

Handläggare
Thomas Karlsson

Datum
2014-10-17

Diarienummer
ALN-2014-0219.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Västergården vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde den 27 maj 2014 en oanmäld avtalsuppföljning och den 4 juni 2014 en anmäld avtalsuppföljning vid Västergården vård- och omsorgsboende. Av bifogad rapport (bilaga 1) framgår resultatet med fokus på den anmälda avtalsuppföljningen. I anslutning till avtalsuppföljningen har en dokumentationsgranskning genomförts (bilaga 2).

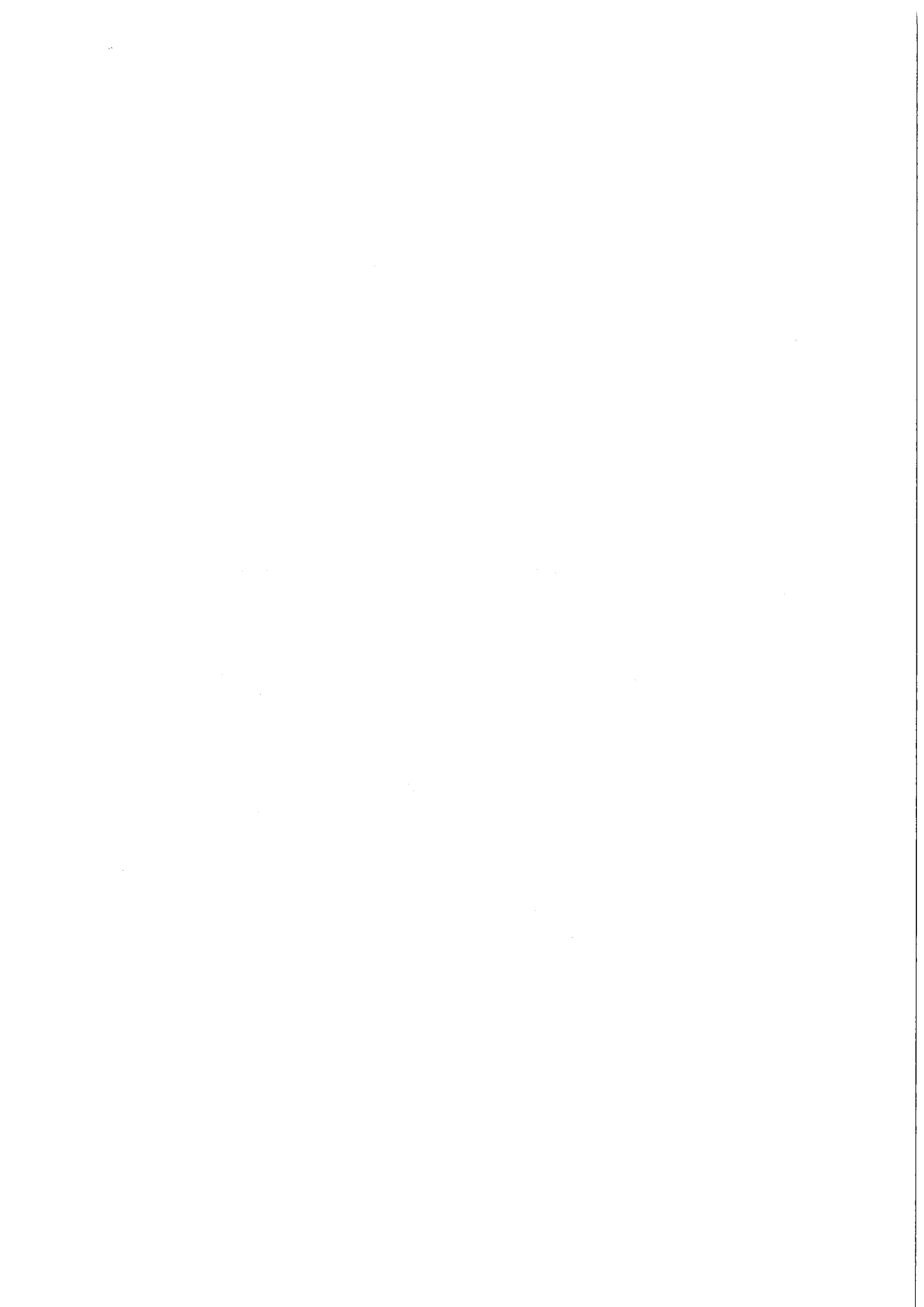
Kontoret gjorde vid avtalsuppföljningen bedömningen att utföraren uppfyller flertalet krav inom granskade områden. Kontoret konstaterade dock brister och förbättringsområden inom; värdegrundsarbete, bemanning, aktiv- och meningsfull tillvaro, hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering, samt dokumentation i genomförandet av insats.

Avseende ovan nämnda brister begärde kontoret att utföraren i en handlingsplan och kompletterande handlingsplan (bilaga 3) beskrev de åtgärder som vidtagits eller planeras vidtas.

Kontoret har godkänt svaren i handlingsplanen och bedömer att utföraren vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med de påtalade bristerna. Kontoret avser att vid nästkommande avtalsuppföljning följa upp de åtgärder som beskrivits i handlingsplan och ser härmed detta ärende som avslutat.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odín
T.f. Direktör





Handläggare
Thomas Karlsson
Maria Lindblom

Datum
2014-09-02

Diarienummer
ALN-2014-0219.30

Kosmo AB, Västergården
Enhetschef Marie Durén

Avtalsuppföljning vid Västergården, vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Kosmo AB Västergården vård- och omsorgsboende
Adress	Svartbäcksgatan 56, 753 33 Uppsala
Enhetschef	Marie Durén
Telefon och mejladress till enheten	018-727 86 77, marie.duren@kosmo.se
Uppföljning utförd av	Thomas Karlsson och Maria Lindblom
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, Stf. Verksamhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Totalt antal boende	Totalt 50 lägenheter
Avtal	Kontrakt för drift av vårdboende Karl- Johansgården och Västergården i Uppsala kommun, diarienummer ALN-2008.0202.30
Avtalstid	2009-11-02 - 2015-11-01
Datum för uppföljning	2014-06-04

Vård- och omsorgsboendet Västergården drivs på entreprenad av Kosmo AB. Västergården är beläget i stadsdelen Svartbäcken i Uppsala och består av tre våningsplan. Totalt finns 50 lägenheter i verksamheten fördelade på tio lägenheter för personer med demenssjukdomar och 40 lägenheter avsedda för personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. Våningsplan ett tillika entréplan inrymmer förutom enheten för personer med demenssjukdomar post- och varumottagning, kontor, personalrum, SPA-avdelning samt lokal för träning och aktiviteter.

1 Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Västergården, som drivs på entreprenad av Kosmo AB. Kontorets bedömning är att Västergården är en fungerande verksamhet, men att det även finns brister och förbättringsområden inom vissa delar av verksamheten som kontoret granskat.

Kontorets slutsatser sammanfattas nedanstående områden vilka varit fokus i den nu genomförda uppföljningen. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Värdegrundsarbete

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området vad gäller äldrenämndens värdighetsgarantier. Dessa är inte fullt ut kända i verksamheten.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brister.

Verksamhet, organisation och bemanning

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området bemanning. Detta eftersom det föreligger en diskrepans mellan ledningen och omvårdnadspersonalens upplevelse av huruvida bemanningen är tillräcklig för att utföra uppdraget i sin helhet med god kvalitet.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brister.

Kompetens och kompetensutveckling

Kontoret bedömer att Västergården uppfyller kraven inom området. Kontoret bedömer dock att området omvärldsbevakning är ett förbättringsområde i verksamheten.

Kontaktmannaskap

Kontoret bedömer att Västergården uppfyller kraven inom området. Innebörden av kontaktmannaskapet förefaller vara väl förankrat i verksamheten.

Mat och måltider

Kontoret bedömer att Västergården uppfyller kraven inom området. Kontoret bedömer dock att information om mat och måltider i verksamheten är ett förbättringsområde. Västergården behöver anpassa informationen till målgruppen.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området vad gäller krav kring att insatser ska ges flexibelt och att den enskilde ska ges största möjliga inflytande.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brister.

Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området. Verksamhetens lista över arbetsterapeut och sjukgymnasts ansvarsområden innefattar inte hela rehabiliteringsprocessen eller de krav som finns i avtal avseende handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brister.

Informationsöverföring och dokumentation

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området. Västergården behöver säkerställa att den sociala dokumentationens kvalitet i enlighet med 11 kap. 5 § Socialtjänstlagen (2001:453), SoL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS uppfylls.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brister.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Kosmo AB senast **15 september 2014** återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas, en tidplan för detta samt när och hur egenkontroll ska genomföras. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

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

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

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan¹ är nämndens uppföljningsarbete ett verktyg för såväl nämnden som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Syftet med förbättringsarbetet är att medborgare och enskilda stödandvändare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till såväl lagstiftningen som den enskildes förväntningar.

2.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertial samt granskning av journalhandlingar. Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Kontoret har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3 Metod

Avtalsuppföljning har genomförts såväl oanmäld den 27 maj 2014 som föränmäld den 4 juni 2014. Den oanmälda uppföljningen genomfördes i form av besök på samtliga våningsplan på Västergården och samtal fördes med omvårdnadspersonal som var i tjänst. Den föränmälda uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med enhetschef, st.f. verksamhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och omvårdnadspersonal på Västergården. Intervjuerna hölls separat med ledningen, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Granskning av tertialrapport² för verksamheten har genomförts. Dokumentationsgranskning av journalhandlingar inom lagrummet Socialtjänstlagen (2001:453), SoL har genomförts den 25 juni, som en del av avtalsuppföljningen. Samtal har förts med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), vid sektionen för

¹ Äldrenämndens uppföljningsplan 2013-2014

² Tertialuppföljning för KOSMO AB – Västergården, Vård och omsorgsboende avseende perioden januari – april 2014

medicinskt vård och rehabiliteringssansvar (SMA), Uppsala kommun. MAS och MAR har parallellt under perioden för avtalsuppföljningen bedrivit en utredning avseende rapporterade avvikelser på Västergården.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Värdegrundsarbete

Äldrenämnden 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 präglade verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande (TIFORB)*.

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 för vård- och omsorgsboende fram ytterligare områden, som särskilt ska följas upp. Personer som bor på ett vård- och omsorgsboende har enligt de lokala värdighetsgarantierna rätt att:

- kunna påverka tidpunkten för promenad eller annan utevistelse
- kunna välja att promenera i grupp eller enskilt med stöd av personal
- få inskrivet i genomförandeplan när och hur utevistelsen ska ske
- ha en lugn och trivsamt måltidsmiljö
- påverka menyn och tidpunkt för måltider
- få en årlig läkemedelsgenomgång

3.1.1 Iakttagelser

Vid samtliga intervjuer föreföll nämndens värdegrund vara känd i verksamheten. Den överensstämmer, enligt legitimerad personal, med verksamhetens egen värdegrund och det synsätt som är vägledande för verksamheten, vilket bl.a. framgår av namnet KOSMO, *Kropp Och Själ Med Omtanke*. Av intervjuerna framkommer att verksamheten på olika sätt arbetar med värdegrunden, exempelvis vid planeringsdagar, temadagar och arbetsplatsträffar. Vidare framförs att samtal dagligen förs kring etiska problem och förhållningssätt relaterat till värdegrunden. Ytterligare framgår att två värdegrundsledare finns i verksamheten. Värdegrundsledarna uppges arbeta såväl internt som externt och samverkar med andra enheter inom Kosmo:s regi, för att diskutera och utbyta erfarenheter i arbetssätt.

På frågan om de lokala värdighetsgarantierna är kända och hur verksamheten arbetar kring dem, fick kontoret varierande svar. Några känner inte till dessa och omvårdnadspersonalen leder istället in samtalet på en diskussion om personalbemanningen. Vid intervjun med ledningen framförs att en presentation av värdighetsgarantierna har gjorts för personalgruppen, men detta bekräftas inte vid intervjun med omvårdnadspersonalen.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att det finns ett aktivt och medvetet arbete på Västergården avseende värdegrund. Det finns former för att fortlöpande säkerställa implementering av värdeorden i det praktiska arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå, och dessa är kända av intervjuad personal.

Kontoret bedömer dock att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området värdighetsgarantier. De lokala värdighetsgarantierna är inte kända fullt ut av omvårdnadspersonalen. Verksamheten behöver därför säkerställa att samtliga berörda (boende, anhöriga/närstående, personal) får information om vad de lokala värdighetsgarantierna innebär och vilket utfall som kan förväntas för den enskilde. Ledningen måste leda arbetet med implementering av de lokala värdighetsgarantierna i samtliga delar i verksamheten.

Kontoret begär att verksamheten i en handlingsplan beskriver vilka åtgärder som kommer att vidtas för att åtgärda ovan beskrivna brist, samt när och hur egenkontroll ska genomföras.

3.2 Verksamhet, organisation och bemanning

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Bemanning ska finnas dygnet runt, som säkerställer kvaliteten i överensstämmelse med lagar, författningar och övriga dokument, samt för uppdragets genomförande i sin helhet
- Verksamhetschef ska finnas för verksamheten enligt Socialstyrelsens allmänna råd, för verksamhetens hälso- och sjukvård

3.2.1 Iakttagelser

Vid intervjuerna ställdes frågan till samtliga intervjugrupper, vad de är stolta över i verksamheten. Ledningen framför bland annat att de är stolta över ledningssystemet, att det är tydligt, enkelt att hantera och förstå dess processer. Vidare framförs att personalen känner till ledningssystemet, samt att det är ett "levande system". Vid intervjun med legitimerad personal framgår att de känner sig uppskattade av ledningen och av omvårdnadspersonalen. Legitimerad personal beskriver att det är "trevligt och gott klimat" i verksamheten, omvårdnadspersonalen lyssnar och det är en bra kommunikation med de boende. Samtliga intervjuade uttalar att de trivs med att arbeta i verksamheten. Omvårdnadspersonalen uttrycker dock i intervjun vissa farhågor rörande de arbetsuppgifter, som ska utföras relaterat till nuvarande personalbemanning.

Vid intervjutillfället med ledningen uppger enhetschefen att personalansvaret omfattar 43 till 44 personer. Personalomsättningen uppges vara låg i verksamheten. Det senaste året har en personal gått i pension och en annan personal har slutat för att prova annat arbete. Flertalet av personalen har således arbetat i verksamheten under flera år. Rekrytering av ersättare görs enligt uppgift under intervjuerna, vid ordinarie personals frånvaro, exempelvis avseende sjuksköterska.

Bemanningen är på plan ett, enheten för personer med demenssjukdomar under dag- och kvällstid två omvårdnadspersonal. En av omvårdnadspersonalen som också är samordnare på enheten fungerar som extraresurs på plan ett. Samordnaren uppges finnas tillgänglig dagtid, för att byta av omvårdnadspersonalen när de har rast. Bemanningen på plan två och tre är på dagtid fem omvårdnadspersonal och kvällstid fyra omvårdnadspersonal, på respektive plan. Bemanningen natttid är totalt tre omvårdnadspersonal i hela huset, en personal per plan. En av nattpersonalen uppges vara stationerad på plan ett och lämnar aldrig enheten obemannad. När denne är i behov av hjälp tillkallas nattpersonal från plan två eller tre. Av samtalet med omvårdnadspersonalen framgår att periodvis lämnas dessa plan obemannade och utan tillsyn. Nattpersonalen berättaratt boende ibland får vänta 15 till 20 minuter för att få hjälp efter att denne larmat, exempelvis när nattpersonalen hjälper en kollega på ett annat plan. Personalen som tjänstgör på natten anser att en så kallad löpare bör anställas i verksamheten. Enheterna skulle då inte behöva lämnas obemannade.

Vidare berättar nattpersonalen att det är olika hur nätterna är i verksamheten. Ibland är det lugnt och de boende sover gott men det förekommer även tillfällen när boende är oroliga och behöver mer stöd. Samtidigt som omvårdnadspersonalen som arbetar natt beskriver en ibland stressig arbetssituation påtalas också att de boende i ganska stor utsträckning påverkas av den omvårdnadspersonal som tjänstgjort tidigare under kvällen. Omvårdnadspersonal som inte stressar och är lugna och trygga i sitt arbete uppges påverka de boende på ett positivt sätt och natten upplevs därför oftare som lugn. Har omvårdnadspersonalen däremot stressat på kvällen blir som regel även flera boende oroliga på natten.

Ytterligare beskrivs att nattpersonalen tänker på nattfastan och de boende erbjuds något att äta under natten om så önskas. Ytterligare framgår att nattpersonalen utför andra uppgifter än vård- och omsorg. Bland annat uppges att städ av allmänna utrymmen ingå i deras uppgifter.

Vid intervjun med legitimerad personal framkommer att två tillsvidareanställda sjuksköterskor tjänstgör (80 %), måndag till fredag kl. 07.00-17.00. En dag i veckan förekommer ensamarbete för sjuksköterskorna. Bemanningsföretaget Private Nursing Sweden AB används för att tillgodose behovet av sjuksköterskor på kvällar och helger.

Från 22.00 till 07.00 är det Uppsala kommuns centralt organiserade nattsjukvård, som svarar för verksamheten bland annat gällande råd och stöd i hälso- och sjukvårdsfrågor. Vid tillfället för kontorets uppföljning var en sjuksköterska tillfälligt frånvarande och en vikarie för denne skulle rekryteras. Av intervjun med legitimerad personal framgår viss problematik kring rekryteringen. Vidare yttras att sjuksköterskans frånvaro på plan ett sannolikt har påverkat kontinuiteten negativt, med oro som följd för såväl boende som omvårdnadspersonal.

Av intervjun med legitimerad personal framgår att arbetsterapeut och sjukgymnast, delas med Karl-Johansgården. De tjänstgör på Västergården vardagar dagtid, 12 timmar per person och vecka. De uppges däremellan finnas tillgängliga på telefon eller e-post. Sjukgymnast och arbetsterapeut berättar att de har sina arbetsuppgifter utifrån respektive profession och roll, men stöttar varandra vid behov. Vidare framförs att deras tjänstgöring på Västergården är tillräcklig, "för att arbeta konsultativt". De initierar ev. behov av boendes

rehabiliteringsinsatser men att omvårdnadspersonalen därefter tar vid, för att exempelvis träna att gå med en boende.

Vid intervjun med ledningen deltar ställföreträdande verksamhetschef för verksamheten. Av samtalet framgår att denne har relevant kompetens för uppdraget. Verksamhetschefen är legitimerad sjuksköterska med mångårig erfarenhet som chef inom verksamhetsområdet. Enhetschefen har en arbetsterapeututbildning som grund med flerårig erfarenhet av ledarskap.

Vid intervjun med ledningen framkommer att bemanningen gällande omvårdnadspersonal bedöms vara tillräcklig, dag som natt på samtliga plan. Bemanningen på plan ett anses vara tillräcklig, trots att personalstyrkan har minskats. Ledningen berättar att befintlig omvårdnadspersonal är erfaren och intresserad av att arbeta med personer med demenssjukdomar. Minskningen av antalet personer, som vistas på enheten, sägs också bidra till att de boende är mindre oroliga.

Vid intervjun med omvårdnadspersonalen framgår att de inte har samma uppfattning som ledningen gällande tillräcklig bemanning. Samtlig omvårdnadspersonal yttrar olika svårigheter med att hinna med arbetsuppgifterna. Särskilt uttrycks detta av omvårdnadspersonal från plan ett, enheten för personer med demenssjukdomar. Förändringen av schemat på plan ett innebär en minskning av personaltätheten från tre personal till två under dagtid. Personalen berättar om tillfällen när "boende inte har kommit upp förrän klockan 11.30". Förutom att det framförs svårighet att hinna utföra aktiviteter till följd av schemaförändringen uttrycks även en oro att något allvarligt ska hända någon av de boende till följd av den låga bemanningen. Ytterligare framkommer i samtalet med omvårdnadspersonalen att vikarier som regel tas in vid ordinarie personals frånvaro, men att det finns tillfällen när de inte lyckas få tag på någon ersättare.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret konstaterar att det föreligger en diskrepans mellan ledningen och omvårdnadspersonalens upplevelse om bemanningen är tillräcklig för att utföra uppdraget i sin helhet med god kvalitet.

Kontoret bedömer att verksamheten noggrant behöver följa upp bemanningen på plan ett, enheten för personer med demenssjukdomar, för att säkerställa att det finns den bemanning som krävs för att säkerställa en god och säker vård och omsorg. Omvårdnadspersonalen indikerar att aktiviteter uteblivit pga. den låga bemanningen. De uttrycker även oro för att något allvarligt ska hända de boende. Vidare framförs i intervjuen med omvårdnadspersonalen en händelse när boende fått hjälp att komma upp först klockan 11.30, vilket inte är acceptabelt. Västergården måste säkerställa att det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget. Bemanningen ska säkerställa att personal snabbt kan uppmärksamma om en person med demenssjukdom är i behov av hjälp och utan dröjsmål ge en honom eller henne sådant stöd och sådan hjälp, som är till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa.

Kontoret noterar att det i tidigare handlingsplan³ från Kosmo AB, beträffande samma enhet, så ökades bemanningen från två omvårdnadspersonal till tre under dagtid (förmiddag), både vardag och helg. Denna förändring var enligt handlingsplanen högprioriterad. Kontoret ställer sig därför frågande, på vilka grunder som beslutet att minska bemanningen har gjorts. Kontoret efterfrågar även svar på om någon riskanalys har gjorts inför förändring av bemanning och om egenkontroll har genomförts, för att säkra verksamhetens kvalitet avseende bemanningen.

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området. Det föreligger en diskrepans mellan ledningen och omvårdnadspersonalens upplevelse av huruvida bemanningen är tillräcklig för att utföra uppdraget i sin helhet med god kvalitet.

Kontoret begär därför att verksamheten i en handlingsplan redogör för hur uppfyllelse av gällande krav på bemanning säkerställs.

3.3 Kompetens och kompetensutveckling

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Personal **ska** finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose vårdtagarens behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd
- Nyrekryterad tillsvidareanställd vårdpersonal **ska** ha lägst undersköterskeutbildning

3.3.1 Iakttagelser

Ledningen uppger att flertalet av tillsvidareanställd personal har utbildning motsvarande undersköterskeutbildning eller eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning. Det framförs även att vid nyrekrytering av omvårdnadspersonal anställs enbart personer som har undersköterskeutbildning eller motsvarande utbildning. Ledningen berättar att rutin finns för introduktion av nyanställda i verksamheten vilket bekräftas vid intervjun med omvårdnadspersonalen. Introduktionsprogrammet omfattar bland annat "dubbelgång", förflyttningsteknik samt genomgång av olika checklistor, värdegrund m.m. Omvårdnadspersonalen berättar att det i verksamheten finns omvårdnadspersonal med särskild handledarutbildning. Ledningen beskriver i intervjun att "handledarna" bland annat följer upp introduktionen av nyanställd omvårdnadspersonal. Vid intervjun med omvårdnadspersonalen framgår dock att de är tveksamma om uppföljning av introduktion genomförs.

Enligt ledningen finns kompetensutvecklingsplaner för samtlig personal. Planerna upprättas och följs upp i samband med medarbetarsamtal och uppges fokusera på den enskilda medarbetarens och verksamhetens behov. Av samtliga intervjuer framkommer en bild av att kompetensutveckling förekommer och att personalen uppmuntras av ledningen att delta på kurser m.m. Vidare framkommer vid intervjuerna att personalen deltagit i flera olika utbildningar, såväl internt som externt. Bland annat nämns utbildning i värdegrund,

³ Handlingsplan: Svar HVK Västergården version 2012-01-02

inkontinens, handledarutbildning, kontaktmannaskap och BPSD⁴. Vid intervjun med ledningen uttrycks att det finns behov av ytterligare fortbildning inom exempelvis demensområdet.

Vid intervjuerna framgår inte att verksamheten på ett systematiskt sätt arbetar med omvärldsbevakning. Omvårdnadspersonalen uppger att var och en ansvarar för att bevaka och ta till sig information och nya rön inom området. Vid intervjun med ledningen framförs att bevakning av ny forskning och evidensbaserad vård och omsorg exempelvis sker genom deltagande i föreläsningar och via den s.k. Super 8 gruppens arbete.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att personalen vid Västergården har en god grundkompetens för uppdraget och att verksamheten kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. Kontoret ser också att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställda som förefaller vara väl implementerad. Kontoret bedömer dock att arbetet med omvärldsbevakning är ett förbättringsområde för verksamheten.

3.4 Kontaktmannaskap

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Rutiner för kontaktmannaskap ska finnas

3.4.1 Iakttagelser

Av intervjun med ledningen framkommer att en rutin finns för kontaktmannaskap. Rollen som kontaktman beskrivs av ledningen som en grundförutsättning för att bedriva en god vård- och omsorg. Kontaktmannen möter den boende vid inflyttning till Västergården och är den som tillsammans med den boende och ev. anhörig eller annan närstående har ankomstsamtal, samt upprättar genomförandeplan och levnadsberättelse. Samtliga boende vid Västergården uppges ha en kontaktman och all omvårdnadspersonal, som kontoret intervjuat förefaller vara väl insatt i rollen som kontaktman.

Omvårdnadspersonalen upplever att det är tydligt för de boende och dess närstående vem som är utsedd till att vara deras kontaktman. Kontaktmannen uppges ansvara för en till två boende, beroende på vilken tjänstgöringsgrad personalen har. Den boende uppges ha möjlighet att byta kontaktman om så önskas. Omvårdnadspersonalen berättar om vikten av att bygga upp en förtroendefull relation mellan kontaktmannen och den boende. Den boende ska kunna känna att han eller hon kan vända sig till kontaktmannen och samtala om det mesta. Vidare framgår att kontaktmannen har s.k. egen tid, med sina boende, 30 minuter per vecka. Personalen berättar att de ibland "samlar tiden" för att exempelvis kunna ta längre promenader.

⁴ Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens, BPSD

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att Västergården fungerar väl inom området kontaktmannaskap. Innebörden av rollen som kontaktman förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare.

3.5 Mat och måltider

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Kost, mat och matservering ska följa Äldrenämndens *Riktlinjer för nutrition* och *Inriktning och Riktlinjer för mathantering inom äldreomsorgen*
- Kostråd/kostombud ska finnas

3.5.1 Iakttagelser

Måltider serveras enligt följande tider; frukost: 07.00 - 09.30, lunch ca 12.00, middag ca 17.00 och däremellan serveras mellanmål på för- och eftermiddag samt på kvällen. Tiden för måltiderna uppges av såväl ledningen som omvårdnadspersonalen vara flexibel utifrån boendes önskemål. Av intervjun med omvårdnadspersonalen framgår att de är medvetna om att nattfastan inte ska bli för lång och därför erbjuds de boende lättare mål mat på kvällen. Nattpersonalen berättar att boende som vaknar på natten blir erbjuden något att äta, exempelvis smörgås och mjölk.

Västergården tillämpar så kallad pedagogisk måltid och omvårdnadspersonalen äter tillsammans med de boende. Att omvårdnadspersonalen sitter och äter tillsammans med de boende upplevs skapa en lugn och trivsamt stämning, men bidrar även till att omvårdnadspersonalen får en överblick över måltidssituationen. De kan också i ett tidigt skede upptäcka eventuell irritation mellan boende eller andra problem, som direkt kan åtgärdas. För varje bord utses en omvårdnadspersonal med extra ansvar för sitt bord. Vidare framgår av intervjuerna betydelsen av att skapa en trivsamt närmiljö där diskmaskin, tv och radio är avstängda under måltiderna. De boende som önskar att äta maten i sina egna lägenheter uppges ha den möjligheten enligt omvårdnadspersonalen.

Vid kontorets besök ställs även frågan hur verksamheten arbetar kring riktlinjer för mat, måltid och nutrition och utifrån svaren kontoret fick förefaller dessa vara kända hos personalen. Legitimerad personal framför att rutiner finns för viktkontroll. Maten uppges vara näringsberäknad med hjälp av dietist. Bedömningsinstrumentet MNA⁵ (Mini Nutritional Assessment) används, för att upptäcka boende som riskerar undernäring. Vidare uppges att kostombud och kostråd finnas i verksamheten.

Vid kontorets oanmälda uppföljning uppmärksammades vissa inslag i verksamheten, som ger verksamheten en prägel av institution. Exempelvis fanns en "sittvåg" i ett av köken och på stolsryggen fanns en lista med uppgifter om de boendes namn och vikt. Vid den planerade uppföljning framförde legitimerad personal i intervjun att vågen står där för att

⁵ Bedömningsinstrument för att identifiera personer med risk för undernäring

omvårdnadspersonalen inte ska glömma att väga de boende. Vid samtalet med ledningen och sjuksköterska framgår att de är öppna för att ändra denna rutin. Vidare noterades vid den oanmälda uppföljningen att matsedeln med information om vilken mat som serverades under dagen och veckan, fanns uppsatt i köket på två av tre plan. Textstorleken på matsedeln var dock liten och information om vilken mat som skulle serveras fanns inte heller uppskriven på de "svarta tavlorna" i respektive kök. Informationen var också relativt högt placerad vilket ytterligare förvårade läsningen, exempelvis för personer i rullstol.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att tillgängligheten avseende information om mat och måltider (matsedel) är ett förbättringsområde i verksamheten. Västergården behöver på ett tydligare sätt presentera och anpassa informationen till målgruppen.

Kontoret förutsätter att våg och anteckningar med uppgifter om enskilda boendes vikt utan dröjsmål tas bort och förvaras på en lämpligare plats i verksamheten. Kontoret vill också i sammanshanget erinra verksamheten att det är de boende själva som ger sitt samtycke om de vill vägas.

3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Utifrån enskildes psykiska, fysiska, sociala och kulturella behov **ska** förutsättningar skapas under hela dygnet för ett bra, aktivt och värdigt liv
- Den enskilde **ska** ges möjlighet att göra vad hon/han uppfattar meningsfullt
- Insatser **ska** ges flexibelt och den enskilde ska ges största möjliga inflytande
- Den enskilde **ska** få möjlighet att komma till mötesplatser och andra hälsobefrämjande aktiviteter
- Den enskilde **ska** ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar socialgemenskap och meningsfullhet
- Samverkan med närstående och andra, för den enskilde viktiga personer **ska** ske utifrån den enskildes önskemål och medgivande
- Samverkan med andra vårdgivare, organisationer och ideell sektor **ska** ske – medgivande krävs från den enskilde
- Kulturombud **ska** finnas i verksamheten

3.6.1 Iakttagelser

Ledningen beskriver att aktivitetsansvarig omvårdnadspersonal finns på varje plan. De uppges ansvara genomförandet av dagliga aktiviteter på de olika planen. Vid samtliga intervjuer framförs exempel på olika gruppaktiviteter. Bland annat nämns gymnastik, promenader, andakt, högläsning, målning m.fl. Aktiviteterna ska enligt uppgift finnas anslagna i verksamheten så att de boende men också anhöriga kan läsa och välja om de önskar delta i någon av aktiviteterna.

Vid kontorets oanmälda uppföljning uppmärksammades att information om gruppaktiviteter fanns på varje plan. Det framgick endast i något enskilda fall vem som ansvarade för aktiviteten samt var och när aktiviteten skulle äga rum. Vidare fanns en tavla, centralt placerad i korridor/gemensamhetsutrymme, där personalen förde statistik avseende hur många boende, som "tycker att maten varit god" eller hur många boende som "deltagit vid aktiviteter". Vid samtalen med omvårdnadspersonalen framkom att aktiviteter huvudsakligen genomförs en timme på förmiddagen innan lunch och en timme på eftermiddagen. Det framgick även att de boende "kände till rutinerna för aktiviteter" och när de äger rum. Det var olika hur omvårdnadspersonalen upplevde att de hann med att utföra aktiviteter. Någon ansåg att tid fanns för gruppaktiviteter, men att mer resurser behövdes för att kunna genomföra individuella aktiviteter.

Vid den planerade uppföljningen berättar omvårdnadspersonalen att det finns flera boende som inte vill vara med i några aktiviteter men att personalen försöker motivera dem att delta. Vidare framkommer att verksamheten tillämpar s.k. egentid, när personalen tillsammans med den de är kontaktman för kan genomföra individuella aktiviteter. Aktiviteter för egen tid, 30 minuter per vecka, uppges inte vara schemalagd utan tas när möjlighet finns i verksamheten. Ytterligare beskriver omvårdnadspersonalen upplevelsen av att städning av gemensamhetslokaler är en syssla som tar resurser och påverkar deras möjlighet att utföra individuella aktiviteter. Omvårdnadspersonal från plan ett framför att de inte kommer att kunna genomföra individuella aktiviteter med de boende, eftersom bemanningen har reducerats.

På kontorets fråga hur ofta de boende kommer ut på promenader uppger legitimerad personal att promenader förekommer dagligen, samt att de försöker få omvårdnadspersonalen att "tänka rehabiliterande". Omvårdnadspersonalen bekräftar att de dagligen promenerar tillsammans med de boende som önskar det, "vi går ut med alla som vill". Vidare uppger legitimerad personal att olika verktyg finns för aktiviteter, exempelvis nämns en pärm innehållande korsord m.m. De påtalar dock att det krävs omvårdnadspersonal som har tid att utföra aktiviteterna. Vidare framförs att lokalerna på Västergården är bra för såväl de boende som för personalen. De stora balkongerna och möjligheten att vistas i trädgården framförs som mycket positivt.

Ytterligare uppges vid intervjuerna att kulturombud finns i verksamheten, samt att samverkan förekommer med volontärer, exempelvis från Röda korset. Samarbetet med volontärerna beskrivs av omvårdnadspersonalen som väl fungerande.

Vid samtliga intervjuer framgår att anhörigdelaktighet och inflytande ses som en viktig del i verksamheten och det anordnas bland annat anhörigmöten flera gånger per år. Anhöriga erbjuds även att medverka vid olika tillställningar och högtider vid boendet.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret noterar att verksamheten erbjuder ett relativt stort och varierande utbud av gruppaktiviteter, vilket är positivt. Kontoret ser dock att verksamheten måste säkra att aktiviteter sker på individnivå, samt att aktiviteter utgår ifrån de enskildas individuella behov

och önskemål. Verksamheten behöver på ett tydligare sätt lyfta fram den enskildes individuella önskemål om aktiviteter, samt när de ska utföras. Kontoret fick vid besöket en bild av att de boende i hög utsträckning får anpassa sig till när och om verksamheten har möjlighet att utföra aktiviteterna.

Kontorets bedömning är också att information om aktiviteter är ett förbättringsområde. För att de boende ska få överblick över utbud och när gruppaktiviteter erbjuds bör informationen struktureras. Exempelvis bör det framgå vad som händer under respektive dag måndag, tisdag o.s.v. Men även när aktiviteten ska äga rum m.m. Detta underlättar även för anhöriga att vara delaktiga i den enskildes vardag.

Kontoret bedömer att det föreligger brister i förhållande till gällande avtal inom området vad gäller krav kring att insatser ska ges flexibelt och att den enskilde ska ges största möjliga inflytande. Kontoret begär därför i handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten ska säkerställa att aktiviteter anpassas individuellt utifrån gällande krav.

3.7 Hälsa-och sjukvård inklusive rehabilitering

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Vård och omsorg **ska** ges till den enskilde i tryggt och väl samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning
- Rutiner **ska** finnas mellan vårdkedjans olika funktioner
- Den enskildes deltagande i sin egen vård **ska** optimeras
- Omvårdnad i livets slut **ska** ske med bibehållen värdighet
- Namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska **ska** finnas
- Verksamheten **ska** vara ansluten till Palliativa registret
- Behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast **ska** tillgodoses
- Rehabilitering **ska** ges utifrån den enskildes behov, i syfte att främja bibehållen självständighet
- All personal **ska** ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande förhållningssätt
- Den enskilde **ska** stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- Stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt **ska** ges till personal och närstående om hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses

3.7.1 Iakttagelser

Av samtliga intervjuer framkommer att teammöten äger rum en gång i veckan, för varje våningsplan. Vid mötet deltar arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, berörd omvårdnadspersonal och utifrån behov ibland enhetschef. Vidare framförs att en plan finns på införandet av obligatoriska möten för hela Västergården samtidigt. Den legitimerade personalen ser ett sådant möte som mycket positivt och en möjlighet för dem att kunna informera hela personalgruppen vid ett och samma tillfälle. Av intervjun med omvårdnadspersonalen framgår att samarbetet med legitimerad personal fungerar väl.

Av intervjun med legitimerad personal framgår att boende i samband med inflyttning till Västergården genomgår såväl "inskrivningssamtal" som olika kontroller av blod, blodtryck, puls och hjärta, samt en genomgång av läkemedel, PHASE-20⁶. Kontroll av de boendes hälsotillstånd utförs därefter årligen eller mer frekvent om behov föreligger. Ytterligare framgår att en vårdplan och en rehabiliteringsplan upprättas. Bland annat görs riskanalys utifrån fall, Downton Fall Risk Index⁷, undernäring, Mini Nutreal Assesment⁸ och trycksår, Modifierad nortonskala⁹. Riskanalys utförs enligt sjuksköterskan var tredje månad och dokumenteras i Siebel. Arbetsterapeut och sjukgymnast berättar att de möter den boende i samband med dennes inflyttning, för att göra en första bedömning av behov och planering för ev. rehabiliteringsinsatser och beställning av hjälpmedel. Bland annat används Katz ADL-index¹⁰ som metod.

Av den senaste terialuppföljningen framgår att 23 boende har erbjudits en bedömning av aktivitets- eller funktionsförmågan under perioden januari till april 2014. Av samma rapport framkommer att 25 boende erhållit minst en läkemedelsgenomgång under samma period. Av intervjun med legitimerad personal framgår att sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig, samt läkemedelsansvarig på enheten. Vidare uppges att Västergården följer Uppsala kommuns riktlinje avseende delegering. Enligt sjuksköterskan utbildas berörd omvårdnadspersonal i läkemedel och läkemedelshantering. Omvårdnadspersonalen genomför, efter ett teoretiskt pass, ett kunskapstest vars svar går igenom tillsammans med sjuksköterskan. Delegering sker skriftligen och delegerad omvårdnadspersonal får även visa sina praktiska färdigheter inför sjuksköterskans översyn. Uppföljning av delegering sker enligt intervjuad sjuksköterska "på rulle, årsvis eller efter behov", exempelvis efter en avvikelse. Delegering av uppgifter förekommer bland annat gällande insulin, sondmatning, läkemedelsadministrering, såromläggning m.fl.

Sjuksköterskan berättar att hon och en av omvårdnadspersonalen är utbildade hygienombud. De fungerar tillsammans som verksamhetens stöd i vårdhygieniska frågor. Bland annat innefattar uppdraget att regelbundet gå igenom med övrig personal vad basala hygienrutiner är och hur de ska tillämpas. Vidare tillser de att handsprit, förkläden och övrig skyddsutrustning finns tillhanda vid behov. Sjuksköterskan är även länken mellan verksamheten och landstingets vårdhygieniska enhet.

Registrering i Senior Alert¹¹ har tidigare fungerat bra enligt sjuksköterskan, som också är palliativt ombud i verksamheten. Från december 2013 har dock arbetet stannat av på grund av sjukdom och tidsbrist. Sjuksköterskan bedömer att registrering kan återupptas under hösten

⁶ Instrument för skattnig av möjliga läkemedelsrelaterade symptom hos äldre personer

⁷ Bedömningsinstrument för att identifiera personer med fallrisk

⁸ Bedömningsinstrument för nutrition

⁹ Instrument för riskbedömning för utvecklande av trycksår

¹⁰ Instrument för bedömning av funktionsförmåga

¹¹ Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Syftet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg till de äldre.

2014. Registrering i palliativregistret¹² fungerar bra enligt ledningen och sjuksköterska. Av intervjuerna med ledningen och legitimerad personal framgår också att arbetet med BPSD registret¹³ fortgår i verksamheten och att utbildningsinsatser genomförs vid behov.

Samtliga intervjuade ser som en viktig del i vård- och omsorgsarbetet att ha en bra kontakt med de boendes anhöriga och närstående. De intervjuade framför att de anser sig ha tillräcklig kompetens, för att kunna stödja och möta anhöriga i sorgprocessen och krissituationer. Personalen framför att de som omvårdnadspersonal ibland upplever behov av att samtala i gruppen, efter att en boende avlidit. De uppger dock att de stöttar varandra i personalgruppen.

Vid samtliga intervjuer framkommer att verksamheten har upprättade rutiner kring vård i livets slutskede. Ledningen framför att extra personal tas in vid behov, exempelvis vid vård i livets slutskede.

Arbetsterapeut och sjukgymnast uppger att deras ambition är att så ofta som möjligt vara ute på enheterna, för att stötta omvårdnadspersonalen och delta i det vardagliga arbetet. De beskriver även att de informerar och handleder omvårdnadspersonalen i rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt genom att samla och informera den omvårdnadspersonal, som finns på plats för tillfället.

Vid intervjun med omvårdnadspersonalen framförs att de har ett bra samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast. Omvårdnadspersonalen berättar att arbetsterapeut och/eller sjukgymnast även deltagit under natten, vilket har uppskattats. Omvårdnadspersonalen upplever att de får bra stöttning av arbetsterapeut och sjukgymnast när de är i behov av det. Vidare framför personalen att de kontaktar arbetsterapeut eller sjukgymnast vid frågor som rör såväl boende som deras egen arbetsmiljö. Kontakten med arbetsterapeut eller sjukgymnast sker som regel via telefon eller e-post. Ytterligare framförs att en lista finns vid träningslokalen där tider framgår när arbetsterapeut och sjukgymnast finns på Västergården.

Vid kontorets oanmälda besök noterades att en lista över arbetsterapeut och sjukgymnasts ansvarsområden finns uppsatt i verksamheten. Av listan framgår en detaljerad beskrivning av olika hjälpmedel samt att bedömning av ADL-förmåga, fysiska funktioner och upprättande av träningsprogram, samt fallpreventionsplaner görs.

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret saknar i listan över arbetsterapeut och sjukgymnasts ansvarsområden en mer heltäckande beskrivning, som innefattar bland annat krav på stöd och handledning till all personal och närstående i ett rehabiliterande arbetssätt. Det saknas också en beskrivning av dessa yrkesgruppers ansvar för genomförande och uppföljning av insatser.

¹² Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.

¹³ BPSD (beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) Registret är ett arbetsverktyg för att kvalitetssäkra och förbättra vården av personer med demenssjukdom.

Kontoret begär därför att i handlingsplan få ta del av en mer utvecklad lista över arbetsterapeut och sjukgymnasts ansvarsområden, som innefattar hela rehabiliteringsprocessen (inklusive genomförande och uppföljning av insatser), samt de krav som finns i avtal avseende handledning.

3.8 Informationsöverföring och dokumentation

Av förfrågningsunderlaget framgår att:

- Journalföring och dokumentation av vården utförs och förvaras i enlighet med patientjournalagen och Socialstyrelsens föreskrifter
- Genomförandet av vård och omsorg samt stödinsatser dokumenteras enligt SoL
- Varje beställning ska omsättas till en genomförandeplan som ska undertecknas av den enskilde. Om den enskilde inte kunnat medverka vid undertecknandet ska det tydligt framgå av genomförandeplanen
- Utifrån biståndsbeslut upprättar vårdgivaren gemensamt med vårdtagaren en individuell vård- och omsorgsplan (genomförandeplan)

3.8.1 Iakttagelser

Av intervjun med legitimerad personal framkommer att de har tillräckligt med tid för att läsa eller muntlig få rapport och information de behöver inför arbetspassets början. När det gäller överrapporteringstid mellan olika arbetspass finns det schemalagt enligt ledningen. Vid intervjutillfället fick kontoret uppfattningen att såväl ledningen som omvårdnadspersonalen var medvetna om att den sociala dokumentationen är ett förbättringsområde. Omvårdnadspersonalen framför att överrapportering sker såväl muntligt som skriftligt. Vidare bekräftas att tid för rapportering finns inlagt i schemat. Omvårdnadspersonalen påtalar dock att tiden inte alltid finns för att dokumentera, utan att de måste "ta sig den tiden".

Kontaktmannen uppges vara huvudansvarig för respektive boendes dokumentation. Av intervjuerna med ledningen och omvårdnadspersonalen framgår att de är medvetna om att dokumentationen är ett förbättringsområde. Bland annat nämns brister i dokumentation av utförda aktiviteter. Kontaktmannen uppges också vara den som utifrån den boendes biståndsbeslut upprättar en genomförandeplan i samverkan med den boende och ev. närstående. Samtliga boende uppges ha en upprättad genomförandeplan innehållande exempelvis mål för insatsen.

I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning¹⁴ av den sociala dokumentationen, som förts i verksamheten. En sammanfattning av dokumentationsgranskningen finns inkluderad som en bilaga i rapporten. Totalt granskades 11 akter. Av granskningen framgår att genomförandeplan finns i samtliga akter. Likaså finns namngiven kontaktman och datum angivet när uppföljning av genomförandeplanen ska genomföras m.m. Av granskningen framkommer dock ett flertal brister i genomförandeplan

¹⁴ Kontoret för Hälsa, Vård och Omsorg (HVK), Avdelningen för individuellt stöd (AIS), Granskning av social dokumentation vid Västergården, vård och omsorgsboende 2014-06-25

och i de journalanteckningar som förts. Brister som nämns är att; datum saknas för när genomförandeplanen upprättats, mål saknas, samt att dokumentation saknas om de boende eller deras företrädare varit delaktiga vid upprättande av planen. Vidare påtalas viss oordning gällande s.k. driftstoppspärmar, samt sammanblandning av dokument enligt HSL och SoL.

3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret bedömer att verksamheten behöver säkerställa att den sociala dokumentationen genomförs i enlighet med 11 kap. 5 § Socialtjänstlagen (2001:453), SoL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Mot bakgrund av informationen som framkom vid intervjuerna samt av den dokumentationsgranskning som genomförts bedömer kontoret att det föreligger brister i förhållande till gällande krav inom området.

Kontoret begär att verksamheten i handlingsplan redogör för hur kraven inom området dokumentation ska uppfyllas.

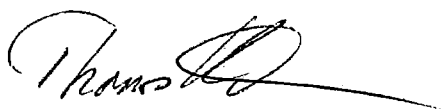
4 Kontorets avslutande kommentar

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i delar av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt hos den nu uppföljda enheten. Kontorets bedömning är att Västergården är en fungerande verksamhet på många sätt. Kontoret fann dock brister i förhållande till krav i avtal inom flera områden och begär där en handlingsplan.

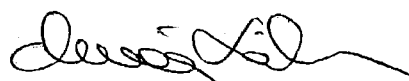
Kontoret fann vissa förbättringsområden där handlingsplan ej begärs. Kontoret förutsätter dock att verksamheten omgående vidtar åtgärder för att komma tillrätta med dessa. Kontoret utgår också från att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att utveckla och förbättra verksamheten.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK)

Uppsala 2014-09-02



Thomas Karlsson
Uppdragsstrateg



Maria Lindblom
Uppdragsstrateg

Handläggare
Mari Larsson
Eva-Lena Tverå

Datum 2014-06-25

Granskning av social dokumentation vid Västergården, vård och omsorgsboende 2014-06-25.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-06-25.

Syfte

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

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av brukare. Granskning har genomförts i 11 akter utifrån det slumpmässiga urvalet.

Resultat

Samtycke

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

Beställning

- Beställning *finns* för samtliga brukare.

Genomförandeplan

- Genomförandeplan *finns* för samtliga brukarna
- Namngiven kontaktman *finns* i samtliga planer
- Datum för upprättande av planen *saknas* i samtliga planer
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i samtliga planer
- Mål/delmål av övergripande karaktär *finns* i samtliga planer,
"få en bra start på dagen, nöjd och trivas, trevligt vid måltider, god sömn"
- Hur brukaren önskar att en insats ska utföras *framkommer* i planerna
- När en insats ska utföras är *generellt beskrivet* i samtliga planer.
"städ 1 gång/vecka samt vid behov, dusch 1 gång/vecka."

- Hur brukare/legal företrädare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan saknas i flertalet planer. I *några framkommer* delaktighet med närstående.

Journalanteckningar

- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i *samtliga* journaler då det med automatik framkommer i Siebel när en genomförandeplan upprättas.
- På vilket sätt brukare/legal företrädare varit delaktig i planering/upprättande av genomförandeplan saknas i samtliga journaler.
- Datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Utförande av insatser utifrån genomförandeplan *framkommer* i löpande text, *Duschat, städad, varit ute på promenad, deltagit i rörelseträning, haft besök av*
- På vilket sätt brukaren varit delaktig i utförandet av insatser saknas i flertalet journaler
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i löpande text i samtliga journaler.
- Egen tid för brukaren framkommer i *några* journaler.
- Brukarens upplevelse i samband med aktiviteter eller "egen tid" framkommer *inte tydligt*.

Samverkan

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

Social dokumentation under genomförande

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

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

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

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

Bedömning

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

Åtgärds punkter

Genomförandeplan

- Att dokumentera datum för upprättande av planen
- Att formulera individuella mål/delmål *för brukaren*
- Att dokumentera tydligare när en insats ska utföras. När detta inte är möjligt ska detta framgå i genomförandeplanen.
T.ex. När brukarens önskemål/behov varierar på grund av hälsotillstånd
- Att dokumentera hur brukare/legal företrädare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan


Journalanteckningar


- Att dokumentera på vilket sätt brukare/legal företrädare varit delaktig i planering/upprättande av genomförandeplan.
- Att tydligare dokumentera på vilket sätt brukaren varit delaktig i utförandet av insatser.
- Att dokumentera orsak samt resultat av mål/delmål vid uppföljning/utvärdering av genomförandeplan

Kommentar

Driftsstoppspärmar är ostrukturerade. Ett antal pärmar saknar register. I de pärmar register finns förekommer olika innehållsförteckningar. *I någon pärm sitter genomförandeplanen först i pärmen i andra sitter den i slutet* I någon pärm sitter genomförandeplanen under HSL flik i någon pärm saknas flik för genomförandeplan. I någon pärm förekommer dokument "handlingsplaner" som beskriver olika planeringar samt förhållningssätt gällande brukaren. I journal framkommer inte att personal arbetar eller tar hänsyn till dessa "handlingsplaner". I flera pärmar sitter HSL dokument under SoL flik inte under befintlig HSL flik.

Förekommer att dokumentation för brukare förs på fel avdelning. Bor brukaren t.ex. på avdelning 2 förekommer dokumentation på våning 1. Detta kan bero på att personalen glömmer positionera sig på rätt våningsplan.


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare


Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Marie Durén
Uppdragsstrateg Thomas Karlsson

Handläggare
Thomas Karlsson

Datum
2014-10-07

Diarienummer
ALN-2014-0219.30

Kompletterande handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Kosmo AB, Västergården vård- och omsorgsboende

Enhetschef: Marie Durén

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 20 oktober 2014

Komplettering begärs till tidigare handlingsplan¹. Kompletterande svar ska skrivas i den av HVK tillhandahållen mall. I kolumnen *Ev. krav på ytterligare åtgärd/kommentar* framgår de frågor som HVK begär kompletterande svar. Svar skrivs i kolumn markerat med rött under respektive område. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

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

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Svartbäcksgatan 44.

Handlingsplanen ska skickas 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.

¹Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN, tillhanda HVK 2014-09-15

Uppföljningsobjekt: Västergården vård- och omsorgsboende, Dnr: ALN-2014-0219.30

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
3.1 Värdegrundsarbete Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande: Aktivt och medvetet arbete med äldrenämndens lokala värdighetsgarantier.	Kontinuerligt arbete med implementering av äldrenämndens lokala värdighetsgarantier i samband med varje APT, planeringsdagar och anhörigträffar. Värdegrundsledare arbetar med att alla ska få kunskap om vad TITORB innebär och hur det ska genomsyra vårt förbättringsarbete. Förbättringsarbetet utförs bland annat i alla Super-8 grupper som arbetar med förbättringsarbeten på boendet som måltider, aktiviteter, kontaktmannskap, säkerhet, inne/utemiljö etc.	Värdegrundsledare och enhetschef	Ständigt pågående	Värdegrundsledare följer upp på APT och planeringsmöten	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.2 Verksamhet, organisation och bemanning Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande: Säkerställa att tillräcklig bemanning	Grundbemanning utifrån handlingsplan. Enhetschef, sjuksköterska och samordnare bedömer vårdtyngden och har rätt att ta in extra personal vid behov som resurs och vak. Pooltjänst på helger och resurs under veckorna för att tillgodose enskilda boendes behov. Städ av offentliga lokaler läggs över på lokalvårdare.	Verksamhetschef Samordnare Enhetschef	Ständigt pågående	Kontinuerlig uppföljning och anpassning efter verksamhetens behov	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
finns för att utföra uppdraget med god kvalitet.	Verksamhetsbaserat schema kommer att införas under hösten vilket ger möjlighet att ytterligare påverka schema efter verksamheten och boendes individuella behov.					
<p>3.2 Verksamhet, organisation och bemanning</p> <p>Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande:</p> <p>Säkerställa att tillräcklig bemanning finns för att utföra uppdraget med god kvalitet.</p>	<p>Utifrån vårdtyngden träffas enhetschef, sjuksköterska och samordnare om det krävs ökad bemanning. Finns inte chef på plats så är samordnare delegerad att sätta in extra resurs när det krävs.</p> <p>Teammöte som genomförs en gång per vecka där vårdbehovet diskuteras kring den boende. Sjuksköterska kan alltid sätta in extra vak för vård i livets slut.</p> <p>Vi är aldrig mindre än två personal på demensavdelningen. Samordnare som går utanför schema tar förmiddagspasset på demensavdelningen för att få en kontinuitet.</p>				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Kontoret förutsätter att handlingsplanen² som avses i område 3.1 och 3.2 är den som Kosmo redovisat 2012. Om det är en annan handlingsplan som åsyftas ska den bifogas.</p> <p>Beskriv konkret hur verksamheten bedömer vårdtyngden, som grund för planeringen av bemanningen.</p> <p>Beskriv konkret hur pooltjänsten utformats/ska arbeta.</p>

² KOSMO – HANDLINGSPLAN – VÄSTERGÅRDEN, Svar av Annika Ågren T.f. verksamhetschef, daterad 2012-01-02. Av handlingsplanen framgår exempelvis under rubriken *Demens* att: **Vi ökar bemanningen på dagtid, både vardag och helg.** Denna förändring är högprioriterad, bl.a. för att eliminera ensamarbete vid behov av dubbelbemanning. **Vi ökar bemanningen till tre personal på förmiddagen** samt två personal på kvällen, både vardag och helg. Minimibemanningen är således två personal även under raster.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>Pool/resurs arbetar utifrån det behov som finns. Kan ersätta vid sjukdom eller utöka bemanning vid ökad vårdtyngd. VBS-schema utgår från kommunens handlingsplan men där vi utifrån boendes behov – genomförandeplan – kan förskjuta tid så att det finnas personal där behovet är.</p> <p>VBS-schema går inte att reglera dag för dag utan det måste vara med två veckors framförhållning. Blir det ökat behov akut sätts extraresurs in.</p>					Beskriv konkret hur enhetschef/ledning säkerställer att det är verksamhetens och brukarnas behov som är i fokus vid användande av VBS-schema.
<p>3.6 Aktiv och meningsfull samvaro Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande:</p> <p>Att aktiviteter/insatser ges flexibelt och att den enskilde ges största möjliga inflytande.</p>	VBS-schema (verksamhetsbaserade schema) ger ökad möjlighet för kontaktperson att planera in egen tid med brukare. Resurs och poolpersonal samt minskad tid till städuppgifter ger ökat utrymme för aktiviteter och ökad möjlighet för flexibilitet i utförande av insatser till den enskilde.	Enhetschef Super -8 grupp och samordnare	Ständigt pågående	Uppföljning kommer att göras genom intervjuer i boenderåd och individuellt samt genom granskning av dokumentation.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kontoret ser positivt på att resurser frigörs för ökat utrymme för exempelvis aktiviteter tillsammans med brukarna.
3.7 Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering	Arbetsbeskrivning bifogas. Handledning och uppföljning av	Rehabpersonal och	Ständigt pågående	Bifogar dokument till arbetsfördelning/ansvarsområde	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kontoret godkänner området under

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande: Redovisning av arbetsterapeuts och sjukgymnasts ansvarområden, som innefattar hela rehabiliteringsprocessen, samt de krav som finns i avtal avseende handledning.	bedömning görs i samband med omvårdnads/rehabmöten samt i ADL / träningsituation tillsammans med omvårdnadspersonal på avdelningen Handledning av rehabiliterande arbetssätt ges kontinuerligt i samband med handledning, utbildning, förflyttning och värdegrundsbildningar i verksamheten.	enhetschef		för rehab		förutsättning att det i verksamhetens rutin eller dokument för arbetsfördelning tydliggörs när och hur arbetsterapeut och sjukgymnast får information om brukares förändrade behov/ADL-status av annan personal, samt när och hur uppföljning av åtgärder ska genomföras.
3.8 Informationsöverföring och dokumentation Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande: Säkerställa att dokumentationen i samband med genomförandet av insatser sker i enlighet med 11 kap. 5 § SoL och Socialstyrelsens	Kosmos Super-8 grupp har tagit fram en lathund för att skriva genomförandeplaner. Den delas ut till samtliga undersköterskekontor för att börja användas direkt. Övergången till Siebel har inneburit vissa svårigheter för personalen att dokumentera i vårt nuvarande journalsystem. Vi kommer att arbeta för att öka förståelsen av hur dokumentationen ska utföras genom utbildning där vi kommer att arbeta med de svaga punkter som granskningen visat. Uppföljning av delmål, på vilket sätt brukare varit delaktig etc.	Enhetschef samordnare och Kosmos utbildnings ansvarige inom dokumentation för SOL- personal.	Ständigt pågående arbete. Utbildning ar startar i september	Uppföljning av dokumentation utförs av samordnare i samband med upprättande av nyckeltal varje vecka samt av Kosmos kvalitetsgranskare.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kontoret upplyser verksamheten om en ny föreskrift, som träder i kraft den 1 januari 2015. <i>SOSFS 2014:5, Föreskrifter och allmänna råd om Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL...</i> , Genom författningen upphävs <i>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden</i>

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5).						<i>och genomförande av insatser enligt SoL...</i>