i personalgruppen informerar att en ersättare också utses för att "det alltid ska vara någon av oss på plats". De berättar vidare att de har ca två/tre boende var att ansvara för. Hur kontaktmannaskapet fungerat följs upp vid revidering av genomförandeplanen.

Ledningen informerar att de försöker ge den enskilde "egen tid" cirka en halvtimme per vecka, tillsammans med kontaktmannen. För att säkerställa den egna tiden så berättar omvårdnadspersonalen att ett plan använder en checklista som de "går igenom varje vecka för att kolla av att vi hunnit med det vi ska göra". "Ibland är det väldigt stressigt – svårt att hinna med den egna tiden". "Alla dokumenterar inte det som görs. Vi pratar om vikten av dokumentation".

En gång per termin genomförs brukarråd och anhörigträff per plan, enligt intervjuade från ledningen. Omvårdnadspersonalens uppfattning är att anhörigträffarna är dåligt besökta och att brukarrådet däremot mest besöks av de anhöriga. Ett förslag som kommer fram under intervjun är att en super8 grupp kanske kan ansvara för dessa träffar för att få till en positiv utveckling.

3.4.2 Kontorets kommentarer

HVK ser positivt på att närstående kontaktas om de behöver gå in i rummet utan den enskilde. Dock ser kontoret att detta ska dokumenteras vid varje tillfälle och förutsätter att ledningen åtgärdar detta.

HVK vill lyfta förslag till utveckling av såväl anhörigträffar som brukarråd som viktiga utvecklingsområden och ser detta som förbättringsområden för ledningen att åtgärda.

HVK begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av de åtgärder som måste vidtas i verksamheten för att den enskilde ska få behovet av egen tid tillgodosett.

3.5 Mat och måltider

3.5.1 Iakttagelser

Ledningen berättar att de boendes vikt kontrolleras varje månad och om den enskilde har en vikt som underskrider ett BMI på 22 så tas en nutritionsplan tas fram. Nattfastan kontrolleras regelbundet, var fjärde till var femte månad. Sjuksköterskan berättar att bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) används och att hon har det övergripande ansvaret för att bedömning sker och att en nutritionsplan tas fram. "Vi har tidigare arbetet mycket med Senior Alert där bedömningsinstrumentet ingår som en del men nu arbetar vi främst med att följa upp resultatet".

Omvårdnadspersonalen informerar att en av super8 grupperna (där sjuksköterskan deltar) har fokus på nutrition och att en annan grupp har fokus på måltidsmiljön (gruppen för inne/utemiljö). Arbetsterapeuten kan också rådfrågas gällande sittmiljön vid måltid. Karottsystem har prövats i verksamheten men fungerade inte så bra och har därför tagits bort. Pedagogiska måltider tillämpas. De intervjuade berättar att det alltid serveras en alternativ maträtt. Det kan t ex alltid serveras köttbullar, omelett eller långfil. "Det viktiga är att tillmötesgå den enskildes önskemål". Ungefärliga tider för måltiderna är enligt intervjuade; frukost när den enskilde önskar – fram till ca 10.00, lunch ca 12.30 och middag ca 17.00 samt kvällsmål runt klockan 19.00. Omvårdnadspersonalen informerar att flera av de boende vill äta något även under natten. På ett av planen finns många som behöver ha ett stöd vid maten men de försöker ändå servera mat till alla samtidigt. De som är oroliga kan få mat på avskild plats. Personalen upplever att alla får den hjälp de behöver. Sjukgymnasten kan ibland rådfrågas för att finna lösningar på problem som observerats. Under måltiden ska varken TV eller diskmaskin vara påslagen. Efter varje måltid dokumenteras på matsedeln hur en maträtt har tagits emot och uppskattats.

3.5.2 Kontorets kommentarer

HVK konstaterar att verksamheten arbetar aktivt med mat, måltider och nutrition. Något särskilt kostråd finns inte utan det är brukarrådet som tar upp dessa frågor. HVK vill påpeka att om behov av särskilt kostråd uppstår så ska ett sådant råd etableras.

3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro

3.6.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att dagliga aktiviteter erbjuds. Exempel som nämns är målning vid entrén, bingo, besök av Röda korset, syjunta, minneslåda, tipspromenad (kultur i vården) och dans på söndagar. Det ordnas också med "restaurangbesök" med fin dukning i matsalen. Aktiviteter som är på gång att startas upp är en läsgrupp och en filmkväll i restaurangen. Aktiviteterna anslås på de s.k. Kosmotavlorna, som finns på spridda platser i huset.

De legitimerade berättar att det erbjuds gruppaktiviteter under sex av sju dagar – ej tisdagar. Hur aktiviteterna är organiserade har de ingen klar uppfattning om. Deltagandet dokumenteras i den sociala journalen. Vad som skiljer "egen tid" och tid för aktiviteter, vet de inte riktigt. Uppfattningen är att "om den enskilde inte vill delta så är det viktigt att försöka motivera". De legitimerade deltar inte i planering och utvärdering av aktiviteterna så att dessa stärker den enskildes känsla av sammanhang eller upplevs som meningsfulla.

Omvårdnadspersonalen berättar om de dagliga aktiviteterna och nämner gymnastik, promenad, spela spel och kort, lösa korsord och högläsning som exempel på dessa. Om någon "tackat nej" så dokumenteras detta. "Vi provar oss fram". Ett förslag som nyligen kom in var att ordna med en snickarbod. Om någon av de boende skulle vilja gå ut varje dag så går det att ordna, enligt de intervjuade i personalgruppen. De legitimerade säger att många inte vill gå ut utan är nöjda med att sitta på balkongen.

3.6.2 Kontorets kommentarer

HVK noterar att kraven till största del är uppfyllda. De legitimerade är inte aktiva i planering och utvärdering av aktiviteterna i syfte att säkerställa att aktiviteterna stärker den enskildes känsla av sammanhang och att de upplevs som meningsfulla. Detta ser HVK som en brist som ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.7 Hälsa- och sjukvård

3.7.1 Iakttagelser

Ledningen informerar om en kommande organisationsförändring för sjuksköterskorna där de ska delta i vårdarbetet. Tanken är att det efter att ny sjuksköterska rekryterats ska finnas en på 100% tjänst fördelad på de båda omvårdnadsplanen, två sjuksköterskor på 75% fördelade på demensplanen. Dessutom ska ca 50% sjuksköterska fördelas mellan demensplanen för att tjänstgöra i det direkta vårdarbetet. Syftet är att "sjuksköterskan ska se de boende som undersköterskan ser dem", och att "det blir lättare att se när undersköterskorna behöver ha handledning, enligt ledningen. Ledningen berättar att det under kvällar och helger är bemanningsföretaget Private nursing som står för sjuksköterskebemanningen.

Även de legitimerade informerar om planerad förändring i sjuksköterskebemanningen där 50% av sjuksköterskans tid avsätts för att arbeta "som undersköterska på golvet". Syftet som de beskriver är att kunna följa upp insatta åtgärder av sår och fallincidenter. Under eftermiddagarna ska de kunna ha en del handledning och föreläsningar. "Vi har provat arbetssättet tidigare, men det gick inte så bra", enligt de intervjuade. De intervjuade från personalgruppen beskriver också sjuksköterskornas nya arbetssätt, vilket de framhåller inte är ett önskemål från deras sida. Sjuksköterskan ska vara en "ren" undersköterska och de tror inte att hon är tänkt att vara någon handledare i den specifika omvårdnaden (efter förklaring från HVK). En svårighet som de ser för sjuksköterskan är att de kan behövas på annat plan samtidigt som de deltar i omvårdnadsarbetet. Konsekvensen kan då bli att det blir en person mindre på avdelningen.

De legitimerade ser en brist med bemanningsföretagets arbetssätt, att de inte dokumenterar i journalen, utan skickar faxmeddelande, när de gjort en bedömning på boendet. "Vi har haft dialog, regionschefen har haft möte med dem", enligt sjuksköterskan, utan att komma till rätta med arbetssättet. Avvikelse rapport har skrivits. Svaret de fått är att "de försöker få ordning på

sin organisation och att det är mycket folk som rör sig". Kosmo kommer se över sitt avtal med underleverantören, enligt sjuksköterskan. De berättar också om en del problem med Natthemsjukvården, men dessa håller på att lösas genom dialog.

De legitimerade framför också att det nya journalsystemet Siebel ökar "allas belastning mycket på grund av att systemet inte fungerar fullt ut". De ger som exempel att det är svårt att hitta det man söker, "allt scrollande gör att man missar mycket trots att man läst". De saknar en mailfunktion i systemet och en modul som kan hantera delegeringar. Sjuksköterskan ser det som en brist att inte kunna läsa genomförandeplanen, "för att kunna få en helhetsbild".

Samtliga intervjuade informerar om ett aktivt arbete gällande munhälsan. En av sjuksköterskorna har gått landstingets utbildning till utfärdare av underlag för tandvårdsintyg. De berättar att utbildning genomförs varje år. Tandvårdskortet som tas fram vid den årliga munhälsobedömningen sätts, enligt de intervjuade, upp i den boendes badrum som ett stöd vid den dagliga munvården.

Ledningen beskriver att palliativt ombud finns och att rutiner gällande vård i livets slut finns i ledningssystemet. Nuvarande ombud snart går på barnledighet, informerar de legitimerade, och nytt ombud ska utses då ny sjuksköterska kommit på plats. Omvårdnadspersonalen informerar om den super8 grupp som finns inom området. Vid behov av extravak kan det hända att en person måste dela sin tid mellan flera döende personer, vilket de som omvårdnadspersonal inte anser vara bra. Detta har hänt flera gånger och trots ständig diskussion i super8 gruppen så sker ingen ändring, enligt de inte intervjuade.

Ledningen och de legitimerade beskriver hur de stöttar närstående i kris. Sjuksköterskan berättar om de utbildningar som bl. a. Hemvårdsenheten erbjuder och där de deltar. De följer den checklista som finns vid vård i livets slut. Hon beskriver också att de alltid tar en kontakt med närstående efter ett dödsfall för att erbjuda ett efterlevandesamtal. Några av de närstående har besökt boendet efter ett dödsfall och har då erbjudits stöd från Silviasyster. För att utveckla stödet till närstående ytterligare har ett anhörigkafé startat som Silviasyster håller i, enligt intervjuade. De har noterat att bättre marknadsföring behövs för att få fler att delta. Framöver ska Silviasyster också användas till handledning av personal. För att skapa delaktighet och inflytande för de närstående så finns ett månadsbrev på utförarens hemsida. Anslag och affischer sätts upp i verksamheten för att sprida det som är på gång. En blankett för att fånga upp synpunkter från besökare och närstående finns i entrén. Ett veckobrev skickas till samtliga anställda från ledningen, berättar de legitimerade också.

Ledningen beskriver hur de arbetar för att behålla en kontinent person kontinent vid inflyttning på boendet och där ny miljö är en utmaning för den enskilde och ställer stora krav på personalen. Att vara observant på beteendet och erbjuda ett individanpassat toalettbesök t ex före måltid, efter måltid, innan vila och nattens läggning kan vara bra och framgångsrikt. De legitimerade berättar att s.k. kontinensombud finns på varje plan. Ombudet har ett särskilt ansvar för kontakt med avtalat företag inom branschen för utbildning till personalen. På varje plan uppges två/tre personer upp till fem personer klara sig utan inkontinensskydd. Omvårdnadspersonalen beskriver hur det individuella "arbetssättet ska följas av alla".

De legitimerade beskriver hur ansvaret för medicintekniska produkter ser ut. Arbetsterapeut och sjukgymnast delar på ansvaret för rollatorer och rullstolar. Sjuksköterskan beskriver den

inventarielista som de följer vid årliga genomgångar. En översyn av sängarna har nyligen skett. Vid en årlig översyn av blodtrycksmanschetter och stetoskop har beslut fattats att köpa in nytt.

I verksamheten finns det just nu åtta till nio utsedda hygienombud fördelade mellan planen, enligt ledningen. Landstingets utbildning (Ping pong) som ligger på Intranätet används av alla. Egenkontroller genomförs regelbundet och ledningens uppfattning är att hygienombuden är aktiva. De legitimerade berättar att sektionen för vårdhygien på Akademiska sjukhuset nyligen haft utbildning med personalen. Några spritautomater i nära anslutning till matsalen finns inte idag. Det har diskuterats, enligt sjuksköterskan, som ska ta upp frågan igen. Omvårdnadspersonalen informerar dock att de boendes händer spritas före måltid, helt enligt de krav som finns. Vårdhygien har utarbetat ett informationsbrev med fokus på anhöriga och besökare som ska bifogas kommande månadsbrev.

På boendet finns ca sex personer med kvarliggande urinkateter och några personer som får sin mat via sond till magsäcken. Enligt ledningen har personalen utbildats för att kunna hantera matsonderna. Omvårdnadspersonalen beskriver att de ibland fått en "snabbutbildning".

När det gäller registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är ledningens uppfattning "att vi är på banan". Sjuksköterskan däremot berättar att arbetet med registreringarna delvis fallit bort p. g. a. diskussionen om lämnat samtycke. Utvecklingsledaren för kvalitetsregistren har inte besökt verksamheten och de intervjuade ser detta som ett förbättringsområde att ta tag i. Skattningar i BPSD registret är gjorda men inte registrerade. Deras uppfattning är att det är "svårt med samtycket, att veta vem som får bestämma vad".

3.7.2 Kontorets kommentarer

HVK tar del av nytt arbetssätt för sjuksköterskorna där det är tänkt att de även ska utföra "undersköterskeuppgifter". I sjuksköterskans profession ingår att ansvara och planera för den sjuksköterskeledda omvårdnaden, vilket innebär att göra bedömningar, åtgärda, följa upp insatser, samt handleda personal, kontakta läkare om boendes tillstånd fordrar det och att dokumentera sina insatser. HVK ställer sig frågan vad ledningen förväntas uppnå med nytt arbetssätt och vill i bifogad handlingsplan få en redogörelse som beskriver detta.

HVK konstaterar att kravet på omvårdnad med värdighet och respekt vid vård i livets slut inte är tillgodosett då flera personer uppges få dela på ett extravak. HVK begär i bifogad handlingsplan få beskrivet vilka åtgärder som måste vidtas för att uppfylla kravet.

HVK ser dessutom att underleverantören Private nursing inte dokumenterar på avtalat sätt, enligt de intervjuade, och begär en beskrivning i bifogad handlingsplan vilka åtgärder som vidtas för att dokumentationen ska ske på ett patientsäkert sätt.

I övrigt anser HVK att kraven är uppfyllda.

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.8.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att sjukgymnast och arbetsterapeut arbetar 50% vardera och att arbetsterapeuten också deltar i en super8 grupp. De säger också att personalen är "duktiga på hjälpmedel". De känner inte till om det finns en skriftlig rutin för det fallpreventiva arbetet.

På frågan om de har resurser att bedriva en god och säker vård så svarar sjuksköterskan "får man önska skulle det behövas en sjuksköterska på varje plan. Nu haltar det, vi har inhyrda sjuksköterskor just nu". Arbetsterapeut och sjukgymnast framhåller att bemanningen "inte alltid är en resursfråga, utan även en attitydfråga". Det är viktigt med en bra planering där "vi ser över när vi gör saker". De beskriver sitt eget arbetssätt som att de "hjälp och handleder personal, jobbar mest som konsulter, vi hinner inte rehabilitera personen, utan delegerar det till personalen". I intervjun framkommer att de inte delas med någon annan verksamhet - annat än under semester. Generellt sett är bemanningen tillräcklig, "om det inte kommer flera nyinflyttade eller personer från Akademiska sjukhuset på en gång, men vi hinner allt, kanske inte just idag, men i morgon". En prioriteringslista finns till stöd och de intervjuade informerar att alla "nya" får en individuell funktionsbedömning inom två veckor. För att fördela sin tid rätt så har rehabiliteringsfunktionerna fasta dagar för besök på avdelningarna. De upplever sig som tillgängliga. De s.k. rehabträffarna förbereds av personalen genom att de "anmäler" vårdtagare de vill diskutera. Sjukgymnasten ansvarar för det fallpreventiva arbetet liksom för fallavvikelserna. I sammanhanget framförs att "boendekedjan förvårar ett säkert mottagande av nyinflyttad när kedjan inkluderar lördag och söndag. Biståndsbesluten är inaktuella och ibland bristfälliga". Riskfaktorer diskuteras ofta med personalen. Ett förbättringsområde som de nämner är att skapa särskild strokerehabilitering, vilket funnits tidigare. Arbetsterapeut och sjukgymnast informerar att de inte delegerat några hälso- och sjukvårdsuppgifter till personalgruppen, möjligen lämnat instruktioner. Det beror kanske på "att vi inte har samma delegeringskontroll som sjuksköterskorna". De väntar på funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och ser fram emot deras riktlinjer/rutiner. Omvårdnadspersonalens upplevelse är att de fått delegering från arbetsterapeut och sjukgymnast och att signeringslista används ibland.

Omvårdnadspersonalen bekräftar att funktionerna "ofta" är på avdelningarna. De vet när legitimerade ska kontaktas samt att de är på avdelningen vid rehabträffarna och när de handleder personalen. En försvårande omständighet som de nämner är att teamträffar med samtliga legitimerade inte sker samtidigt.

3.8.2 Kontorets kommentarer

HVK noterar att en överenskommelse gällande bemanning från 12 mars 2012 inte följs då det beslutats om en utökning av sjukgymnast - från 50% till 75% - och för arbetsterapeut - från 50% till 75-100% . Då utföraren inte håller överenskommelsen så begär HVK ett förtydligande i handlingsplanen som motiverar och beskriver varför denna inte har följts.

HVK konstaterar att de intervjuade inte kan beskriva hur ett tillfälligt behov av intensivare träning tillgodoses. HVK begär därför att detta beskrivs i bifogad handlingsplan.

HVK noterar att verksamheten saknar rutin för fallprevention och begär att detta tas fram. I bifogad handlingsplan ska åtgärder, tidsplan samt ansvar beskrivas.

I övrigt anser HVK att kraven är uppfyllda.

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

3.9.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att samtliga boende har en genomförandeplan. Skillnaden mellan mål och delmål är något personalen haft svårt att se. För att säkerställa att information förs vidare inom organisationen har personalen börjat skriva i ett block som de har i fickan. Det fungerar rätt bra men påminnelser behövs. S.k. planeringspärmarna finns på alla expeditioner där allt som ska ske under dagen skrivs in.

De legitimerade informerar att de måste prioritera att läsa journaler samt få rapport av kollegorna innan de börjar nytt arbetspass. "Ibland inträffar något akut och då får vi läsa senare". Journalsystemet Siebel lyfts åter fram som ett krångligt system för att inhämta information om de boende.

Omvårdnadspersonalen berättar att de som regel har tid att inhämta information men att det ibland är svårt att hinna. Vissa turer har t ex en kortare överlappning. Då kan de sakna en muntlig rapport. De intervjuade informerar att både mål och delmål finns i alla genomförandeplaner. Vid upprättandet av planen deltar den boende och den anhörige eller god man. Den anhörige är den som godkänner genomförandeplanen.

3.9.2 Kontorets kommentarer

HVK konstaterar att dokumentationsgranskningen den 9 december (*enligt bilaga 1*) påvisar ett flertal brister som måste åtgärdas. Hur bristerna ska åtgärdas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.10 Avvikelse och klagomålshantering

3.10.1 Iakttagelser

Ledningen beskriver det tidigare systemet Safedoc och anvisat system Siebel för hantering av avvikelser. Deras uppfattning är att Safedoc är mer användarvänligt. En del muntligt framförda synpunkter och avvikelser dokumenteras inte, enligt ledningen, som ändå säger att de finns med i den sammanställning som regelbundet görs. Hur arkivering av "gamla" avvikelser sker är inte klart för ledningen. Den som framfört en synpunkt har rätt till en återkoppling inom fem dagar. Men det är inte alltid som de vill ha det, enligt de intervjuade. Avvikelse tas upp på respektive avdelningsmöte med personalgruppen.

De legitimerade berättar att inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål hanteras på ledningsmöten och därefter av respektive super8 grupp. Vissa synpunkter/önskemål som rör enskilda dokumenteras dock inte på blankett utan tas hand om direkt, enligt de legitimerade. Ibland hänvisar vi vidare till kontaktsmannen eller så tas synpunkten upp som en generell fråga på t ex anhörigträffarna, enligt legitimerade. De beskriver också att nyanställda informeras om lex Sarah. Någon regelbunden information till alla sker däremot inte. Kulturen inom verksamheten upplevs som tillåtande, av de intervjuade men "om alla tycker så kan vi inte svara på". Kosmo står för att "det ständigt kan bli bättre", säger de som avslutande kommentar.

Omvårdnadspersonalen beskriver att muntliga synpunkter skrivs ned på avsedd blankett och tas sedan vidare till morgonmöte, APT eller till en super8 grupp. De intervjuade känner till rutin för lex Sarah, de säger att "om man är osäker ska man gå in i ledningssystemet". Personalen uttrycker att ibland kan "det vara svårt att framföra synpunkter, det blir tröttsamt och det får inte bli en negativ spiral".

3.10.2 Kontorets kommentarer

HVK noterar en viss svårighet att framföra synpunkter till ledningen och ser detta som ett förbättringsområde att omedelbart åtgärda så att ett systematiskt förbättringsarbete fortlöpande kan ske i verksamheten.

HVK noterar att rutin för synpunkter, klagomål och avvikelser inte är helt implementerad då ett systematiskt arbetssätt inte kan beskrivas fullt ut. Hur bristerna ska åtgärdas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

HVK gör bedömningen att det inte sker någon regelbunden information om lex Sarah och begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur kravet ska tillgodoses.

4. Kontorets avslutande kommentar

Under intervjuerna framkommer att det finns ett flertal olika sorters möten i verksamheten och att de intervjuade ibland har svårt att själva beskriva vad som är vad. Ett förtydligande har begärts in, *enligt bilaga 2*.

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i delar av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt väl. I bifogad handlingsplan återfinns områden där komplettering begärs in. Svar ska ha inkommit senast 27 mars 2014.

Uppsala 2014-03-04



Eva Erikson
Uppdragsstrateg



Mia Gustafsson
Uppdragstrateg

Bilaga 1 Granskning av social dokumentation 2013-12-09
Bilaga 2 Möten på Bernadotte

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2013-12-17

Granskning av social dokumentation vid vård och omsorgsboendet Bernadotte, KOSMO, 2013-12-09.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2013-12-09.

Syfte

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

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke utifrån ett slumpmässigt urval av 26 boende i verksamheten. 9 boende/legal företrädare har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i dessa 9 akter.

Resultat

Samtycke

- Samtyckesblankett underskriven av den enskilde/legal företrädare finns.
- Anteckningar att den enskilde lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *finns* i samtligt granskade journaler.

- Beställning *finns* för samtliga boende eftersom verkställighet utförs från myndighet

Genomförandeplan

- *Finns* för samtliga brukarna. Några planer finns endast i Siebel och inte i driftstoppspärm. Planer som finns både i Siebel och i papper stämmer *inte* helt överens. Några planer är upprättade i löpande text i journal.
- Kontaktman *finns* noterat i 5 planer medan 2 planer *saknar* notering vem kontaktman är. I 2 planer framkommer det *inte tydligt* vem som är kontakman.
- Datum för upprättande av planen *finns* i samtliga planer

- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* . Uppföljningsdatum är utifrån 3 månaders uppföljning *inte* utifrån den enskildes behov.
- Mål/delmål av övergripande karaktär *finns* i 7 planer medan 2 planer *saknar* mål/delmål.
- HUR man utför en insats *finns* beskrivet i planerna
- NÄR man utför en insats *finns* beskrivet på olika sätt i planerna. Ofta generellt t.ex. varje dag, 1 gång i veckan 3 gånger/natt.
- Underskrift av den enskilde eller legal/ företrädare *finns* i 1 plan.

Journalanteckningar

- Anteckningar är regelbundet förda i samtliga journaler
- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i samtliga journaler
- Orsak till uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- På vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i planering och utförande av insatser utifrån genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i samtliga journaler.
- Anteckningar av HSL-karaktär *finns* i flertalet journaler.
- I anteckningarna *framkom* aktiviteter som erbjuds *utifrån verksamhetens* utbud/planering.
- Den enskildes önskemål gällande enskild aktivitet framkom *delvis* i 2 anteckningar.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut, detta *saknas*.

Samverkan

- Samverkan inom verksamheten vilket kan vara kontakter med sköterska, arbetsterapeut, osv gällande den enskilde framkommer i flertalet av journalerna.

Social dokumentation under genomförande

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

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

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

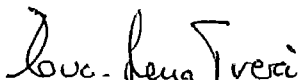
I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5, 6 kapitlet finns beskrivet hur dokumentationen bör se ut i samband med utförande av beslut.

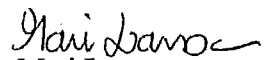
Bedömning

9 boende har samtyckt till att HVK får ta del av deras personakt/journal. Dessa personakter/journaler bedöms *inte* uppfylla krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

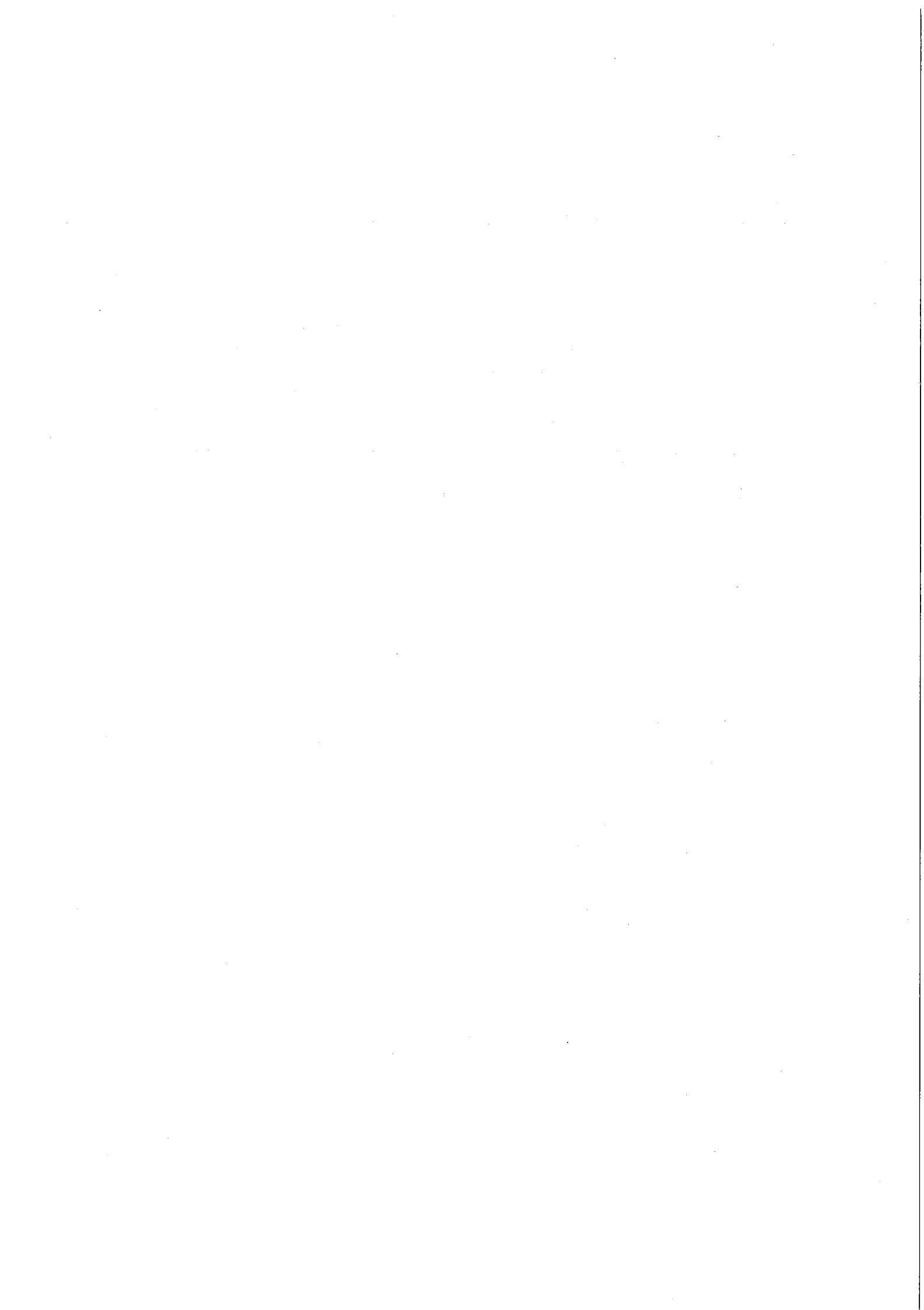
Åtgärds punkter

- Att i genomförandeplan beskriva mål/delmål utifrån den enskildes behov.
- Att i genomförandeplan förtydliga när den enskilde får hjälpen.
- Att i anteckningarna notera orsak till uppföljning av genomförandeplan.
- Att i anteckningarna notera på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i utformandet av innehåll i genomförandeplan.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplan.
- Att förtydliga ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut.
- Att dokumentera vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare


Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Irene Lindeborg
Uppdragsstrateg Eva Erikson



Handläggare
Eva Brikson

Datum
2014-03-04

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Bernadotte vård- och omsorgsboende, utförare Kosmo
Verksamhetschef: Suzanne Håkansson
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-03-27

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

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

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

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

Uppföljningsobjekt: Bernadotte – vård- och omsorgsboende

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på y åtgärd/komr
					Ja	Nej	
3.2 Hur ska nattbemanning enl beslut i ÄLN tillgodoses?	Personal på demensplanen får aldrig lämna våningsplanet. Personal från omvårdnadsplanen stöttar upp på demensplanen vid behov. Natrutin finns för detta.	VC	Åtgärdat	Uppföljning på Nattnöten samt stickprovskontroll i verkligheten.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 Hur tillgodoses omvärldsbevakning av omsorgsområdet?	Dels ansvarar Super 8 grupp Omvärldsbevakning, för framtagande av ny information inom området. Medarbetarna deltar i olika forum såsom utbildningar, föreläsningar, kurser och seminarier som erbjuds. Prenumererar på olika skrifter. Information ges på APT möten	VC	Ständigt pågående process	Genom dokumentation i Hogia kompetens säkerställs vem som har vilken utbildning inom ämnet samt vilken faktakunskap som saknas hos medarbetarna. Vi bjuder in kollegor som har kunskap inom viktiga områden, till att genomföra utbildning för våra medarbetare.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 Hur planeras för personal som saknar undersköterskeutbildning?	De i personalgruppen som inte har en undersköterskeutbildning kom med från kommunen vid övertagandet (fyra stycken). Vi har uppmuntrat dessa personer att gå omvårdnadslyftet. Detta får ske på arbetstid. Det är ett egenansvar att söka utbildningen.	VC	Uppmuntrar personal vid medarbetarsamtal	Efter avslutad utbildning granskas betyg och ny lön erbjuds efter höjning av kompetens. Fortsätter att pusha på medarbetarna eftersom dessa fyra ännu inte har påbörjat utbildning.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev/krav på åtgärd/kompl
					Ja	Nej	
3.4 Hur tillgodoses den enskildes behov av egen tid?	Kontaktpersonen frågar den boende vad den vill göra med sin egentid, genomför det, dokumenterar och följer upp. Skrivs in i genomförandeplanen. Egentid planeras in på medarbetarens schema(Medvind) när den ska utföras, för att säkerställa att uppgiften blir utförd.	Kontaktpersonen och VC	Ständigt pågående	Super 8 kontaktmannaskap ger tips och råd på vad egen tid kan innehålla om den äldre inte har egna specifika önskemål.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Hur involveras de legitimerade i planering och utvärdering av aktiviteter i syfte att säkerställa känsla av sammanhang och meningsfullhet?	Regelbundna teamträffar där enskilda ärenden tas upp utifrån åtgärdsplaner framtagna ur olika kvalitetsregister tex BPSD. Regelbunden handledning utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt.	Super 8 vård och VC	Ständigt pågående	Uppföljning på HSL möten där varje legitimerad medarbetare framför sin synpunkt på de aktiviteter som erbjuds samt kommer med förbättringsförslag. Dessa genomförs och utvärderas på kommande HSL möten.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Vad förväntas ledningen uppnå med förändrat arbetssätt för sjuksköterskorna?	Ssk i omvårdnadsarbetet ska öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen genom direkt handledning samt få återkoppling av sitt arbete. Ssk blir delaktiga i ett ständigt förbättringsarbete, får en helhetssyn av varje boende inför ronder. Uppföljningsarbetet stärks och kvaliteten ökar för den enskilde	Ssk och VC	Ständigt pågående arbete	Uppföljning sker på APT och HSL möten. Även på anhörigträffar kommer information att ges av vårt arbetssätt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev/krav på åtgärd/kom
					Ja	Nej	
3.7 Hur tillgodoses kravet på omvårdnad med värdighet och respekt vid vård i livets slut när flera personer får dela på ett extravak?	Ssk gör tillsammans med patientansvarig läkare brytpunktsbedömning och behov av vak i livets slutskede. Närstående tillfrågas om deras önskemål om närvaro och därefter planeras kontaktmannens närvaro in i första hand hos boende. Har den äldre behov av vak under flera dygn försöker vi planera in så få medarbetare som möjligt för att bibehålla kontinuitet.	Ssk och VC	Ständigt pågående arbete	Super 8 vård förbättrar rutiner och kommer med förbättringsförslag. Utvärdering sker tillsammans med närstående efter att behov av vak ej längre kvarstår. Deras upplevelse av vår omsorg i livets slut ber vi få till oss för att antingen känna oss nöjda eller förbättra oss tills nästa behov uppstår.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Hur säkras att underleverantör dokumenterar på ett patientsäkert sätt?	Ledningsgruppen har regelbundna möten med underleverantören. Ssk utbildar, vid behov, underleverantören i Siebel. Uppkomna avvikelser dokumenteras och åtgärdas omgående.	Klusterledaren och VC	Ständigt pågående arbete.	Kontroll av införd dokumentation sker varje dag. Om avvikelse uppstår tas en direktkontakt omgående med underleverantören. Vi väntar inte tills vi har ett möte inbokat med dem. Interna revisioner görs regelbundet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8 Hur motiveras anledningen till att överenskommelse om tid för arbetsterapeut och sjukgymnast inte har följts?	Enligt avtal skall vi tillhandahålla arbetsterapeut 50 % och sjukgymnast 50 %. Vi har följt avtalet men även höjt till 75 % arbetsterapeut och 100 % sjukgymnast under tidsperiod mars 2013-febr 2014. Nu har vi, efter personalförändringar (avslut)	VC.	Förändas efter boendes behov av insatser	Kontroll sker av att vi följer avtalet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på åtgärd/kompl
					Ja	Nej	
	arbetsterapeut 100 % och 50 % sjukgymnast till vårt förfogande på Bernadotte						
3.8 Hur tillgodoses ett tillfälligt behov av intensivare träning?	Sjukgymnast gör individuella bedömningar och när behov av intensivare träning uppstår gör sjukgymnast upp en plan för träning för boende, som sedan delegeras omvårdnadspersonal att utföra med boende.	Sjukgymnast, kontaktman och övrig omvårdnadspersonal	Ständigt pågående arbete.	Uppföljning sker genom kontroll av signeringslistor att intensiv träning är utförd.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8 Rutin för fallprevention ska tas fram.	Fallpreventions bedömningar görs på alla boende i Senior Alert. Vid nyinflytt görs en fallprevention av sjukgymnast inom 14 dagar. Rutin finns i ledningssystemet.	Sjukgymnast	Ständigt pågående arbete	HSL-möten samt är ett nyckeltal som redovisas varje vecka.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9 Hur ska påvisade brister i den sociala dokumentationen åtgärdas?	Super 8 gruppen "kontaktmannaskap" har tagit fram en lathund för att skriva genomförandeplaner. Den lämnades ut 19/3 till samtliga undersköterskekontor för att börja användas direkt. Övergång till nytt journalsystem med annan mall har försvårat dokumentationen och därmed uppkom den påtalade bristen.	Kontaktman och VC	Ständigt pågående arbete	Uppföljning av samtliga genomförandeplaner 2014-04-29. Är ett nyckeltal som redovisas varje vecka.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.10 Rutin för avvikelser, synpunkter och klagomål ska	Hur ett systematiskt förbättringsarbete med avvikelser, synpunkter och	Samtliga super 8 grupper och VC	Ständigt pågående	Super 8 möten skriver minnesanteckningar som läses av VC. Klusterledaren kontrollerar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Evt krav på y åtgärd/kom
					Ja	Nej	
implementeras så att ett systematiskt förbättringsarbete sker	klagomål ska flyta på finns beskrivet i vårt ledningssystem. Våra super 8 grupper arbetar ständigt med förbättringsarbeten. De har regelbundna möten där avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag diskuteras.			att VC följer ledningssystemets rutin att avvikelselogg förs och att förbättringsförslagen är implementerade i verksamheten.			
3.10 Hur ska kravet på regelbunden information om lex Sarah tillgodoses?	Information om Lex Sarah finns i vårt ledningssystem. Även en mall är framtagen för att underlätta för VC vilka frågor man ska ställa sig när en avvikelse enligt Lex Sarah inträffar. Vid varje APT under våren -14 kommer ämnet att diskuteras	VC	Genomgång på APT varje månad	Uppföljning av att förståelse vad Lex Sarah innebär, kommer att följas upp vid intern revision under hösten (vårens revisioner pågår redan). Fortsatt arbete med regelbundet informera om olika rutiner, krav mm sker på varje APT. Enligt årsagendan ska Lex Sarah och Lex Maria informeras två ggr/år.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Möten på Bernadotte

Namn	Deltagare	Frekvens
APT	Ordinarie personal på varje avdelning, verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, sjuksköterska	Var 5:e vecka
"Avdelningsmöte"	Ordinarie personal på avdelningen	Brukar hållas efter APT
Samordnarmöte	Samordnare (en från varje plan samt en för nattpersonalen), verksamhetschef, biträdande verksamhetschef	Var 6:e vecka
Rehabmöte	Sjukgymnast, arbetsterapeut, en av undersköterskorna på avdelningen	En gång i veckan per avdelning
Sjuksköterskemöte	Sjuksköterska, en av undersköterskorna på avdelningen	En gång i veckan per avdelning
Ledningsmöte	Verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, samordnare	En gång i månaden
Super 8 möte	Deltagare i varje Super 8 grupp	Var 6:e vecka
HsL möte	Verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut	Var 6:e vecka

Planer för våren 2014 är att APT mötena och vissa Super 8-möten ska hållas oftare, samt att en del möten ska slås ihop.

