

Handläggare
Eva Erikson
Mia Gustafsson

Datum
2013-06-04

Diarienummer
ALN-2013-0059.30

Äldrenämnden

Kompletterande avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboende Vigmund

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Föredragning

Verksamheten drivs av Förenade Care AB. Under april 2012 genomfördes en avtalsuppföljning i verksamheten. Brister inom sex områden uppmärksammades vid detta tillfälle och för att säkerställa att samtliga brister åtgärdats i utlovad omfattning genomfördes en kompletterande avtalsuppföljning den 31 januari 2013. Ett pågående - men inte avslutat - utvecklingsarbete kunde påvisas.

En handlingsplan med följande innehåll har inkommit till kontoret inom utsatt tid.

- Bedömning av sjukgymnast samt screening av nattfasta – inom området verksamhet, organisation och bemanning
- Krav på verksamhetschef - inom området kompetens och kompetensutveckling
- Informationsöverföring och dokumentation - inom samma område

Handlingsplanen beskriver på ett tydligt sätt de åtgärder som vidtagits för att ge sjukgymnasten förutsättningar att utöva funktionen. Utföraren har vid möte den 4 juni presenterat den screening av nattfasta som genomförts samt de åtgärder som har och kommer att vidtas för att komma till rätta med brister inom området. Dessutom beskriver handlingsplanen insatta åtgärder för att förbättra informationsflödet mellan personalgrupper och lagrum. Granskning av dokumentationen genomfördes den 24 januari och visade på brister i sjukgymnastens och omvårdnadspersonalens dokumentation. Ytterligare en granskning genomfördes därför den 3 maj. En tydlig förbättring av dokumentation kunde nu ses. Verksamhetschefens uppdrag på Vigmund har avslutats. Ersättare är regionchefen.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör



Handläggare
Eva Erikson
Mia Gustafsson
Maria Lindblom

Datum
2013-04-11

Diarienummer
ALN- 2013-0059.30

Kompletterande avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Vigmund

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vigmund - Förenade Care AB
Adress	Gåvstavägen 17, 755 96 Uppsala
Verksamhetschef	Nicola Youngman 2011-01-01
Telefon och e-postadress	0733 150129, nicolay@forenadecare.com
Uppföljning utförd av	Uppdragstrategerna Eva Erikson och Maria Lindblom, hälso- och sjukvårdscontroller Eva Andersson och Karin Eriksson och biståndshandläggare Eva-Lena Tverå
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Regionchef Susanna Gerhard, verksamhetschef Nicola Youngman, en gruppleddare, sjukgymnast, sjuksköterska och arbetsterapeut
Totalt antal kunder	32 platser - 22 omvårdnad varav 1 växelvårdsplats, 10 demens.
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning omvårdnad/demens
Avtalstid	2009-11-02 – 2012-11-01 + 3 år
Datum för uppföljning	2013-01-31

Vård- och omsorgsboendet Vigmund drivs av Förenade Care AB sedan 2009-11-02. Avtalsperioden på tre år har förlängts med ytterligare tre år, t o m 2015-11-01. Boendet består av en byggnad i två plan som inrymmer 32 lägenheter fördelade på 22 platser för omvårdnad, varav en för växelvård och 10 platser för personer med demenssjukdom.

1 Sammanfattning

Verksamheten drivs av Förenade Care AB. Under april 2012 genomfördes en avtalsuppföljning i verksamheten. Brister inom sex områden uppmärksammades vid detta tillfälle och för att säkerställa att bristerna åtgärdats i utlovad omfattning beslutades om en kompletterande avtalsuppföljning inom dessa områden i januari 2013.

1.1. Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen.

Verksamhet och organisation - bemanning

HVK noterar att sjukgymnasten upplever sig ha ett pressat tidsschema och att han ännu inte bedömt boendes rehabiliteringspotential där detta saknas sedan anställningen påbörjades under hösten 2012. Detta ser HVK som en brist och ställer krav på att samtliga boende ska ha blivit bedömda senast den 30 april *"så att behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast"* enligt ska-krav i förfrågningsunderlaget kan tillgoses. Se vidare under rubriken *"informationsöverföring och dokumentation"*.

Vid uppföljningen informeras HVK att nattfastan är för lång för vissa av de boende och att sjuksköterskorna planerar att genomföra en screening för att fånga upp behovet av individuella insatser. HVK önskar ta del av screeningresultatet senast den 30 april.

Kompetens och kompetensutveckling

Vid avtalsuppföljningen i april 2012 påpekade HVK att verksamhetschefen inte uppfyller kraven på *"minst tre års dokumenterad erfarenhet av att i arbetsledande ställning ansvara för ett vård- och omsorgsboende av motsvarande art som efterfrågas i detta förfrågningsunderlag"*. I godkänd handlingsplan från 2012 framgår följande åtgärder:

- Genomgått företagets introduktion för verksamhetschefer
- Handledning i ledarskap av regionchef Kerstin Jönsson
- Introduktion på Vigmund av föregående verksamhetschef Sofie Ewerborg
- Löpande stöd av Sofie i verksamhetsrelaterade frågor eftersom Sofie fortfarande är kvar i företaget
- Stöd och råd i dagliga ledarskapsfrågor från erfaren verksamhetschef Susanne Inerud
- Utbildning och stöd i arbetsrätts- och arbetsmiljöfrågor av personalchef Robert Wikgren
- Handledning, stöd och råd i medicinska ledningsfrågor inom sitt ansvarsområde. MAS Ulla Silow-Lindeberg
- Ledarskapsutbildning på högskolan kommer att påbörjas 2012-08-30. Klar våren 2013. Ledarskapsutbildning har funnits med i verksamhetschefens utbildningsplan.

Vid uppföljningstillfället uppgår verksamhetschefens erfarenhet av arbetsledande ställning till drygt två år. Regionchefen ger fortsatt sitt stöd till verksamhetschefen inom området vård- och omsorg. För att kunna bedöma aktualiteten av ovan beskrivna åtgärder begär HVK att en reviderad handlingsplan ska delges HVK senast den 30 april.

HVK bedömer övriga krav inom området som uppfyllda.

Aktiv och meningsfull tillvaro

HVK gör bedömningen att verksamheten utvecklat och synliggjort det utbud av aktiviteter som erbjuds under helger. Ett förbättringsområde kan vara att involvera de boende i ett aktivitets- eller brukarråd för att öka delaktigheten. HVK finner att kraven inom området är uppfyllda.

Hälso- och sjukvård

HVK finner att kraven inom området är uppfyllda.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

HVK bedömer att samtliga krav är uppfyllda men noterar samtidigt att det vid ordination/åtgärder av sjukgymnasten, såsom träning, inte används signeringslistor. Sjukgymnastens uppföljning av utförd ordination/åtgärd skulle genom att använda signeringslista ytterligare kunna säkras.

Informationsöverföring och dokumentation

HVK gör bedömningen att verksamheten satsat en hel del på dokumentationen och att den "röda tråden" mellan omvårdnadspersonalen och de legitimerades journalföring kunde ses i samtliga funktioners journaler, vid dokumentationsgranskningen (bilaga 1).

HVK noterar dock att det alltsedan mars 2012 finns ytterligare förbättringsområden i den sociala journalen och i sjukgymnastens dokumentation. Dokumentationsgranskningen från den 24 januari 2013, visar att det i sjukgymnastens dokumentation endast finns *"två korta anteckningar i två av de nio granskade journalerna. I övrigt fanns ingen nytillkommen dokumentation sedan granskning utförd i augusti 2012"*. HVK gör bedömningen att sjukgymnasten *antingen* inte haft tillräckligt med resurser för att kunna ta sitt yrkesansvar eller inte dokumenterat de bedömningar och åtgärder som utförts.

Den 3 maj kommer därför ytterligare en dokumentationsgranskning att genomföras.

1.2. Krav på åtgärder

Kontoret begär att verksamheten senast 30 april 2013 återkommer med en handlingsplan (bilaga 2) som visar hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, som bifogas.

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 Förenade Care AB sedan 2009-11-02 och är upphandlad i konkurrens. Avtalsperioden har förlängts med tre år t o m 2015-11-01.

2.2 Syfte och avgränsningar

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

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av en intervju med regionchef, verksamhetschef och gruppleddare tillsammans samt en gemensam intervju med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Intervjuerna hölls separat. Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av sociala journaler och hälso- och sjukvårdsjournaler har genomförts som en del av den kompletterande avtalsuppföljningen.

2.4 Närvarande och genomförande

Avtalsuppföljningen genomfördes den 31 januari 2013.

Närvarande från utföraren var verksamhetschef Nicola Youngman och regionchef Susanna Gerhard, en gruppleddare, en av de båda sjuksköterskorna, arbetsterapeuten och sjukgymnasten. Närvarande från kontoret var uppdragsstrategerna Eva Erikson och Maria Lindblom (ersättare för Mia Gustafsson)

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Verksamhet och organisation – Bemanning

3.1.1 Iakttagelser

Inledningsvis berättar ledningen att det finns två sjuksköterskor i verksamheten fördelat på 54 och 80 %. Arbetsterapeuten tjänstgör 25 % med arbetsterapi och 50 % med aktiviteter. Sjukgymnasten fördelar sin tid mellan 25 % sjukgymnastik och 15 % som vaktmästare. Samtliga legitimerade är på plats varje tisdag och torsdag samt varannan fredag. Arbetsterapeuten är nöjd med sin tjänstgöringsgrad och fördelning av sin arbetstid medan sjukgymnasten som är nyutbildad säger sig ha ett pressat tidsschema och inte hunnit bedöma boendes rehabiliteringspotential där detta saknas.

Kvällstid under veckans alla dagar finns fem personer i tjänst, fördelade på de två planen. Natten bemannas med två personer som hjälps åt vid behov. Demensenheten får lämnas - enligt fastställd rutin - under 15 minuter. De boende som brukar gå upp under natten bevakas med rörelselarm.

Ledningen berättar om utbildning för undersköterskor kring vård i livets slut. Ny rutin har tagits fram för området och palliativa ombud har utsetts och utbildats. Tydliga kriterier finns för när extravak ska sättas in.

På vardera planen är det ca två personer som behöver hjälp med matintaget. Dagsformen är avgörande för om boende behöver stöd vid matningen, enligt de intervjuade. De legitimerade har noterat att nattfastan är för lång för vissa av de boende och planerar att genomföra en screening för att fånga upp behovet av ytterligare matintag.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att sjukgymnasten upplever sig ha ett pressat tidsschema och att han inte bedömt boendes rehabiliteringspotential där detta saknades sedan anställningen påbörjades under hösten 2012. Detta ser HVK som en brist och ställer krav på att samtliga boende ska ha blivit bedömda senast den 30 april "*så att behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast*" enligt förfrågningsunderlaget kan tillgodoses. Se vidare under rubriken "*informationsöverföring och dokumentation*".

Vid uppföljningen informeras HVK att nattfastan är för lång för vissa av de boende och att sjuksköterskorna planerar att genomföra en screening för att fånga upp behovet av individuella insatser. HVK önskar ta del av screeningresultatet senast den 30 april.

3.2 Kompetens och kompetensutveckling

3.2.1 Iakttagelser

Ledningen berättar att alla medarbetare har en kompetensutvecklingsplan som anpassas till verksamhetens behov. En del utbildningar är enligt verksamhetschefen obligatoriska.

Verksamhetschefen berättar vidare att det vid behov av nyanställning är *"lätt att få undersköterskor"*. En i personalgruppen utbildas just nu till undersköterska och en annan blev klar med sin utbildning förra sommaren.

Verksamhetschefens erfarenhet av tjänst i arbetsledande ställning uppgår till drygt två år, vid uppföljningstillfället. Regionchefen berättar att hon alltid finns tillhands för arbetsledning inom området vård- och omsorg.

För att bevaka nya forskningsrön har utsedda personer ansvar för att hålla sig á-jour eller att vara ombud för ett visst område, som t ex nutrition eller inkontinens, enligt verksamhetschefen. Som ett pågående kvalitets/utvecklingsprojekt nämner samtliga intervjuade också satsning på friskvård för medarbetarna, där gruppleadaren utsetts till friskvårdsombud.

Områden som prioriterats för kompetensutveckling under det senaste året har varit värdegrundsarbete, palliativ vård och demens. Dessutom kommer dokumentationen och speciellt genomförandeplanen att prioriteras framöver.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Vid avtalsuppföljningen i april 2012 påpekade HVK att verksamhetschefen inte uppfyller kraven på *"minst tre års dokumenterad erfarenhet av att i arbetsledande ställning ansvara för ett vård- och omsorgsboende av motsvarande art som efterfrågas i detta förfrågningsunderlag"*. I godkänd handlingsplan från 2012 framgår följande åtgärder:

- Genomgått företagets introduktion för verksamhetschefer
- Handledning i ledarskap av regionchef Kerstin Jönsson
- Introduktion på Vigmond av föregående verksamhetschef Sofie Ewerborg
- Löpande stöd av Sofie i verksamhetsrelaterade frågor eftersom Sofie fortfarande är kvar i företaget
- Stöd och råd i dagliga ledarskapsfrågor från erfaren verksamhetschef Susanne Inerud
- Utbildning och stöd i arbetsrätts- och arbetsmiljöfrågor av personalchef Robert Wikgren
- Handledning, stöd och råd i medicinska ledningsfrågor inom sitt ansvarsområde. MAS Ulla Silow-Lindeberg
- Ledarskapsutbildning på högskolan kommer att påbörjas 2012-08-30. Klar våren 2013. Ledarskapsutbildning har funnits med i verksamhetschefens utbildningsplan.

Vid uppföljningstillfället uppgår verksamhetschefens erfarenhet av arbetsledande ställning till drygt två år. Regionchefen ger sitt fortsatta stöd inom området vård- och omsorg. För att kunna bedöma aktualiteten av ovan beskrivna åtgärder begär HVK att en reviderad handlingsplan ska delges HVK senast den 30 april.

HVK bedömer övriga krav inom området som uppfyllda.

3.3 Aktiv och meningsfull tillvaro

3.3.1

Samtliga intervjuade berättar om den nyligen framtagna "helgkorgen" som är förberedd av aktivitetsansvarig för olika aktiviteter under helgerna. Ledningen berättar att personalen uppskattar detta arbetssätt. Ett aktivitetsråd med arbetsterapeuten och två personal från vardera planen har utvecklat arbetssättet. I detta råd deltar inte de boende. För att tillgodose de boendes önskemål har de tillfrågats om intressen. Den aktivitetsansvarige anpassar sedan programmet som anslås på avdelningarna och i entrén.

För de boende på demensenheten har speciellt material köpts in. Exempel som ges är pussel, sångbok och musik. Aktiviteterna kan genomföras i grupp eller individuellt, enligt intervjuade i ledningen. Förutom nämnda aktiviteter genomförs också taktil massage och högläsning på demensenheten där individanpassning finns med som en röd tråd från levnadsberättelsen, enligt de legitimerade.

En vårdhund från ett annat vård- och omsorgsboende besöker verksamheten varje torsdag och deltar i gruppaktivitet där annan form av träning inte kan genomföras på grund av t ex demenssjukdom.

Utevistelse kan tillgodoses enligt ledningen, som berättar att personalen går på promenad under den kalla årstiden med de som så önskar. Sommartid är det enklare att motivera till utevistelse då t ex grillkvällar kan locka ut samtliga boende.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK gör bedömningen att verksamheten utvecklat och synliggjort det utbud av aktiviteter som erbjuds under helger. Ett förbättringsområde kan vara att involvera de boende i ett aktivitets- eller brukarråd för att öka delaktigheten. HVK finner att kraven inom området är uppfyllda.

3.4 Hälso- och sjukvård

3.4.1 Iakttagelser

Under 2012 erbjöds och genomfördes medicinsk vårdplanering (med läkare) för samtliga boende, enligt de intervjuade. Läkemedelsgenomgångar med symtomskattningsskalan Phase 20 har också erbjudits alla.

Verksamheten är ansluten till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och det Svenska palliativregistret.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK finner samtliga krav inom området uppfyllda.

3.5 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.5.1 Iakttagelser

Rutin för fallprevention finns i verksamheten. De legitimerade informerar om implementeringsarbetet som pågår. Bedömning av fallrisk sker var tredje månad på de boende

och dessutom sker det alltid vid inflyttning, enligt ledningen. Gruppledaren berättar att omvårdnadspersonalen tar ansvar för detta. Alla avvikelserapporter gällande fallincidenter tas upp på ledningsgruppen för genomgång och åtgärd. Enligt de legitimerade så tillämpas både ett funktionsuppehållande och rehabiliterande arbetssätt. Vid åtgärder såsom träning används inte signeringslistor för att följa upp om åtgärderna blivit utförda, enligt sjukgymnasten.

Verksamhetschefen berättar att arbetsbeskrivningar tagits fram där det tydligt framgår när de legitimerade ska kopplas in. Samtliga yrkeskategorier träffas ofta, enligt verksamhetschefen, som också säger *"att det finns alltid möjlighet att ta upp det som är viktigt"*.

Vid behov av handledning i det funktionsuppehållande och rehabiliterande arbetet så kan detta initieras både av den legitimerade personalen och av omvårdnadspersonalen själva när de ser ett behov.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att samtliga krav är uppfyllda men noterar samtidigt att det vid ordination/åtgärder av sjukgymnasten, såsom träning, inte används signeringslistor. Sjukgymnastens uppföljning av utförd ordination/åtgärd skulle genom att använda signeringslista ytterligare kunna säkras.

3.6 Informationsöverföring och dokumentation

3.6.1 Iakttagelser

Ledningen informerar om en planeringsdag som genomförts i oktober i syfte att fördjupa omvårdnadspersonalens kunskaper gällande journalföring. Särskilt fokus har legat på genomförandeplanerna där dokumentationsgranskningen visat på generella och övergripande målsättningar. Den enskildes delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen liksom att tydliggöra när uppföljningar och ändringar görs i genomförandeplanen är också förbättringsområden, enligt intervjuade i ledningen som tagit del av sammanställningen från granskningen. Flera utbildningstillfällen är inplanerade.

Ledningen berättar om förberedelser i verksamheten inför det nya journalsystemet Siebel. Bedömningen är att mer sjukskötersketid kommer att behövas för att säkra informationsöverföring mellan yrkesfunktionerna då lagrummen är mer åtskilda. Ett motiveringsarbete kommer också att behövas för att samtliga i personalgrupperna ska bli positiva till det nya systemet, enligt verksamhetschefen. Den 11 mars ska det nya systemet användas fullt ut och ingen ska längre dokumentera i gammalt system.

Sjukgymnasten berättar att han inte hunnit göra egna bedömningar av alla de boende än. Resurserna upplevs inte tillräckliga och han vet inte när målet kan vara uppnått.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK gör bedömningen att verksamheten satsat en hel del på dokumentationen och att den "röda tråden" mellan omvårdnadspersonalen och de legitimerades journalföring kunde ses i samtliga funktioners journaler, vid dokumentationsgranskningen (bilaga 1).

HVK noterar dock att det alltsedan mars 2012 finns ytterligare förbättringsområden i den sociala journalen och i sjukgymnastens dokumentation. Dokumentationsgranskningen från den 24 januari 2013, visar att det i sjukgymnastens dokumentation endast finns "två korta anteckningar i två av de nio granskade journalerna. I övrigt fanns ingen nytillkommen dokumentation sedan granskning utförd i augusti 2012". HVK gör bedömningen att sjukgymnasten *antingen* inte haft tillräckligt med resurser för att kunna ta sitt yrkesansvar eller inte dokumenterat de bedömningar och åtgärder som utförts.

Den 3 maj kommer därför ytterligare en dokumentationsgranskning att genomföras.

Kontorets avslutande kommentar

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget även konstaterats vid den kompletterande uppföljningen förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt väl i den nu uppföljda enheten.

HVK ser allvarligt på att brister i dokumentationen inte åtgärdats sedan mars 2012 då de först uppmärksammades. Den 3 maj kommer ytterligare en dokumentationsgranskning att genomföras. Därefter avser HVK träffa verksamhetens ledning för att stämma av resultatet och åtgärderna gällande dokumentationsgranskningen samt handlingsplanen. Om brister fortfarande kvarstår reduceras vårdgivarens ersättning från och med dag 5 med tio procent för varje helt dygn, enligt förfrågningsunderlaget 3.93 Avtalsbrott.

Bifogad handlingsplan (bilaga 2) ska inkomma till kontoret för hälsa, vård och omsorg senast den 30 april 2012.

Uppsala 2013-04-11



Ingrid Jansson
Uppdragsstrateg



Eva Erikson
Uppdragsstrateg

Tomas Odin
Avdelningschef

Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Bilaga 1 Sammanställning från dokumentationsgranskning 2013-01-24
Bilaga 2 Handlingsplan

Datum 2013-01-28

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Vigmunds vård- och omsorgsboende 2013-01-24, i samband med avtalsuppföljning.**Bakgrund**

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

Syfte

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

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av boende på Vigmund. Samtycke gavs av samtliga i urvalet och granskning utfördes i nio journaler.

Resultat

Dokumentation upprättad av arbetsterapeut (efter augusti 2012) fanns på fem av de nio kunderna. I samtliga fanns tydliga rehab planer med bakomliggande bedömning, uppsatt mål, åtgärd och uppföljning av åtgärd. Samverkan med / information till omvårdnadspersonal framkom i dokumentationen.

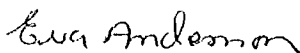
Dokumentation upprättad av sjukgymnast (efter augusti 2012) fanns i form av två korta anteckningar i två av de nio granskade journalerna. Anteckningarna rörde, i en journal en utförd åtgärd och i en annan journal, en uppföljning av tidigare insatt åtgärd. I övrigt fanns ingen nytillkommen dokumentation sedan granskning utförd i augusti 2012.

I samtliga av sjuksköterskans journaler fanns anamnes, status, vikt-kurvor, löpande daganteckningar och individuella vårdplaner där vårdprocessen kunde följas. Det framgick inte i någon journal hur läkemedelsansvaret var fördelat. Teamsamverkan med övriga professioner inom verksamheten kunde ses i dokumentationen.

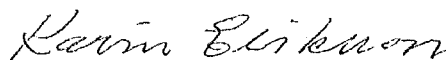
I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner med planering av utförandet av insatserna för den enskilde samt namngiven kontaktman. Målformuleringar fanns men var av övergripande karaktär. I löpande text gick det inte att följa den individuella planeringen utifrån den enskildes önskemål och medverkan, dock gick det att följa de aktiviteter den enskilde utförde inom verksamheten. Samverkan med övriga professioner inom verksamheten kunde ses.

Förbättringsområden

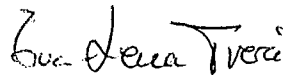
- Att tydliggöra den enskildes delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen.
- Att tydliggöra i löpande text när uppföljningar och ändringar görs i genomförandeplanen.
- Att tydligare beskriva mål/delmål i genomförandeplanen.



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Nicola Youngman
Uppföljningsstrateg Eva Erikson*

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2013-04-11

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vigmund Vård- och omsorgsboende
Verksamhetschef: Nicola Youngman
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2013-04-30

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden brister 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 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 eller sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

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

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

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

Uppföljningsobjekt: Vigmund vård- och omsorgsboende

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
3.1 Verksamhet, organisation och bemanning *Bedömning av sjukgymnast	Sjukgymnasten arbetar 25 % som sjukgymnast och 15% som vaktmästare. Enligt avtal. Vi kommer under en period att erbjuda sjukgymnasten den tiden som han har som vaktmästare 15 % för att hinna gå igenom alla vårdtagare och göra en bedömning, åtgärder om så krävs samt uppföljning av dessa insatser.	Verksamhetschef med sjukgymnasten	2013-04-30	2013-04-30		
*Screening nattfasta	Screening av nattfasta genomför på alla vårdtagare 2013-04-22 till 2013-04-28. Där efter kommer sjuksköterskorna att gå igenom alla vårdtagare och se var insatser kommer att behöva genomföras. Kommer att skrivas in i vårdtagarnas omvårdnadsplaner för nutrition. Nattfastan ligger på genom snitt 12,5 till 16,5 timmar. Det man kan se är att vårdtagarna äter det senaste målet vid kl 19 -19.30. Vilka åtgärder vi ska vidta för att minska nattfastan måste vi diskutera inom gruppen. Ett tänkbart alternativ är att nattpersonalen tar med sig ngn näringsinnehållande dryck när	VC och SSK	2013-04-22 2013-04-29	2013-05-31		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	de gör sina tillsynsrundor under natten. Är det då ngn vårdtagare som är vaken så kan man erbjuda detta då.					
3.2 Kompetens och kompetensutveckling *Krav VC	<p>VC har mångårig erfarenhet som sjuksköterska och arbetsledning i sin roll som sjuksköterska på infektion kliniken samt inom äldreomsorgen.</p> <p>Genomgått företagets introduktion för verksamhetschefer</p> <p>Handledning i ledarskap av regionchef Susanna Gerhard</p> <p>Introduktion på Vigmond av föregående verksamhetschef Sofie Ewerborg</p> <p>Löpande stöd av Sofie i verksamhetsrelaterande frågor eftersom Sofie fortfarande är kvar i företaget.</p> <p>Stöd och råd i dagliga ledarskapsfrågor från erfaren Regionchef Susanna Gerhard.</p> <p>Utbildning, stöd och råd i arbetsrättsfrågor av personalchef Robert Wikgren</p> <p>Utbildning, stöd och råd i arbetsmiljöfrågor personalchef Robert Wikgren</p> <p>Handledning, stöd och råd i medicinska ledningsfrågor inom sitt ansvarsområde MAS Ulla Silow- Lindeberg</p>	Löpande fram till 2013-05-31	2013-05-31	2013-05-31		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	Ledarskapsutbildning på högskolan kommer att på börjas den 120830 ledarskapsutbildning har funnits med i verksamhetschefens utbildningsplan. Verksamhetschef kommer att avsluta sin anställning den 2013-05-31, finns kvar i företaget.					
3.6 Informationsöverföring och dokumentation	Vigmond har gått in i nytt dokumentationssystemet Siebel. Personalen har gått tillbaka till muntliga rapporter efter införande för att få ett bra flyt i informationsflödet. Samtycke har tagit in av alla vårdtagare för delning av SOL och HSL anteckningar mellan de två lagrummen, för att säkra upp att informations flödet. Pappersjournaler finns på verksamheten om systemet inte skulle fungerar.	VC med personal	Löpande Från att vi gått in i Siebel 2013-04-09	Löpande från 2013-04-09		

Datum 2013-05-07

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Vigmunds vård- och omsorgsboende 2013-05-03.**Bakgrund**

Utifrån ”Kompletterande avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Vigmund”, diarienummer ALN-2013-0059.30, framkom områden med brister mot gällande avtal rörande dokumentation. Med detta som bakgrund gjordes en ny dokumentationsgranskning för att se om dessa områden åtgärdats.

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

Syfte

Syftet med granskningen var att se om de brister som tidigare noterats hade åtgärdats och om dokumentationen utfördes utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Ett slumpmässigt urval av 12 personer gjordes på samtliga boende på Vigmund. Av dessa fanns samtycke till dokumentationsgranskning sedan tidigare från tre personer. Verksamhetschef ombads inhämta samtycke från övriga nio. Samtycke gavs av åtta personer. Granskning utfördes i elva journaler.

Resultat

- Dokumentation upprättad av sjukgymnast fanns i 11 journaler, samtliga i Siebel.
- Det fanns uppdaterade status i samtliga journaler.
 - Det fanns upprättade rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål/delmål, planerade och utförda åtgärder samt utvärdering eller planering av utvärdering i samtliga journaler.
 - Samverkan med omvårdnadspersonal framkom i fyra journaler.

Sjukgymnastens dokumentation var strukturerad och beskrev en sammanhållen rehabiliteringsprocess.

Gemensamma uppgifter så som anamnes (fanns i samtliga granskade journaler) och fallriskbedömning (fanns i en journal) var dokumenterade av sjuksköterska.

I sjuksköterskans journaler fanns noterat att nattfastaräkning var utförd under senare hälften av april månad. Nattfastan för kunderna var mellan 12,5 tim – 16,5 tim, åtgärder för detta fanns inte noterade i någon journal.

I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner med mål/delmål. Verksamheten har börjat med att tydliggöra i den löpande texten när ändringar görs i genomförandeplanen.

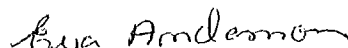
Kommentar

Vid samtal med verksamhetschef framkom att då nattfastaräkningen precis var avslutad har man inte hunnit upprätta några åtgärdsplaner, vilket dock skall göras på kommande team möte.

Enligt verksamhetschef kommer arbetet med att utveckla den sociala dokumentationen att ske fortlöpande.



Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

*Verksamhetschef Nicola Youngman, Vigmond vård- och omsorgsboende
Uppföljningsstrateg Eva Erikson, Kontoret för hälsa, vård och omsorg*