

Handläggare
Charlotta Larsson
Eva Erikson

Datum
2013-09-25

Diarienummer
ALN-2013-0094

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Dalbyhemmet

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Föredragning

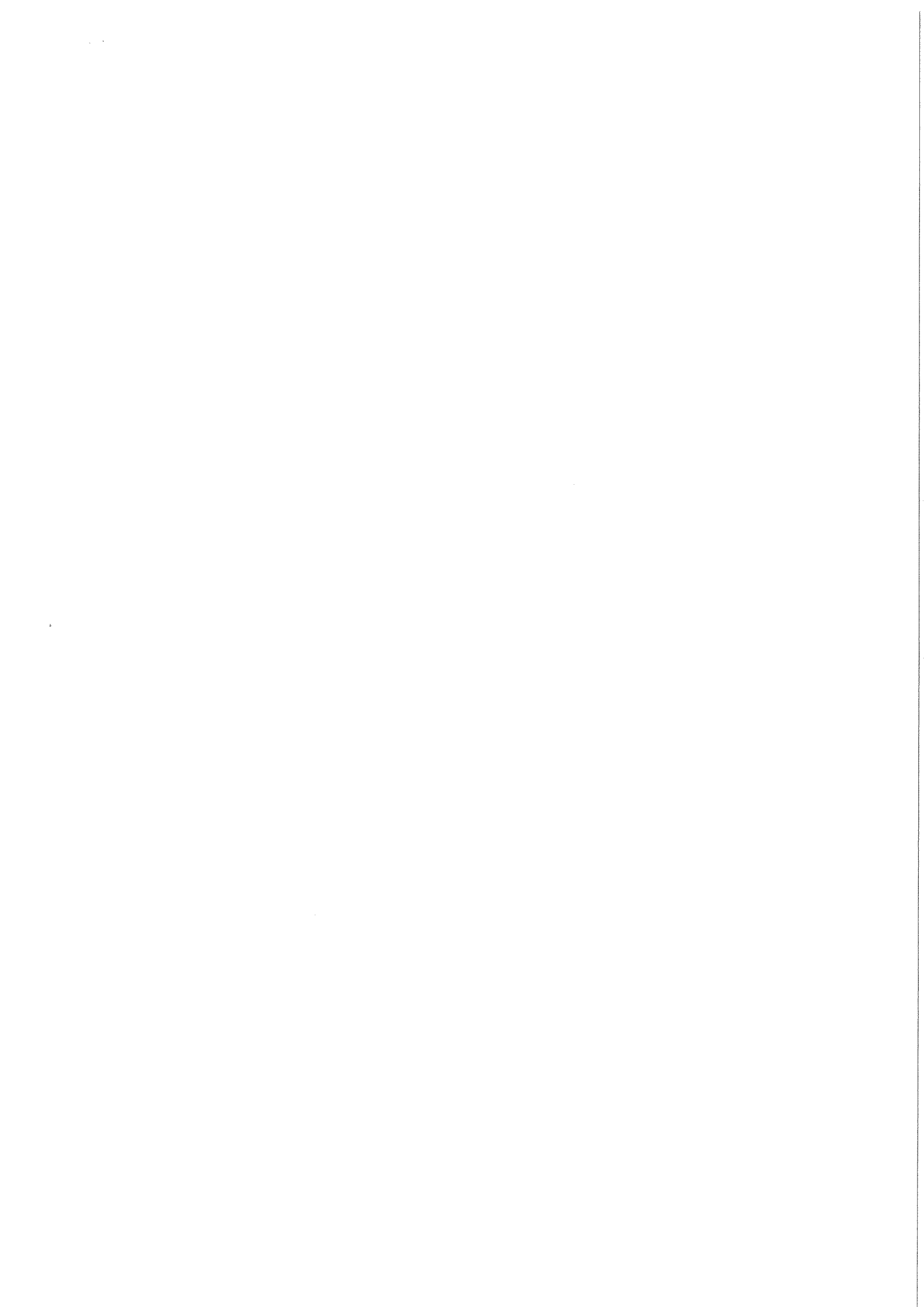
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid Dalbyhemmet 2012-10-03 som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Vård & bildning sedan 2012-04-01. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning den 10 november (bilaga 2).

Kontoret såg att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in. Denna bedömdes inte som tillfredsställande och förtydligande krävdes in (bilaga 3). Den sista kompletteringen inkom till kontoret 2013-09-25. Ytterligare en dokumentationsgranskning genomfördes dessutom den 4 juni 2013 då den första granskningen visade på brister i dokumentationen (bilaga 4).

HVK bedömer inkommen redogörelse som tillfredsställande och avtalsuppföljningen anses därmed avslutad. På grund av fortsatta brister i dokumentationen kommer dock en ny dokumentationsgranskning att ske under hösten 2013. Detta för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. Kontoret kommer återkoppla resultatet till Äldrenämnden.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör



Handläggare
Charlotta Larsson
Eva Erikson

Datum
2013-03-04

Diarienummer
ALN-2013-0094

Avtalsuppföljning Dalbyhemmet Uppsala kommun

Beskrivning av verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, Dalbyhemmet
Verksamhetschef	Christina Carlsson Vid uppföljningstillfället: Kerstin Edvinsson
Tfn och mailadress	Tel: 018 – 727 80 45 christina.carlsson@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Uppdragsstrateger Charlotta Larsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, affärsområdeschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, 2 sjuksköterskor samt omvårdnadspersonal.
Totalt antal platser	40 platser (21 psykiatri, 19 demens)
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning demens sjukdomar och psykiska funktionshinder.
Avtalstid	2012-04-01 – 2015-03-31
Datum för uppföljning	2012-10-03

Vård- och omsorgsboendet Dalbyhemmet drivs av Vård & bildning. På Dalbyhemmet finns 40 lägenheter fördelade på 21 lägenheter för personer med psykiska funktionshinder och 19 lägenheter för personer med demenssjukdom.

1. Sammanfattning

1.1 Kontorets sammanfattande bedömning och kommentarer

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Dalbyhemmet. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna.

Värdegrundsarbete

- HVK noterar att värdegrunden förefaller vara känd på verksamheten.

Bemanning, kompetens och kompetensutveckling

- HVK noterar att verksamhetschefen vid uppföljningstillfället hade den kompetens och erfarenhet som krävs enligt gällande avtal för att vara verksamhetschef för omvårdnadspersonalen. Dock framkom att denne även var chef för hälso- och sjukvårdspersonalen trots att denne inte har någon utbildning inom hälso- och sjukvård. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in ett förtydligande gällande vem som är uttalad att vara verksamhetschefens stöd gällande hälso- och sjukvårds frågor.
- HVK noterar att enligt anbud skall det finnas 25,82 årsarbetare på verksamheten när det gäller omvårdnadspersonal. Vid granskning av scheman som erhöles vid uppföljningen framkommer att det finns 21,83 årsarbetare när det gäller omvårdnadspersonal. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in en redogörelse hur verksamheten svarar upp mot det anbud de angivit.
- HVK noterar att kompetens inom demenssjukdom saknas på verksamheten och önskar i bifogad handlingsplan få in ett svar vad verksamheten har för plan för kompetensutveckling inom detta område.
- HVK ser att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställda som förefaller vara implementerad hos samtliga yrkeskategorier

Samverkan

- HVK noterar att verksamheten har viss samverkan med enheter kring den enskilde, dock nämns inte samverkan med demensteamet vilket kan vara en resurs för verksamheten vid vissa tillfällen då denna kompetens saknades vid intervjutillfälle.t
- HVK noterar att anhörigträffar anordnas men att inget brukarråd fanns vid uppföljningstillfället utan att det skulle startas upp under vintern. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få ta del av om det i dagsläget finns ett brukarråd.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

- HVK noterar att inget kulturombud finns i verksamheten men att det finns ett aktivitetsombud som även har detta ansvar. Kontoret ser att verksamheten erbjuder både grupp- och enskilda aktiviteter vilket bekräftas från individuppföljningar som gjorts på verksamheten. Aktiviteterna dokumenteras även, vilket styrks av dokumentationsgranskningen som gjorts vid verksamheten i samband med avtalsuppföljningen.

Kontaktmannaskap

- HVK ser att Dalbyhemmet förefaller fungera inom området kontaktmannaskap. HVK förutsätter att verksamheten idag har informerat de boende och anhöriga om vem som är kontaktman samt hur de arbetar med kontaktmannaskapet.

Mat och måltider

- HVK noterar att kostombud finns på verksamheten.
- Kontoret förutsätter att verksamheten regelbundet kontrollerar att nattfastan inte överstiger 11 timmar.
- Kontoret ser positivt på att verksamheten arbetar med måltidssituationerna och förutsätter att detta arbete fortsätter och att verksamheten tar kontakt med dietist och logoped om de boende har detta behov.

Informationsöverföring och dokumentation

- Dokumentationsgranskning gjordes den 16 oktober och verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområden framgick. Därmed fattar kontoret beslutet att genomföra en ny granskning innan sommaren 2013 för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.
- Vid intervjutillfället framkom att informationsöverföring saknas vid vissa arbetspass. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in en beskrivning hur verksamheten säkerställer att personalen har förutsättningar för att få den information som behövs inför ett arbetspass.

Hälsa-och sjukvård

- Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig som utfärdar underlag för subventionerad tandvård finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. HVK ser också att verksamheten arbetar medvetet med att ge stöd till närstående.
- Vid uppföljningstillfället framkom att personalen önskar få information om när arbetsterapeut och sjukgymnast finns på verksamheten. Kontoret påpekade detta till ledningen vid intervjutillfället och förutsätter att personalen idag vet när arbetsterapeut och sjukgymnast befinner sig på verksamheten.
- Vidare framkom under intervjuerna att personalen upplever att det är svårt att hinna med de träningsprogram som delegerats av legitimerad personal. Kontoret begär att utföraren beskriver i bifogad handlingsplan hur verksamheten säkerställer att träning utförs enligt ordination.
- Kontoret noterade att ingen av de legitimerade har ett särskilt ansvar för de medicintekniska produkterna och begär att utföraren utser en av de legitimerade att ta fram rutin med tydlig ansvarsfördelningen och därefter delger HVK i bifogad handlingsplan.

Avvikelser och klagomålshantering

- Vid verksamheten fanns vid intervjutillfället inte rutiner för hur avvikelser, synpunkter och klagomål fullt ut ska hanteras. Kontoret begär att verksamheten ska inkomma med rutin för hur dessa skall hanteras i bifogad handlingsplan.
- Kontoret noterar att Lex-Sarah var känd och implementerad hos samtliga medarbetare.

Se vidare under respektive område i rapporten.

1.2 Krav på åtgärder

Kontoret begär att utföraren ^{10 juni} senast den 3 maj 2013 återkommer med bifogad handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

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

Dalbyhemmet drivs sedan 2012-04-01 av Vård & bildning då de tog över driften från Förenade Care AB.

2.2 Syfte

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

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs sammanlagda uppföljning syftar till att:

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

2.3 Metod

- Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten.
- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar har genomförts inom lagrummen SoL och HSL.
- Granskning av personalschema har skett.
- Individuppföljningar har utförts av biståndshandläggare.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten under intervjuerna, kopplat till förfrågningsunderlagets ska-krav. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

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 prägla verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt* och *bemötande (TITORB)*.

3.1.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom från ledningen att de pratar mycket kring värdegrunden på arbetsplatsträffarna och att de sedan övertagandet har fokuserat på bemötande och delaktighet/inflytande. Ledningen framförde även att värdegrunden ingår i deras etiska kod. Omvårdnadspersonalen samt hälso- och sjukvårdspersonalen berättade att de inte känner till begreppet TITORB men att de har diskuterat värdeorden i värdegrunden samt att de ser till

varje individs behov. Både ledning och omvårdnadspersonal uppgav att mycket tid har gått åt till att arbeta med rutiner sedan övertagandet.

3.1.2 Kontorets kommentarer

HVK noterar att värdegrunden förefaller vara känd på verksamheten.

3.2 Bemanning, kompetens och kompetensutveckling

3.2.1 Iakttagelser

På verksamheten finns en verksamhetschef med relevant utbildning och lång erfarenhet inom området. Verksamhetschefen ansvarar för 32 st. omvårdnadspersonal, två sjuksköterskor, vaktmästare, frukostvärdinna, arbetsterapeut samt sjukgymnast.

19 personer har undersköterskeutbildning, några personer är skötare andra vårdbiträden. och Ledningen informerade att en i personalgruppen håller på och validerar till undersköterska och de ser över hur all personal ska höja sin kompetens. De framförde även att de endast anställer undersköterskor vid nyrekrytering men att det är svårt att få tag på kompetent personal p.g.a. svårigheter att ta sig till verksamheten. Personalen berättade att de bl.a. kommer att få en utbildning inom området hot & våld, inom missbruk och i hygien.

Inga medarbetarsamtal har ännu hållits på verksamheten och inga kompetensutvecklingsplaner fanns upprättade vid uppföljningstillfället, men ledningen uppgav att medarbetarsamtal kommer att ske inom kort.

Vid uppföljningstillfället berättade ledningen att många av personalen valde att inte gå över till Vård & bildning efter övertagandet och att de behövt anställa mycket ny personal. Vid uppföljningen var det fortfarande tjänster som behövde tillsättas. Omvårdnadspersonalen berättade att det är "tuff arbetsbelastning" på demensavdelningen då många sitter i rullstolar samt har behov av stöd med matning. Det framkom vid intervjutillfället att det händer att personer inte kommer upp förrän klockan 10.30 och att vissa får sin frukost i sängen. Personalen berättade vidare att verksamhetschefen tagit in personal som städar för att avlasta omvårdnadspersonalen i deras sysslor.

Kontoret ställde vid uppföljningstillfället frågan vad omsorgspersonalen samt leg. personal har för kompetens gällande demens samt psykiatri. Från samtliga intervjuade framkom att ingen specialistkunskap inom demens finns i verksamheten utan endast att de fått en kort utbildning inom området. Det framkom även att det inte finns någon Silviasyster. På psykiatri avdelningen däremot har de flesta av omvårdnadspersonalen utbildning inom psykiatri samt att de får regelbunden handledning från en sjuksköterska som arbetar inom Äldrepsykiatri. Även en av sjuksköterskorna har utbildning inom psykiatri.

Vid verksamheten finns en rutin för introduktion av nyanställda och denna förefaller vara förankrad i personalgruppen. I introduktionsprogrammet ingår bl.a. dubbelgång vid två till fyra tillfällen. Även den legitimerade personalen framförde att de fått introduktion när de anställdes.

3.2.2 Kontorets kommentar

HVK noterar att verksamhetschefen vid uppföljningstillfället hade den kompetens och erfarenhet som krävs enligt gällande avtal för att vara verksamhetschef för omvårdnadspersonalen. Dock framkom att denne även var chef för hälso- och sjukvårdspersonalen trots att denne inte har någon utbildning inom hälso- och sjukvård. I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att *"utföraren ska ha verksamhetschef enligt HSL"*. Verksamhetschefen sade att hon har en sjuksköterska som stöttar när det gäller dessa frågor men sjuksköterskan berättade att det inte finns något uttalat att denne skall vara verksamhetschefens stöd i dessa frågor. Ledningen framförde vid intervjutillfället att de har ett nära samarbete med MAS men att de insåg att det måste framgå tydligare vem som ska stötta verksamheten gällande hälso- och sjukvårds frågor. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in ett förtydligande gällande vem som är uttalad att vara verksamhetschefens stöd gällande hälso- och sjukvårds frågor.

Det framkom även vid uppföljningstillfället att personalen ibland har svårt att hinna med sina sysslor. I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att *"bemanning ska finnas dygnet runt i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget samt att bemanningen ska redovisas i tabell och täthetschema"*. Enligt anbudet skall det finnas 25,82 årsarbetare på verksamheten när det gäller omvårdnadspersonal. Vid granskning av scheman som erhöles vid uppföljningen framkommer att det finns 21,83 årsarbetare när det gäller omvårdnadspersonal. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in en redogörelse hur verksamheten svarar upp mot det anbud de angivit.

I förfrågningsunderlaget står även bl.a. att läsa att *"utföraren ska ansvara för att personalen har och underhåller den utbildning, erfarenhet och kompetens som behövs för att utföra arbetsuppgifterna"*. Då det vid uppföljningstillfället framkom att kompetens inom demenssjukdom saknas på verksamheten önskar kontoret i bifogad handlingsplan få in ett svar vad verksamheten har för plan för kompetensutveckling inom detta område.

Kontoret ser att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställda som förefaller vara implementerad hos samtliga yrkeskategorier.

3.3 Samverkan

3.3.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom att verksamheten samverkar med bl.a. Röda korset, kyrkan och psykiatri. De har även ett bra utarbetat samarbete med Äldrepsykiatri och en sjuksköterska därifrån kommer och handleder personalen på verksamheten en gång/månad. Ett volontärombud finns på verksamheten och anhörigräffar anordnas. När det gäller brukarråd berättade ledningen att det inte finns men att det diskuterats om att starta upp detta under vintern. Personalen berättade att de lyssnar och försöker tillgodose önskemål från de boende men att det kan vara ett förbättringsområde att formalisera ett brukarråd.

3.3.2 Kontorets kommentar och slutsatser

HVK bedömer att verksamheten har viss samverkan med enheter kring den enskilde, dock nämns inte samverkan med demensteamet vilket kan vara en resurs för verksamheten vid vissa tillfällen då denna kompetens saknades vid intervjutillfället, se under rubrik 3.2.1.

I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att *”brukarråd och anhörigträffar ska genomföras minst två gånger per år”*. HVK noterar att anhörigträffar anordnas men att inget brukarråd fanns vid uppföljningstillfället utan att det skulle startas upp under vintern. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få ta del av om det i dagsläget finns ett brukarråd.

3.4 Aktiv och meningsfylld tillvaro

3.4.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom att det inte fanns något kulturombud på verksamheten, men att det däremot fanns ett aktivitetsombud som har ansvaret för kultur och fritidsaktiviteter. En gruppaktivitet anordnas varje dag och ett Spa-bad finns på verksamheten. Olika aktiviteter anordnas på de olika avdelningarna då behovet ser olika ut. Vid vissa aktiviteter som t.ex. sittgymnastik samarbetar avdelningarna. Det går även att besöka den andra avdelningen om en person vill delta vid en aktivitet som anordnas på den avdelningen som personen inte bor på. Även sjukgymnast och arbetsterapeut är engagerade i aktiviteterna och sjukgymnasten håller i sittgymnastiken två gånger/vecka. Arbetsterapeuten har hand om badet.

Omvårdnadspersonalen framförde att de utgått från de boendes önskemål när de kommit fram till urvalet av aktiviteter och att de utgår från genomförandeplanerna för att individanpassa aktiviteterna.

När det gäller utevistelse berättade ledningen att de försöker prioritera de personer som bor på demensavdelningen då de har ett större behov av stöd för att komma ut. Vidare uppgav de att alla som har behov/önskemål att få komma ut dagligen får det och att de även sitter ute och äter och fikar när vädret tillåter. Personalen berättade att de försöker anpassa utomhusaktiviteterna efter årstiderna och nämnde som exempel att de brukar gå ut i skogen och på hösten plockar de svamp. De boende har även möjlighet till att vara delaktiga i att plantera blommor. Personalen informerade att de som bor på psykiatriavdelningen pratar om aktiviteterna de gjort under dagen med kvälls- och nattpersonal samt att de som bor på demensavdelningen sover bättre när de varit ute under dagen. Samtliga aktiviteter dokumenteras.

Sjukgymnasten berättade att hon håller i promenader varje måndag eftermiddag och att det då är s.k. balansträning.

3.4.2 Kontorets kommentar

I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att *”ett kulturombud ska finnas i verksamheten”*.

HVK noterar att inget kulturombud finns i verksamheten men att det finns ett aktivitetsombud som även har detta ansvar. Kontoret ser att verksamheten erbjuder både grupp- och enskilda aktiviteter vilket bekräftas från individuppföljningar som gjorts på verksamheten.

Aktiviteterna dokumenteras även, vilket styrks av dokumentationsgranskningen som gjorts vid verksamheten i samband med avtalsuppföljningen.

3.5 Kontaktmannaskap

3.5.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framförde samtliga intervjuade att alla som bor på Dalbyhemmet har en kontaktman. Ledningen framförde att all personal gått en kontaktmannautbildning och både personal och ledning berättade att det finns rutiner för kontaktmannaskap på verksamheten.

Sjuksköterskan informerade att kontaktmännen också ska avsätta tid för de anhöriga.

Vid intervjutillfället framförde HVK att det vid individuppföljningar framkommit att några boende och närstående inte vet vem som är kontakman samt att några av de boende saknar en sådan. Ledningen informerade att tanken är att alla kontaktmän ska informera anhöriga hur de arbetar och att detta skall vara klart i slutet av oktober.

3.5.2 Kontorets kommentar

HVK ser att Dalbyhemmet förefaller fungera inom området kontaktmannaskap. HVK förutsätter att verksamheten idag har informerat de boende och anhöriga om vem som är kontakman samt hur de arbetar med kontaktmannaskapet.

3.6 Mat och måltider

3.6.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället ställdes frågan hur verksamheten arbetar kring riktlinjer för mat, måltid och nutrition. Ledningen framförde att riktlinjerna är kända och att de har ett kostombud på verksamheten samt att de har pedagogiska måltider. Det berättas även att dietist och logoped varit på verksamheten precis innan övertagandet. Måltidssituationen och miljön för de boende har setts över och förbättringsområden har identifierats. Samtliga intervjuade berättade att de boende dagligen kan välja mellan två maträtter samt efterätt. De försöker även skilja på vardag och helg. De boende kan däremot inte vara med och påverka vilka maträtter som erbjuds.

Samtliga intervjuade framför att de ständigt arbetar med att försöka skapa en lugn och trivsamt måltidsmiljö för de boende.

Frukost serveras mellan 08.00 – 10.00, lunch 12.00 och middag ca 17.00. Vid intervjutillfället hade demensavdelningen sex personer som behövde hjälp med matning. Personalen berättade att det ibland kan vara svårt att hinna med, men att de aldrig matar fler personer samtidigt. Sjuksköterskan berättade att viktkontroller sker var tredje månad när vikten är stabil. Om den inte är stabil följs vikten upp varje månad.

3.6.2 Kontorets kommentar

HVK noterar att kostombud finns på verksamheten.

Vid uppföljningstillfället framkommer att nattfastan i vissa fall kan vara för lång. Kontoret förutsätter att verksamheten regelbundet kontrollerar att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Kontoret ser positivt på att verksamheten arbetar med måltidssituationerna och förutsätter att

detta arbete fortsätter och att verksamheten tar kontakt med dietist och logoped om de boende har detta behov.

3.7 Informationsöverföring och dokumentation

3.7.1 Iakttagelser

Vid dokumentationsgranskningen 2012-10-11 framkom fem förbättringsområden, se bilaga 1.

- Att man i arbetsterapeutens och i sjukgymnastens dokumentation ska kunna se relevant information i anamnes och i status.
- Att det i arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation ska finnas upprättade individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda behandlingar/åtgärder samt att uppföljning och utvärdering av insatta behandlingar/åtgärder ska kunna följas.
- Att det i sjuksköterskans dokumentation ska finnas upprättade individuella vårdplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda behandlingar/åtgärder samt att uppföljning och utvärdering av insatta behandlingar/åtgärder ska kunna följas.
- Att man i dokumentationen ska kunna följa att man i verksamheten arbetar aktivt med fallprevention.
- Att man i omvårdnadspersonalens dokumentation ska kunna utläsa ett fortlöpande resultat av genomförandet av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde.
- Att man i dokumentationen ska kunna se samverkan mellan olika professioner.

Genomförandeplaner fanns upprättade för samtliga kunder och det gick att utläsa att kunden varit delaktig i mötet vid upprättandet av planen. I den sociala dokumentationen framgick det dock inte hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planeringen av insatserna.

Ledningen informerade att de blivit lovade att personalen skulle ha fått utbildning i Siebel innan övertagandet men att detta inte skett. Dock framförde de att all personal får stöttning i dokumentationen så att de skall känna sig trygga med att dokumentera. Personalen uttryckte vid intervjutillfället att de ibland upplever att det är svårt att veta vad som ska dokumenteras.

När det gäller förutsättningar för personalen att få den information de behöver inför ett arbetspass framförde de att det inte alltid finns tid för detta på morgonen när nattpersonalen slutar, och då främst på demensavdelningen.

3.7.2 Kontorets kommentar

Dokumentationsgranskning gjordes den 16 oktober och verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområden framgick. Därmed fattar kontoret beslutet att genomföra en ny granskning innan sommaren 2013 för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och

styrdokument.

Vid intervjutillfället framkom att informationsöverföring saknas vid vissa arbetspass. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få in en beskrivning hur verksamheten säkerställer att personalen har förutsättningar för att få den information som behövs inför ett arbetspass.

3.8 Hälso-och sjukvård

3.8.1 Iakttagelser

Vid intervjuerna med legitimerad personal framkommer att det arbetar två sjuksköterskor i verksamheten och båda arbetar heltid, vilket inkluderar viss tid i joursjukvården under kvällar och helger. En av sjuksköterskorna är utfärdare av underlag för subventionerad tandvård. All personal har gått munvårdsutbildning. Vid intervjutillfället framkom att sjuksköterskorna ännu inte använt sig av symtomskattningsskalan PHASE 20 i samband med läkemedelsgenomgångar men att de inom kort kommer att göra det. Boendets läkare och sjuksköterskorna har påbörjat systematisk genomgång/medicinsk vårdplanering av de boende.

När det gäller vård i livets slutskede framförde samtliga intervjuade att de har rutiner för detta och att det fungerar bra. Palliativt ombud finns på verksamheten och vid behov är det sjuksköterskorna som ansvarar för att extravak sätts in. Det framfördes även att resurser och kunskap finns för att stötta och möta närstående i krissituationer. Ledningen framförde att ”är de anhöriga trygga blir de boende trygga”. Omvårdnadspersonalen berättade att de upplevde att de har ett bra samarbete med sjuksköterskorna.

I verksamheten arbetar en sjukgymnast 50 % och en arbetsterapeut 50 %. Dessa yrkeskategorier berättade vid intervjutillfället att de försöker vara med personalen under dagtid vid praktiska sysslor med de boende för att implementera ett rehabiliterande arbetssätt. Nattpersonalen sade att de får handledning om de efterfrågar stöd vid t.ex. förflyttningar. En bedömning av fallrisk görs alltid då ny vårdtagare flyttar till verksamheten. Vid intervjutillfället ställdes frågan hur personal och legitimerad personal arbetar med teamarbete kring de boende gällande rehabilitering, fallprevention etc. Den legitimerade personalen berättade att så fort en avvikelse skrivs får de en rapport och de gör då en bedömning och ser över om hjälpmedel eller annat behövs. De berättade även att kontaktmännen kan ”anmäla” ärenden till dem. Personalen uppgav att inga bestämda möten finns där de träffar den legitimerade personalen men att de har delegerade uppgifter från arbetsterapeuten samt sjukgymnasten och att delegeringslistor finns. Samtlig personal som intervjuades sade att de känner till när en sjukgymnast eller arbetsterapeut skall kontaktas men de framförde även att de är osäkra på vilka dagar dessa yrkeskategorier finns på arbetsplatsen och att de hade önskemål att få detta tydliggjort.

Vid intervjutillfället ställdes även frågan om något förbättringsområde inom rehabilitering finns på verksamheten. Ledningen uppgav att de inte såg något förbättringsområde och att de håller på att utveckla samarbetet mellan alla yrkeskategorier. Sjukgymnast samt arbetsterapeut uppgav att träningsprogram för de boende är ett område som de skulle vilja arbeta mer med.

Personalen sade att de skulle vilja hinna med träningsprogrammen som finns men att det ibland är svårt att prioritera dessa. De uttryckte ”träna eller frukost 10.30?”

Gällande ansvaret för den medicintekniska utrustningen informerade ledningen om att de ännu inte hade någon lokal rutin men att detta skulle tas fram. Sjukgymnast och arbetsterapeut berättade att en översyn skulle göras inom kort.

3.8.2 Kontorets kommentar

Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig som utfärdar underlag för subventionerad tandvård finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. HVK ser också att verksamheten arbetar medvetet med att ge stöd till närstående.

Vid uppföljningstillfället framkom att personalen önskar få information om när arbetsterapeut och sjukgymnast finns på verksamheten. Kontoret påpekade detta till ledningen vid intervjutillfället och förutsätter att personalen idag vet när arbetsterapeut och sjukgymnast befinner sig på verksamheten.

Vidare framkom under intervjuerna att personalen upplever att det är svårt att hinna med de träningsprogram som delegerats av legitimerad personal. Kontoret begär att utföraren beskriver i bifogad handlingsplan hur verksamheten säkerställer att träning utförs enligt ordination.

Kontoret noterade att ingen av de legitimerade har ett särskilt ansvar för de medicintekniska produkterna och begär att utföraren utser en av de legitimerade att ta fram rutin med tydlig ansvarsfördelningen och därefter delger HVK i bifogad handlingsplan.

3.9 Avvikelse och klagomålshantering

3.9.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom en samstämmig bild av rutin och arbetsätt med synpunkter, klagomål samt avvikelser på verksamheten. Rutin för HSL-avvikelse finns och är känd i personalgruppen. Dock uppgav legitimerad- samt omvårdnadspersonalen att det inte finns någon systematik gällande sammanställning och uppföljning vare sig det gäller avvikelser, synpunkter eller klagomål.

När det gäller synpunkts-/klagomålshantering framkom från ledningen att de ska se över rutinerna att muntliga synpunkter och klagomål inte skrivs ner och att de även behöver se över egenkontrollen. Omvårdnadspersonalen berättade att de alltid lyssnar till de synpunkter som kommer in och sedan informerar verksamhetschefen. De sade dock att de alltid försöker lösa situationen omgående.

Vid intervjutillfället framkom från samtliga intervjuade att Lex-Sarah är väl känd på verksamheten.

3.9.2 Kontorets kommentar

Vid verksamheten fanns vid intervjutillfället inte rutiner för hur avvikelser, synpunkter och klagomål fullt ut ska hanteras. Det är viktigt att systematiskt fånga upp alla avvikelser, synpunkter och klagomål då risken annars finns att egenkontrollen av verksamheten försvåras. Det går annars inte att härleda hur många avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit och detta bidrar till verksamheten inte kan arbeta systematiskt så att brister förhindras och uppstår igen. Kontoret bedömer därmed att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt avvikelse- och klagomålshanteringssystem. Kontoret begär att verksamheten ska inkomma med rutin för hur dessa skall hanteras i bifogad handlingsplan.

Kontoret noterar att Lex-Sarah var känd och implementerad hos samtliga medarbetare.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att vård- och omsorgsboendet Dalbyhemmet, som drivs av Vård & bildning, är en verksamhet som fungerar väl på många sätt.

Dock har brister mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena och det förefaller som att utföraren inte implementerat uppdraget i alla dessa delar.

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


Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning 2012-10-11

Bilaga 2: Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg



Tomas Odén
Avdelningschef
Avdelningen för avtal och uppföljning



Charlotta Larsson
Uppdragsstrateg



Datum 2012-10-16

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Dalbyhemmets vård- och omsorgsboende 2012-10-11, 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 avtalsuppföljningen genomfördes dokumentationsgranskning vid Dalbyhemmets vård- och omsorgsboende. Syftet med granskningen var att se om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Av verksamhetens 40 kunder gjordes ett slumpmässigt urval på cirka 30 %. Detta resulterade i ett underlag på 11 kunder. Underlaget lämnades till verksamhetschef som ombads inhämta samtycke från kunderna inför kommande dokumentationsgranskning. Samtycke gavs av åtta kunder. Bortfall av tre kunder. Dokumentation som granskades var journaler i Siebel.

Resultat/sammanställning

Det fanns sex journaler upprättade av arbetsterapeut. I fyra av dem fanns ett fåtal anamnestiska uppgifter och i fyra av dem fanns bristfällig status. I övriga journaler saknades sådana uppgifter. I fyra av journalerna kunde man se insatta åtgärder gällande hjälpmedel och i en av dem kunde man se insatta åtgärder i form av gång och förflyttningsträning. Utvärdering av insatta åtgärder kunde ses i löpande text i tre av journalerna men inte i den fjärde.

Det var svårt att följa en sammanhållen vårdprocess i dokumentationen.

Det fanns sju journaler upprättade av sjukgymnast. I fem av dem fanns knapphändig anamnes och i fem av dem fanns bristfällig status. I övriga journaler saknades sådana uppgifter.

I sju av journalerna fanns anteckningar om insatta åtgärder (sju kunder hade deltagit i gruppträning vid ett flertal tillfällen över tid och en hade deltagit i balansträning vid ett tillfälle, fyra åtgärder gällde olika form av hjälpmedelsutprovning och en kund hade varit aktuell för hjälp med

andningsgymnastik). Bakomliggande bedömning och utvärdering av insatta åtgärder saknades helt i dokumentationen.

Det fanns noteringar om fall och fallrisk i två av journalerna men anteckningar om fallpreventiva åtgärder saknades helt.

En sammanhållen vårdprocess kunde inte ses i dokumentationen.

I sjuksköterskans journaler fanns anamnes och status. Kontaktorsak fanns noterat i fyra av journalerna. Nutrition fanns noterat i sju av journalerna och noteringar av vikt fanns i fem av dessa. I tre av journalerna hade viktuppföljning gjorts. Det fanns noteringar om fall och fallrisk men någon fallriskbedömning eller åtgärdsplan kunde inte ses. Det fanns bifogade individuella vårdplaner gällande läkemedel i fyra av journalerna där åtgärder var noterade. I löpande text fanns individuella vårdplaner gällande hud/vävnad, nutrition, elimination, smärta, fall och samordning där problem och åtgärder var noterade. Vårdprocessen gick inte att följa i dokumentationen. Samverkan med omvårdnadspersonal kunde ses i sex av journalerna.

I omvårdnadspersonalens journaler fanns beställningar, målformulering av övergripande karaktär och genomförandeplaner. I genomförandeplanen fanns noterat kontaktman samt att kund varit delaktig i mötet vid upprättandet av planen. I den löpande texten kunde man inte följa en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov och det framgick inte hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planeringen av insatserna. Gruppaktiviteter var noterat men samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick inte att utläsa.

Förbättringsområden

- Att man i arbetsterapeutens och i sjukgymnastens dokumentation ska kunna se relevant information i anamnes och i status.
- Att det i arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation ska finnas upprättade individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda behandlingar/åtgärder samt att uppföljning och utvärdering av insatta behandlingar/åtgärder ska kunna följas.
- Att det i sjuksköterskans dokumentation ska finnas upprättade individuella vårdplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda behandlingar/åtgärder samt att uppföljning och utvärdering av insatta behandlingar/åtgärder ska kunna följas.
- Att man i dokumentationen ska kunna följa att man i verksamheten arbetar aktivt med fallprevention.
- Att man i omvårdnadspersonalens dokumentation ska kunna utläsa 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.
- Att man i dokumentationen ska kunna se samverkan mellan olika professioner.

Eva Andersson

Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Karin Eriksson

Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Eva-Lena Tverå

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Kerstin Edvinsson
Uppföljningsstrateg Lotta Larsson*

Handläggare
Charlotta Larsson
Eva Erikson

Datum
2013-09-10

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Dalbyhemmet
Enhetschef: Christina Carlsson
Handlingsplan HVK tillhanda senast: ~~2013-06-28~~/snarast

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

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

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK.

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.

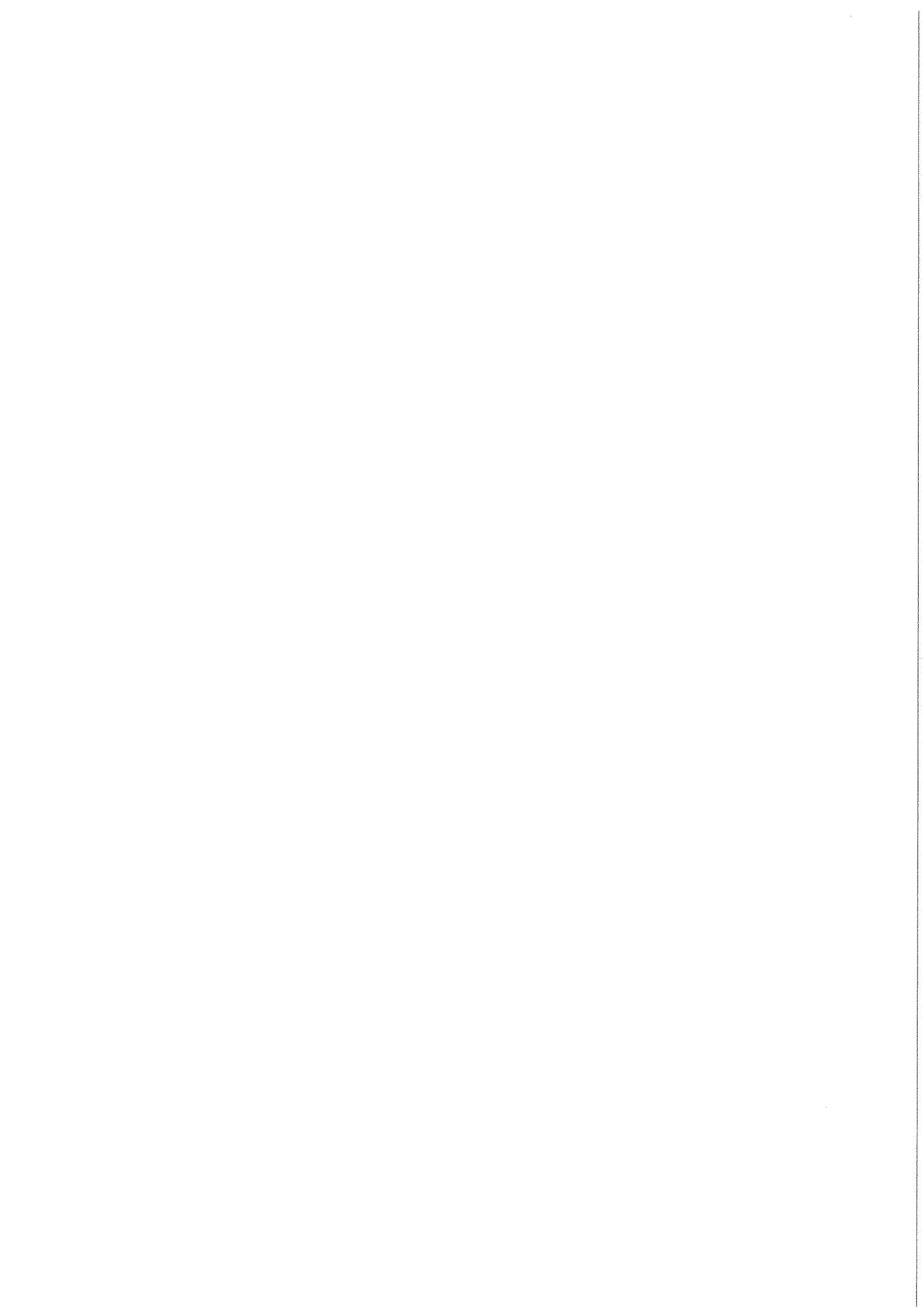
Uppföljningsobjekt: Dalbyhemmet

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Bemanning, kompetens och kompetensutveckling – verksamhetschefens stöd gällande hälso- och sjukvårdsfrågor.	Som ny chef har jag efterfrågat kompetens, eftersom jag är leg. Sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri.				Ja	
Bemanning, kompetens och kompetensutveckling – bemanning.	Tidigare verksamhetschef hade inkommit med fel uppgifter om bemanning. Därför har komplettering med aktuella scheman gjorts.				Ja	
Bemanning, kompetens och kompetensutveckling – plan för kompetensutveckling inom demenssjukdom.	All personal på demensavdelningen kommer att anmälas till ett internt utbildningsprogram gällande demenssjukdom. En anställd är också anmäld att, med början hösten 2013, läsa till Silviasyster.	Verksamhetschef	Hösten 2013	December 2013	Ja	
Samverkan – finns ett brukarråd i dagsläget?	Nej. Är i uppstarten för bildandet av ett brukarråd. Har däremot under våren, tillsammans med kunder som önskat delta, haft kontinuerliga utvärderingar av måltidernas kvalité, samtidigt	Verksamhetschef	Hösten 2013	September 2013. För närvarande görs en intresseanmälan av kunder som vill ingå i brukarrådet.	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	som undertecknad haft löpande kontakt med leverantören					
Informationsöverföring och dokumentation – personalens förutsättningar för att få den information som behövs inför ett arbetspass.	”Tyst” rapport har under våren 2013 införts, vilket innebär att personalen rapporterar skriftligt till varandra i en särskild rapportpärm. Detta förfaringssätt har fallit väl ut. Ett förtydligande till detta är att denna form av rapportering inte ersätter dokumentation i Sibel.	Verksamhetschef		Uppföljning september 2013	Ja	
Hälso- och sjukvård – hur säkerställer verksamheten att träning utförs enligt ordination?	Personalen har tillsammans med sjukgymnast varit med och bestämt lämplig tidpunkt för kontrakturprofylax, eftersom de tidigare tyckte att det var svårt att hinna med. Rehab.personal erbjuder löpande undervisning i utförandet, samt att de tar upp ämnet vid varje APT.	Verksamhetschef		Uppföljning på varje APT	Ja	
Hälso- och sjukvård – rutin med tydlig ansvarsfördelning.	Idag finns legitimerad personal som ansvarar för de medicintekniska produkterna. Samt att samtliga produkter har märkts upp.	Arbetsterapeut och sjukgymnast		Uppföljning har skett under juli månad 2013	Ja	
Avvikelser och klagomålshantering – rutin för hur dessa ska hanteras.	Avvikelser registreras varje månad i ett nytt avvikelssystem på G, där man varje månad får en överskådlig	Verksamhetschef		Uppföljning kommer att ske i samband med enhetsmöten, där ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef deltar.	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>bild av samtliga avvikelser. Förutom sjuksköterskans uppföljning, så följs avvikelserna upp av verksamhetschef på APT. För att minimera avvikelser, så utses varje arbetspass en omvårdnadspersonal som kontrollerar att alla kunder fått sina läkemedel. På omvårdnadspersonalens kontor finns det också en whiteboardtavla, med alla kunders namn och tider för läkemedelsgivning, som markeras med en färgad magnet, då läkemedlen har givits. Gällande klagomålshanteringen så finns det interna rutiner för det. Då ett klagomål registrerats på vård och bildning får verksamhetschefen information om detta, samt en medföljande åtgärdsplan.</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar



Datum 2013-06-10

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Dalbyhemmets vård- och omsorgsboende 2013-06-04**Bakgrund**

I samband med avtalsuppföljning hösten 2012 genomfördes en dokumentationsgranskning vid Dalbyhemmets vård- och omsorgsboende. Vid den granskningen framkom vissa förbättringsområden, se tidigare utskickad sammanställning "Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Dalbyhemmets vård- och omsorgsboende 2012-10-11, i samband med avtalsuppföljning".

Klagomål inkom till Socialstyrelsen den 7 februari 2013 angående brister i vårdinsatser vid Dalbyhemmet. I svaret till Socialstyrelsen har verksamheten uppgivit som åtgärd att all personal ska signera utförda uppgifter på signeringslista. Sjuksköterska ska även följa upp personalens dokumentation och kontrollera att samtlig personal har signerat. Äldrenämndens individuuskott fattade 8 april beslut om att uppföljning av de åtgärder som verksamheten utlovat ska ske före sommaren 2013.

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 en 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 att tidigare förbättringsområden åtgärdats och att dokumentation förs utifrån gällande lagstiftning, riktlinjer och avtal,
- att följa upp insatta åtgärder utifrån verksamhetens svar till Socialstyrelsen gällande ovan nämnda klagomål.

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av 13 kunder boende på Dalbyhemmet. Samtycke gavs av 12 kunder. Granskning utfördes i 8 journaler.

Övrigt

Enligt information från MAS dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonal inom Vård & Bildning vissa saker gemensamt, så som till exempel uppgifter i anamnes. Detta kvarstår därför inte som ett förbättringsområde då det finns anamnes i sju av de åtta granskade journalerna.

Resultat

I sex av de åtta granskade journalerna fanns det dokumentation upprättad av arbetsterapeut efter oktober 2012. I fem av dessa journaler fanns text införd under sökordet *Status* men i de flesta fall var informationen irrelevant. I fyra av journalerna fanns någon form av rehab plan som samtliga innehöll insatta åtgärder gällande hjälpmedel. Utvärdering av insatta åtgärder återfanns i en journal. Notering om fall/fallincident/fallpreventivt arbete fanns i en journal. Samverkan med övrig personal sågs i ett fåtal journaler.

Det fanns dokumentation upprättad av sjukgymnast efter oktober 2012 i samtliga åtta granskade journaler. Det fanns status gällande bland annat förflyttning, balans och muskelfunktion i sex av dessa. I sex av journalerna fanns också någon form av rehab plan som innehöll åtgärder gällande bland annat hjälpmedel, sporadiskt utförd kontrakturprofylax och/eller träning i sittgrupp. Måluppfyllelse/utvärdering kunde ses i en journal. Notering om fall/fallincident/fallpreventivt arbete fanns i en journal. Samverkan med övrig personal sågs i ett fåtal journaler.

I sjuksköterskans journaler fanns individuella vårdplaner upprättade gällande läkemedelshantering och hud. I löpande daganteckningar framgick den vård som planerats, genomförts och de effekter som uppnåtts om den enskildes omvårdnadsbehov. Fallincidenter var noterade dock framgick det inte om någon fallriskbedömning/fallprevention var utförd. Samverkan med omvårdnadspersonal sågs under flik "vårdrelation" samt i löpande text. De omvårdnadsproblem som omvårdnadspersonalen noterat under fliken vårdrelation var åtgärdade, uppföljda och utvärderade av sjuksköterskan. Det fanns ingen notering i de slumpmässigt utvalda journalerna att sjuksköterskan kontrollerat den enskildes eventuella signeringslistor.

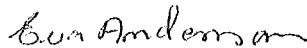
I omvårdnadspersonalens journaler fanns genomförandeplaner med mål (av övergripande karaktär) samt kontaktman. Några av genomförandeplanerna var inte uppdaterade. I den löpande texten saknas fortsatt den enskildes eller dess företrädares medverkan i upprättandet av genomförandeplanen. Fortsatt saknas en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov eller dess inflytande i utförandet av insatserna. I flera journaler framkom att fall/fallincidenter förekommit, men kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal saknas i den sociala dokumentationen. Generellt var det få anteckningar förda under 2013. Utförda insatser enligt SoL registreras på signeringslistor, vilka förvaras i gemensam pärm för samtliga boende på avdelningen.

Kommentar

I den löpande texten i den sociala dokumentationen förekom värderingsord samt ett skrivspråk som inte bör förekomma.

Som exempel fanns det noterat följande:

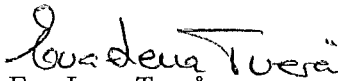
- "vägrade kliva ur sängen"
- "204 har vax i öronen"
- "jätte pigg"
- "allmänt bra humör"
- "gott humör tacksam"
- "tung att hjälpa henne genom att hon inte gör något själv"
- "inte duschat pga personalbrist"
- "vt kräver att bara en personal får hjälpa vill välja person vilket inte går på denna avdelning."
- "vt blivit inskickad av ssk"



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

Verksamhetschef: Christina Carlsson Dalby vård- och omsorgsboende

Uppföljningsstrateg: Charlotta Larsson Kontoret för hälsa, vård och omsorg.

