

Handläggare
Mia Gustafsson

Datum
2014-06-26

Diarienummer
ALN-2014-0052, 30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid Nora korttidsvård/växelvård

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

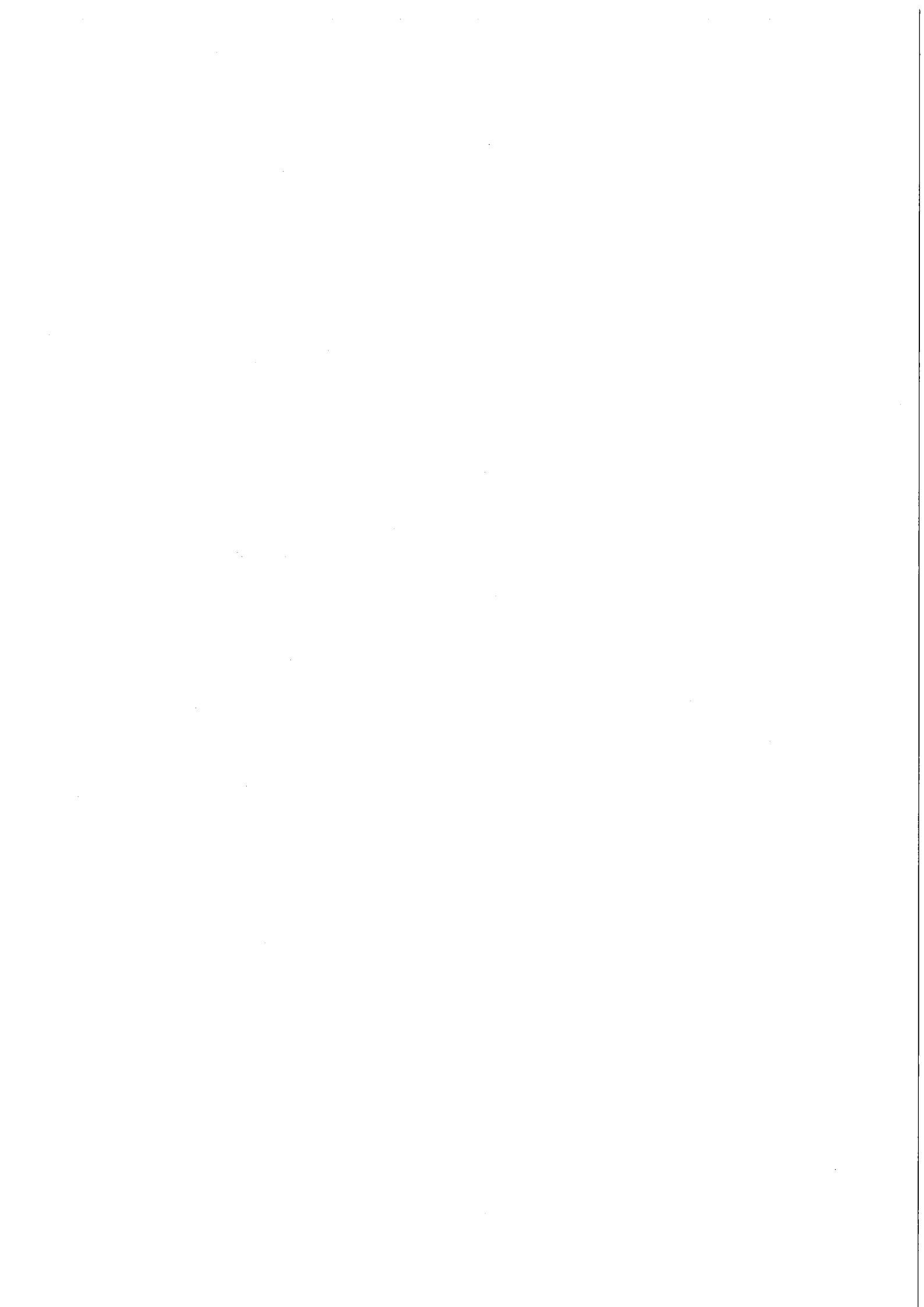
Föredragning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid korttidsvårdsenheten Nora den 3 mars 2014. Verksamheten drivs av Vård & bildning. I samband med detta genomfördes en dokumentationsgranskning av den sociala dokumentationen den 4 mars vid verksamheten. Uppföljningen visade att det förelåg ett flertal brister och förbättringsområden.

Handlingsplan inkom den 29 april (bilaga 1). De beskrivna åtgärderna bedömdes som tillfredsställande och godkändes med två undantag. Kontoret efterfrågade en rutin inom området avvikelser och klagomålshantering, vilken inkom den 13 juni och bedömdes fullt acceptabel. Kontoret beslutade också att en ny dokumentationsgranskning skulle ske i juni på grund av de brister som påvisades i granskningen 4 mars. Denna granskning genomfördes 16 juni (bilaga 2). Resultatet påvisar inte att ett förbättringsarbete startat i verksamheten så som kontoret förväntat. Dock framkom tydligt beskrivna åtgärder i handlingsplanen och kontoret förutsätter att verksamheten fortsätter förbättringsarbetet med dokumentationen i positiv riktning. Omgranskning av dokumentationen kan komma att ske under hösten. HVK ser nu ärendet som avslutat.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf. Direktör



Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2014-04-07

Diarienummer
ALN-2014-0052

Vård & Bildning
Korttidsvård/växelvård Nora
Verksamhetschef Mia Lannstål

Avtalsuppföljning vid Nora Korttidsvård/växelvård

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning Korttidsvård/växelvård Nora
Adress	Leopoldsgatan 1-3 754 41 Uppsala
Verksamhetschef	Mia Lannstål
Tfn och mailadress	018-727 54 62 mia.lannstal@uppsala.se
Uppföljning utförd av	Mia Gustafsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef Mia Lannstål, affärsområdeschef Boende äldre, kvalitets- och utvecklingschef. Legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast). Omvårdnadspersonal (3 personer representanter från dag/kväll/natt)
Totalt antal platser	23 korttidsvårdsplatser (växelvård)
Typ av verksamhet	Korttidsvårdsenhet
Avtalstid	Uppdrag enligt 2013 års avtal
Datum för uppföljning	2014-03-03

Nora är en enhet med 23 platser för korttidsvård (växelvård) och hit kommer personer som har behov av omvårdnad under kortare perioder. Verksamheten är belägen i Nyby som ligger i norra delarna av Uppsala. Syftet med växelvård är att förlänga möjligheten att bo kvar hemma i ordinärt boende, men syftet är också att enskilda ska få möjlighet till aktivering samt avlastning för anhöriga.

I verksamheten är det ca 50-60 personer som alternerar på platserna under en månad. Vanligast är att personer vistas på Nora i två veckors intervaller, men det kan se olika ut och det finns de som har beslut på även kortare tidsperioder. Ledningen uppger att det är sällsynt att alla 23 platserna är belagda, vanligtvis är att ca 19-20 personer är inskrivna, vilket är ca 87 % beläggning per månad.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på korttidsenheten Nora som drivs av Vård & bildning. Kontoret bedömer att Nora är en väl fungerande verksamhet på många sätt. Några fåtal brister och förbättringsområden finns dock inom vissa delar. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna.

1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontoret har följt upp hur utföraren uppfyller gällande avtal inom dessa områden.

Värdegrundsarbete

Kontoret bedömer att kraven inom området är uppfyllda. Det finns ett aktivt och medvetet värdegrundsarbete vid verksamheten som kommer de enskilda till godo. Strategier finns för att fortlöpande säkerställa implementering kring innebörden av värdeorden i det praktiska arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå.

Verksamhet, organisation och bemanning

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar väl inom detta område. Det finns flexibilitet i verksamheten som utgår ifrån de enskildas behov. Vid uppföljningstillfället bedöms verksamheten ha den personalstyrka och kompetens som säkrar en god och säker vård och omsorg. Den legitimerade personalens tjänstgöringsgrad förefaller i dagsläget vara tillräcklig för att kunna tillgodose den enskildes behov av insatser.

Kontoret ser dock att behov finns av att förtydliga joursvårdens ansvar så att personalen och enskilda är trygga då denna verksamhet har ansvar för sjukvården under kvällar och helger. Kontoret ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten och förutsätter att nödvändiga kontakter tas så detta tydliggörs för alla parter.

Kompetens och kompetensutveckling

HVK ser att personalen vid Nora har en god grundkompetens för uppdraget och att verksamheten uppmuntrar till kompetensutveckling. Verksamheten förefaller ha en tydligt implementerad rutin för introduktion av nyanställda som är väl känd hos samtliga yrkeskategorier. Kompetensutvecklingsplaner/målkort finns upprättade för samtliga anställda enligt ledningen, dock var detta oklart bland personalgruppen. Behov finns av att informera samtliga medarbetare och göra den planering som finns för var och en känd. Under förutsättning att detta sker omgående anser kontoret att verksamheten uppfyller ska-kraven inom området.

Kontaktmannaskap

Kontoret ser att Nora övergripande fungerar väl inom området kontaktmannaskap. Innebörden av detta förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. Brukarråd och anhörigträffar är ett ska-krav. Anhörigträffar äger rum, dock ostrukturerat. Verksamheten måste planera för att

detta sker mer strukturerat och regelbundet. Brukarråd är inte infört i verksamheten. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur verksamheten ska uppnå dessa ska-krav.

Mat och måltider

HVK noterar att kostombud finns på verksamheten, evidensbaserat bedömningsinstrument används och att verksamheten eftersträvar och arbetar för en positiv och stimulerande måltidssituation. Kontoret bedömer kraven som uppfyllda.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar väl inom detta område och uppfyller ska-kraven. Kulturombud och volontärombud finns i verksamheten. Kontoret ser positivt på att det finns en aktivitetsansvarig som samordnar och planerar olika aktiviteter i verksamheten. I huset finns mycket frivillig verksamhet och enskilda har möjlighet att ta del av ett stort utbud av aktiviteter även här, vilket är mycket positivt.

Hälso-och sjukvård

Kontoret bedömer att verksamheten överlag fungerar väl inom detta område. Det förefaller finnas ett gott samarbete med andra viktiga berörda kring de enskilda så som t ex hemvården. Palliativt ombud finns i verksamheten. När det gäller vård i livets slut och möjlighet till extra bemanning (extra vak) fanns en diskrepans i svaren. Konsekvensen av att extra vak inte tas in, utan att personalen "turas om" kan bli att en döende person lämnas ensam. Detta är enligt kontoret inte acceptabelt och utföraren bedöms inte fullt ut uppfylla ska-kravet att omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur detta ska uppfyllas och även implementeras hos samtliga i personalgruppen.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar övergripande väl inom detta område. Verksamheten har flera forum för teamsamverkan med fokus på den enskilde. Arbetsterapeut och sjukgymnast förefaller vara väl synliga och stöttande i verksamheten och vardagsrehabilitering genomsyrar det dagliga arbetet hos alla yrkeskategorier. Vid intervjuerna beskrivs fallpreventionsarbetet på ett bra sätt. Dock uppfattade kontoret att det fanns en otydlighet kring skillnaden gällande delegerade och ordinerade hälso-och sjukvårdsuppgifter och begär i handlingsplan ett kort förtydligande vad som avses.

Informationsöverföring och dokumentation

Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 4 mars vid verksamheten och där framkom ett flertal brister. Kontoret förutsätter att förbättringsarbete och åtgärder startades omgående efter att sammanställningen mottagits. Förutom dokumentationsskyldighet enligt lag och ska-krav har Vård & bildning i åtagandet för 2013 under olika avsnitt tydligt beskrivit hur den individuella planeringen kring vård och omsorg ska säkerställas¹. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen.

¹ Exempelvis under punkt 3.6.5 s 27-28 i Åtagandet för 2013

Ny dokumentationsgranskning kommer att ske under juni månad i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt författningar och krav i avtal.

Avvikelser och synpunkts-och klagomålshanteringssystem

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelshantering finnas och vara väl implementerad i personalgruppen. Rutin finns också för skriftliga klagomål och synpunkter, men inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Detta försvårar egenkontrollen av verksamheten och medför att det inte går att härleda hur många klagomål och synpunkter som inkommit och verksamheten kan heller inte arbeta systematiskt så att brister förhindras att uppstå igen.

Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6,7-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

Se vidare under respektive område i rapporten.

1.2 Krav på åtgärder

Handlingsplan för ovanstående brister ska inkomma till HVK senast **den 29 april 2014**, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område. Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

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

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

2. Inledning

Nora är en korttidsvårdsenhet som drivits sedan länge av Vård & bildning. Nora hade tidigare korttidsvårdsplatser där syfte var att ge personer möjlighet till stöd och omvårdnad vid enstaka tillfällen eller under återkommande längre perioder. Många kom direkt från Akademiska sjukhuset till Nora och behövde stanna en längre tid för t ex rehabilitering, återhämtning och stimulans innan hemgång till ordinarie bostad eller efter beslut till ett särskilt boende. Under mitten av 2013 förändrades detta och Nora fick i ett tilläggsavtal uppdraget att inriktas mot växelvård.

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad oktober 2013, är nämndens uppföljningsarbete ett verktyg för såväl nämnden som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Syftet med förbättringsarbetet är att medborgare och enskilda stödanvändare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till såväl lagstiftning som den enskildes förväntningar.

2.2 Syfte

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs sammanlagda uppföljning syftar till 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. Kontoret har inte granskat utförarens dokumenterade rutiner och övriga dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Kontorets bedömning utgår således från den muntliga information som lämnats vid intervjutillfället. Kontoret har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3 Metod

- Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten, vilka hölls separat med respektive profession
- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar har genomförts inom lagrummet Socialtjänstlagen (SoL)
- Granskning av personalschema har skett

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten under intervjuerna, kopplat till ska-krav och åtagande samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. 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 präglade verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande (TITORB)*.

3.1.1 Iakttagelser

Hos samtliga intervjuade föreföll nämndens värdegrund såväl som den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen vara väl förankrad. Samtliga framhöll att detta genomsyrar hela verksamheten och hålls levande genom strukturerade träffar så som arbetsplatsträffar, teamträffar men även i det dagliga arbetet diskuteras värdegrundens innebörd och förhållningssätt till denna. Omvårdnadspersonalen berättar att de i smågrupper diskuterat utifrån givna teman. Två från personalgruppen har gått värdegrundsutbildning och fungerar som värdegrundsledare i verksamheten. De kommer att hålla i två planeringsdagar under våren. Verksamhetschefen ska påbörja en längre värdegrundsutbildning om tre terminer (22,5 högskolepoäng) vid Ersta Sköndal högskola.

Samtliga intervjuade lyfte fram aktiviteterna som en av verksamhetens framgångsfaktorer, både de aktiviteter som erbjuds på avdelningen men även de som erbjuds i huset. Ett annat område som lyftes fram var det rehabiliteringstänk som uppgavs genomsyra verksamheten. Samtlig personal framhöll att de arbetar aktivt och strävar efter att de som vistas på Nora ska förbättra/bibehålla sina funktioner så länge som möjligt. I intervjuerna framkom också ett medvetet tänk och arbetssätt för att se hela individen. Det innebär allt från ett gott bemötandet och samplanering med enskild och dess anhörig till samarbete med övriga viktiga berörda kring personen så som t ex biståndshandläggare och hemvårdens utförare om sådan finns.

3.1.2 Kontorets kommentarer

Kontoret bedömer att kraven inom området är uppfyllda. Det finns ett aktivt och medvetet värdegrundsarbete vid verksamheten som kommer de enskilda till godo. Strategier finns för att fortlöpande säkerställa implementering kring innebörden av värdeorden i det praktiska arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå.

3.2 Verksamhet, organisation och bemanning

Ska-krav

- bemanning **ska**, vid korttidsplats och dagverksamhet med nattvistelse finnas dygnet runt i sådan omfattning att det säkerställer kvaliteten i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget
- vid korttidsplats och dagverksamhet med nattvistelse **ska** tillgång på sjuksköterskekompetens, säkerställas dygnet runt. Kommunens natthemsjukvård

ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser mellan klockan 22.00 till klockan 07.00 under hela året

- **ska** ha verksamhetschef enligt HSL och SOSFS 1997:8 med lägst grundutbildning på högskolenivå samt minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning
- ansvarig chef för enheten **ska** ha relevant högskoleexamen samt minst två års erfarenhet av arbete inom arbetsområdet
- det **ska** finnas en namngiven ersättare för den ansvarige chefen för enheten

3.2.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen uppger sig ha ansvar för ca 65 tillsvidareanställda, vilket förutom Nora, omfattar personal vid Ödhumla (växelvårdsenhet för personer med demenssjukdom, 7 lägenheter) och dagverksamheter inom området boende äldre. I verksamheten finns två driftledare (varav en har mer uttalat ansvar för Nora). En person som benämns planerare har ansvar för bland annat planering och organisering kring platserna vid Nora och Ödhumla men även vid en annan korttidsvårdsenhet där en annan verksamhetschef har det övergripande ansvaret.

Bemanningen på förmiddagarna är sex omvårdnadspersonal, vilket uppges generellt övergå till fyra personal efter lunch och som sedan är den bestående kvällsbemanningen. På helgerna är det fem personal dagtid och fyra på kvällen. På natten arbetar två personal på avdelningen. Dessa stöttar vid behov upp den närliggande växelvårdsenheten Ödhumla. En av de intervjuade, som vanligtvis arbetar dag och kväll, har även erfarenhet från att arbeta natt och framför att nattbemanningen fungera bra. Samtliga av den intervjuade personalgruppen framför att bemanningen i dagsläget är god.

Ovanstående uppgifter stämmer överens med det schema som kontoret fått tilldelat av verksamhetschefen i samband med avtalsuppföljningen.

En sjuksköterska finns i verksamheten på 100 %, vilket är fördelat mellan både Nora och Ödhumla. På kvällar och helger är det joursjukvården som ansvarar för verksamheten och på nätter är det natthemsjukvården. Omvårdnadspersonalen framförde att samarbete fungerar bra dock upplevs det ibland uppstå situationer främst under kvällar och helger då joursjukvården ofta svarar att de inte hinner komma ut till verksamheten trots begäran/önskan från personalen. Omvårdnadspersonalen tog upp detta på senaste arbetsplatsträffen då de funderade på om avvikelser skulle skrivas. Hos ledning och sjuksköterska fanns en medvetenhet om problemet men de upplever att det överlag fungerar bra.

Arbetsterapeuten arbetar 75 % totalt vilka är fördelade till ca 25 % på Nora och 50 % till hemvården. Sjukgymnast arbetar 50 % och finns på plats måndag till torsdag på Nora.

Verksamhetschefen är utbildad sjukgymnast och innehar en mångårig erfarenhet av chef/ledarskap. Namngiven ersättare till denne vid olika frånvarotillfällen uppges vara en annan verksamhetschef vid en annan enhet. Samtliga av legitimerad och omvårdnadspersonalen uppgav dock att en av driftledarna är ersättare. Denne innehar inte formell kompetens och kontoret lyfte detta till ledningen som omgående skulle förtydliga

ansvaret vid frånvaro så det blir känt för alla medarbetare.

3.2.2 Kontorets kommentarer

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar väl inom detta område. Det finns flexibilitet i verksamheten som utgår ifrån de enskildas behov. Vid uppföljningstillfället bedöms verksamheten ha den personalstyrka och kompetens som säkrar en god och säker vård och omsorg. Den legitimerade personalens tjänstgöringsgrad förefaller i dagsläget vara tillräcklig för att kunna tillgodose den enskildes behov av insatser.

Kontoret ser dock att behov finns av att förtydliga joursjukvårdens ansvar så att personalen och enskilda är trygga då denna verksamhet har ansvar för sjukvården under kvällar och helger. Kontoret ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten och förutsätter att nödvändiga kontakter tas så detta tydliggörs för alla parter.

3.3. Kompetens och kompetensutveckling

Ska-krav

- ska bedriva vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens med ständig kvalitetsutveckling
- nyrekryterad och visstidsanställd vårdpersonal ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller motsvarande undersköterskeutbildning.
- utföraren ska inom avtalstiden se till att tillsvidareanställd personal som saknar gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning, genomgår sådan utbildning

3.3.1 Iakttagelser

Ledningen uppger att samtlig fast anställd personal utom två personer har lägst undersköterskeutbildning, även timvikarierna är till största delen utbildade undersköterskor. En tydlig rutin för introduktion av nyanställda finns och den förefaller vara förankrad i personalgruppen. I introduktionsprogrammet ingår bl a dubbelgång, förflyttningsteknik samt genomgång av olika checklistor och rutiner.

Legitimerad personal berättar att de inför varje sommar håller ett introduktionsmöte för vikarier där bland annat information om verksamheten ges, rutiner går igenom, förflyttningsteknik genomförs.

I verksamheten finns enligt ledningen "målkort" för de anställda där det framgår vilken erfarenhet/utbildning medarbetaren har men också vilken kompetensutveckling som finns och som önskas. Den legitimerade personalen har delade meningar om de har individuella "målkort" men uppger att detta ska vara på gång för samtliga. Omvårdnadspersonalen känner dock inte till detta.

Ledningen framför att samtliga gått utbildning i bland annat brand, förflyttningsteknik, handledarutbildning och munhälsovård. Värdegrundsarbete uppges ha varit prioriterat under föregående år. Som beskrevs inledningsvis under avsnitt 3.1 värdegrundsarbete har två från personalgruppen gått en värdegrundsutbildning och kommer hålla i två planeringsdagar för

övrig personal. Verksamhetschefen har tidigare genomfört en grundläggande värdegrundsbildning men har nu påbörjat en längre nationell ledarskapsutbildning initierad av socialstyrelsen.

Omvårdnadspersonalen har olika ansvarsområden där de är utsedda ombud. I dessa områden har de fått en djupare utbildning som inom t ex brand, tvätt, inkontinens, miljö, kost samt hjälpmedel.

Nora har inriktning omvårdnad men de som vistas där kan som ledningen uttryckte det ” ha lite glömska”, skulle dock någon ha större kognitiva besvär finns kunskap om demens att tillgå genom Ödhumla och dagverksamheterna där inriktningen är demens. Sjuksköterskan har gått BPSD² utbildning. Legitimerad personal framför att de efterfrågat kunskap/utbildning kring Parkinson demens och uppger att detta är på gång.

Sjuksköterskan har gått handledarutbildning för att handleda sjuksköterskestudenter, en student går tillsammans med sjuksköterskan just nu. En kontakt mellan sjuksköterskan och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)³ har upprättats.

Förutom vid de olika teamträffarna som sker i verksamheten berättar legitimerade att de har en stående punkt vid arbetsplatsträffarna (APT) som sker var 4:e vecka i verksamheten där de har möjlighet att delge/sprida information till omvårdnadspersonalen.

3.3.2 Kontorets kommentar

HVK ser att personalen vid Nora har en god grundkompetens för uppdraget och att verksamheten uppmuntrar till kompetensutveckling. Verksamheten förefaller ha en tydligt implementerad rutin för introduktion av nyanställda som är väl känd hos samtliga yrkeskategorier. Kompetensutvecklingsplaner/målkort finns upprättade för samtliga anställda enligt ledningen, dock var detta oklart bland personalgruppen. Behov finns av att informera samtliga medarbetare och göra den planering som finns för var och en känd. Under förutsättning att detta sker omgående anser kontoret att verksamheten uppfyller ska-kraven inom området.

3.4 Kontaktmannaskap

Ska-krav

- dokumenterade rutiner för kontaktmannaskap *ska* finnas
- den enskilde och dennes anhöriga ska få information och introduktion om praktiska frågor inför vistelsen på korttidsplatsen. Informationen *ska* även ges skriftligt
- brukarråd/anhörigträffar *ska* genomföras minst två gånger/år
- utföraren *ska* ge stöd till närstående och ha beredskap för att möta närstående i kris och vid behov hänvisa till annan kompetens

² BPSD (beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).

³ Sedan 1 januari 2014 är funktionerna MAS och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) centraliserade till uppdragskontoret - kontoret för hälsa, vård och omsorg.

3.4.1 Iakttagelser

Samtliga personer som är på växelvård på Nora har en kontaktman. All personal förefaller vara väl insatta i vad denna roll innebär. Omvårdnadspersonalen upplever att det är tydligt för den enskilde och dess anhöriga vem som är utsedd till dennes kontaktman.

I kontaktmannaskapet ingår bland annat välkomstsamtal med enskild, att ha ett övergripande ansvar för kontakter med nätverk kring den enskilde och ett ansvar för genomförandeplanen. Det finns enligt de intervjuade en tydlig rutin för kontaktmannaskapet.

När en ny person ska börja sin växelvård vid Nora lämnas en utförlig information om växelvårdens syfte men också om praktiska saker som kan vara bra att känna till. Dels lämnas en broschyr (delgavs kontoret), schema över vistelseperioderna samt annan relevant information.

Samtliga intervjuade berättade med stolthet om de många och olika aktiviteter som erbjuds dels på avdelningen men även i huset så som t ex sittgymnastik, frågesport, promenader, karaoke, bakning, bingo, musikuppträdande, musikcafé etc. (en fördjupad beskrivning av detta ges under punkt 3.6 aktiv och meningsfull tillvaro).

När det gäller brukarråd uppger ledningen inte att detta finns i verksamheten. Inte heller anhörigträffar genomförs strukturerat och kontinuerligt i verksamheten. En anledning som framförs av ledningen som orsak till detta är att växelvården fullt ut ska upplevas som en avlastning för anhöriga. Anhörigträffar eller anhörigfika uppges dock förekomma i verksamheten då och då t ex vid olika högtidsdagar.

När det gäller att stötta anhöriga uppger ledningen såväl som personalgruppen att det finns en grundtrygghet och kompetens bland personalen för detta. Kännedom hos personalen om vilken hjälp som finns att tillgå "utifrån" för anhöriga/närstående uppges vara god av samtliga intervjuade. Exempel på denna hjälp kan vara t ex kontakt med anhörigcentrum, anhörigkonsulenter och andra öppna och förebyggande insatser.

3.4.2 Kontorets kommentar

Kontoret ser att Nora övergripande fungerar väl inom området kontaktmannaskap. Innebörden av detta förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. Brukarråd och anhörigträffar är ett ska-krav. Anhörigträffar äger rum, dock ostrukturerat. Verksamheten måste planera för att detta sker mer strukturerat och regelbundet. Brukarråd är inte infört i verksamheten.

Brukarråd syftar bland annat till att öka delaktighet för de som vistas på växelvården när det gäller t ex verksamhetens innehåll, aktiviteter, trivsel och måltidsmiljö samt strukturerat fånga upp frågor och synpunkter från de enskilda. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur verksamheten ska uppnå dessa ska-krav.

3.5. Mat och måltider

Ska-krav

- utföraren **ska** tillämpa Uppsala kommuns Riktlinjer för mat, måltid och nutrition. Utföraren **ska** använda evidensbaserat bedömningsinstrument.
- kostombud **ska** finnas
- måltidsmiljön **ska** stimulera till lugna, trivsamma måltider

3.5.1 Iakttagelser

Måltiderna serveras enligt följande tider; frukost: 7.30–10.00, lunch 12.00, middag 17.00, därtill eftermiddags- och kvällsfika/mål. Detta är generella tider och det uppges alltid finnas möjlighet till flexibilitet med mattider om så önskas. Maten tillagas i husets egen restaurang Leopold och levereras dagligen till Nora. Till lunchen finns två alternativ att välja mellan dock finns inte denna möjlighet till middagen men finns andra önskemål kan alternativ erbjudas. Tre kostombud finns i verksamheten och har till uppgift att bland annat beställa mat, specerivaror, specialkost och kontrollera mattemperaturen.

Vid avtalsuppföljningen ställs frågan hur verksamheten arbetar kring riktlinjer för mat, måltid och nutrition och utifrån svaren förefaller dessa vara förankrade hos samtliga medarbetare. Legitimerad personal framför att rutiner finns för viktkontroll/BMI. Bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) används. "Senior Alert möten" sker en gång per vecka och medverkande är legitimerad och omvårdnadspersonal. Legitimerad personal berättar att de i hög utsträckning försöker vara ute på avdelningen så de tillsammans med omvårdnadspersonalen kan få en bild av den enskildes måltidssituation och tidigt kan upptäcka eventuella svårigheter som behöver åtgärdas. Nattfastan är något som personalen är väl medvetna om och arbetar för att tidsspännet inte ska bli för långt genom att bland annat erbjuda de enskilda en lättare måltid vid behov under natten.

Omvårdnadspersonalen berättar att det alltid finns minst tre personal tillgängliga vid luncherna. Maten ställs fram på bordet så alla själva kan ta så mycket de önskar äta. De som önskar äta på sitt rum får givetvis göra det. En annan valmöjlighet är att äta nere i husets restaurang. Samtliga intervjuade framför att de arbetar med att ständigt försöka skapa en lugn och trivsam måltidsmiljö för de som vistas på Nora. Tidigare fanns två kök/matsalar på avdelningen men i dag är detta ändrat och en matsal är numera vardagsrum. Ingen TV finns i matsalen och detta är en åtgärd i ledet att uppnå en än mer stimulerande måltidsmiljö för de boende.

Enligt samtliga intervjuade är det endast ett fåtal av de som vistas på Nora som behöver hjälp vid måltiderna (matningar).

3.5.2 Kontorets kommentar

HVK noterar att kostombud finns på verksamheten, evidensbaserat bedömningsinstrument används och att verksamheten eftersträvar och arbetar för en positiv och stimulerande måltidssituation. Kontoret bedömer kraven som uppfyllda.

3.6 Aktiv och meningsfull tillvaro

Ska-krav

- ska erbjuda rehabiliterande, funktionsuppehållande och hälsofrämjande aktiviteter
- den enskilde **ska** stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- varje dag **ska** formas så att den enskildes känsla av sammanhang stärks
- de behov av utevistelse som har angivits i genomförandeplanen **ska** uppfyllas
- den enskilde **ska** ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar social gemenskap och meningsfullhet
- den enskilde **ska** få hjälp att delta i hälsofrämjande aktiviteter
- vid behov **ska** personal eller annan lämplig person följa med den enskilde till t ex frisör, utevistelse, sociala och kulturella aktiviteter
- Överenskommelse ”samverkan om frivilligt socialt arbete mellan Uppsala kommun och frivilligorganisationer” **ska** följas
- utföraren **ska** aktivt motta och genomföra passande tillgängliga erbjudanden inom ”Kultur i vården”
- kulturombud **ska** finnas i verksamheten

3.6.1 Iakttagelser

Vid uppföljningstillfället berättar samtliga intervjuade om olika gruppaktiviteter som erbjuds de som kommer till Nora, som exempel nämns sittgymnastik, frågesport, promenader, karaoke, bakning och bingo. I verksamheten arbetar en person måndag – fredag som aktivitetsansvarig och ansvarar för aktiviteterna på vardagarna (denne är också utsett kulturombud). På helgerna håller personalen själva i aktiviteter och melodikryss och promenader nämns som exempel. Nora ligger i f.d Nyby servicehus, vilket numera omnämns som trygghetsbostäder. I huset erbjuds många aktiviteter för den som vill delta, olika uppträdanden, musikcafé, bingo etc. Det finns också ett bibliotek, fotvård och frisör att tillgå.

Aktivitetserna som erbjuds på såväl avdelningen som i huset sitter tydligt anslagna på en tavla på avdelningen så de enskilda men även anhöriga kan se och välja av utbudet. Vid avtalsuppföljningen var informationen tydlig för kontoret. Aktuell information fanns anslaget såväl på avdelningen som i husets centrala del där bland annat restaurangen är belägen.

Ledningen berättade att den aktivitetsansvarige har en signeringslista där deltagandet vid aktiviteter registreras. Omvårdnadspersonalen framförde att när det gäller just aktiviteter är det för det mesta den aktivitetsansvariga i verksamheten som dokumenterar. Men om personalen hållit i aktiviteter på helgen har de dokumenterat detta (per individ i dennes journal), även när personerna tackat nej till aktivitet. För vidare information kring dokumentation se punkt 3.9 Informationsöverföring och dokumentation.

Omvårdnadspersonalen framför att om önskemål finns från enskilda kan personalen följa med

på andra sociala aktiviteter än de som erbjuds i huset t.ex. handling eller fika på närliggande köpcenter. Det anordnas också olika årstidsbaserade aktiviteter så som midsommarfirande, surströmming/kräftska, påsk och julaktiviteter på avdelningen.

Samtliga intervjuade framför att utvistelse sker enligt genomförandeplan och/eller önskemål, vilket kan bli ganska ofta för en del, medan andra sköter sina promenader på egen hand.

Kontaktmän och aktivitetsansvarig har till uppgift att fånga in önskemål om aktiviteter. Legitimerad personal berättar att de samverkar med aktivitetsansvarig och hjälper till och tipsar kring aktiviteter där det efterfrågas eller om de observerar att någon person har andra behov som kräver speciell hänsyn vid aktiviteter som exempelvis smärtproblematik.

Ett gott samarbete uppges finnas med den ideella/frivilliga sektorn, som någon uttryckte det "hela huset består av frivilliga". Volontärombud finns. En volontär kommer en dag i veckan till verksamheten och har högläsning.

3.6.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar väl inom detta område och att ska-kraven uppfylls. Kulturombud och volontärombud finns i verksamheten. Kontoret ser positivt på att det finns en aktivitetsansvarig som samordnar och planerar olika aktiviteter i verksamheten. I huset finns mycket frivillig verksamhet och enskilda har möjlighet att ta del av ett stort utbud av aktiviteter även här, vilket är mycket positivt.

3.7 Hälso-och sjukvård

Ska-krav

- Journalföring av hälso-och sjukvården **ska** föras och förvaras i enlighet med patientdatalagen, samt förvaras åtskilda från de anteckningar som görs i den övriga verksamheten
- namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska **ska** finnas för den enskilde
- dokumenterade rutiner **ska** finnas mellan vårdkedjans olika funktioner och nivåer, samt mellan utförare och mellan huvudmännen
- distriktssköterska/sjuksköterska **ska** ha förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel
- legitimerad personal **ska** säkerställa att omvårdnadspersonal har den utbildning och kompetens som behövs för att utföra delegerade arbetsuppgifter
- verksamheten **ska** vara ansluten till Svenska palliativregistret samt aktivt använda systemet i verksamhetens kvalitetsutveckling
- palliativt ombud (sjuksköterska) **ska** finnas
- verksamheten **ska** vara ansluten till det nationella kvalitetsregistret Senior Alert samt aktivt använda systemet i verksamhetens kvalitetsutveckling
- omvårdnad i livets slut **ska** ske med värdighet och respekt
- föreskrivna hygienregler **ska** uppfyllas och god hygien upprätthållas så att smittspridning förhindras
- hygienombud **ska** finnas och tillse att hygienrund genomförs
- utföraren **ska** följa regler och riktlinjer samt utfärda intygsunderlag för subventionerad

tandvård. All vårdpersonal **ska** genomgå landstingets utbildningar i munhygien och kontaktpersons ansvar. Utföraren ska utse kontaktperson

- den medicintekniska utrustningen **ska** hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven

3.7.1 Iakttagelser

Vid intervjun med legitimerad personal berättas att det finns en sjuksköterska i verksamheten på 100 %, vilket är fördelat till båda verksamheterna Nora och Ödhumla. På kvällar och helger är det joursjukvården som ansvarar för verksamheten och på nätter är det natthemsjukvården. Gott samarbete finns med läkare och rond sker på verksamheten varje måndag. Enskild och/eller anhöriga kan medverka om önskemål finns.

När det gäller läkemedelsgenomgångar berättar sjuksköterskan att detta åligger hemvården för dem som har hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Dock påkallar sjuksköterskan behov direkt till läkaren eller till sjuksköterskan i hemvården. De som vistas på Nora har enligt sjuksköterskan övervägande lite kontakt med hemvården men där hjälpbehov observeras tar sjuksköterskan kontakt med anhöriga, biståndshandläggare etc. efter enskilds tillåtelse.

Sjuksköterskan har gått utbildning inom munhälsa men uppger sig inte vara utfärdare av underlag för subventionerad tandvård utan menar att detta åligger hemvården. Dock rapporteras behov vidare till hemvården om detta uppmärksammas. Omvårdnadspersonalen uppger sig vara noga med munhälsan hos de som kommer till verksamheten och berättar att de kontaktar sjuksköterskan om de upptäcker något behov.

Sjuksköterskan tillsammans med en undersköterska i verksamheten har gått utbildning och är hygienombud. Sjuksköterskan ansvarar för egenkontrollen av basala hygienrutiner och uppger att detta sker kontinuerligt.

Samtliga intervjuade uppger att verksamheten har utarbetade rutiner kring vård i livets slutskede, dock berättas att detta sällan inträffar. Den intervjuade sjuksköterskan är utsett till palliativt ombud och verksamheten är registrerad i svenska palliativregistret⁴. Legitimerad personal framför att extra vak kallas in om önskemål finns från anhöriga, och den frågan ställs alltid. Omvårdnadspersonalen uppger att extra vak inte kallas in, då det inte upplevts behövas då de "turats om" att vara hos den döende.

Registrering och arbete med Senior Alert⁵ fungerar bra enligt samtliga intervjuade. Under intervjuerna framkommer att det finns rutiner och utsedd ansvarig för medicintekniska produkter. Arbetet inom detta område upplevs av de intervjuade fungera bra.

⁴ Registret syftar till att på patientnivå mäta och jämföra god vård i livets slutskede såväl internt som externt i syfte att säkerställa ett kontinuerligt förbättringsarbete inom området.

⁵ 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.

Legitimerad personal berättar att de behov som finns av hälso- och sjukvårdsinsatser i dags läget är medicingivning, såromläggning, insulin och KAD (kateter). Just för tillfället finns ingen person inskriven med resistent bakterier, skulle det komma beläggs inte ett av rummen i lägenheten då hygienutrymme delas.

3.7.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att verksamheten överlag fungerar väl inom detta område. Det förefaller finnas ett gott samarbete med andra viktiga berörda kring de enskilda så som t ex hemvården. Palliativt ombud finns i verksamheten. När det gäller vård i livets slut och möjlighet till extra bemanning (extra vak) fanns en diskrepans i svaren. Konsekvensen av att extra vak inte tas in, utan att personalen "turas om" kan bli att en döende person lämnas ensam. Detta är enligt kontoret inte acceptabelt och utföraren bedöms inte fullt ut uppfylla ska-kravet att omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur detta ska uppfyllas och även implementeras hos samtliga i personalgruppen.

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Ska-krav

- behov av arbetsterapeut och sjukgymnast **ska** tillgodoses
- den enskildes behov av rehabilitering **ska** bedömas och tillgodoses under vistelsen på korttidsplats, dagverksamhet
- all personal **ska** ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande förhållnings- och arbetssätt såväl dag som natt
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt **ska** ges till personalen

3.8.1 Iakttagelser

Arbetsterapeuten har en 75 % tjänstgöringsgrad som är fördelad till ca 25 % på Nora och 50 % till hemvården (en flexibilitet finns vid behov). Sjukgymnasten arbetar 50 % och finns på plats måndag till torsdag på Nora.

Varje vecka hålls rehabiliteringsmöten med omvårdnadspersonalen där alla vårdtagares hälsotillstånd går igenom och diskuteras. För att få en överblick berättar legitimerade att de även försöker vara ute på avdelningen så ofta som möjligt för att stötta och handleda omvårdnadspersonalen. Dessa professioner medverkar också vid andra regelbundna träffar/möten i verksamheten så som t.ex. APT, Senior Alert möten. Sjukgymnasten medverkar också i enhetsledningsmöten var tredje vecka där bland annat ledning och sjuksköterska är med. De legitimerade är också med vid inskrivningssamtalen när ny vårdtagare kommer till verksamheten för första gången.

Kriterierna för när omvårdnadspersonalen ska kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast finns inte i någon skriftlig rutin dock uppger samtliga intervjuade att de känner sig trygga med när kontakt ska tas och att detta säkras upp genom täta och kontinuerliga teammöten professionerna emellan. Omvårdnadspersonalen framför att de har ett gott samarbete och får bra stöttning av arbetsterapeut och sjukgymnast när de påtalar ett behov.

När det gäller rutin för fallprevention finns en osäkerhet om denna tagits bort, vilket uppges av legitimerad bero på att arbetet med registrering i Senior Alert startat samt tillsättande av funktionen MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Kontoret bad de legitimerade kontrollera detta och återkomma, vilket sker kort efter avtalsuppföljningen och svaret var att rutinen finnas kvar. Vidare berättas att funktions- och aktivitetsbedömningar genomförs likväl som bedömning av fallrisk då ny vårdtagare flyttar in.

Delegerade uppgifter uppges vara att t ex hantera ortoser (kroppsburet hjälpmedel för stöd) och säkerställs genom signumlistor. Oftast är det en ur personalgruppen som får ansvaret för en delegerad uppgift. Gångträning uppges vara en av de uppgifter som ordinerar och det varierar om signumlista förs. Det framkommer en osäkerhet huruvida ordinerade uppgifter är delegerade då de utförs av omvårdnadspersonalen.

På frågan om de intervjuade ser något förbättringsområde inom rehabilitering är svaret "att allt går alltid att göra bättre" men det finns inget de kommer på i dags läget. Däremot lyfts verksamhetens arbete kring rehabilitering fram som något de är stolta över. De arbetar ständigt för att de personer som kommer till Nora på växelvård ska förbättra och/eller bibehålla sina funktioner så långt det är möjligt. Att ständigt motivera de enskilda till att göra så mycket som möjligt själva. Men också på alla sätt försöka säkerställa att detta även fortgår de veckor personen är hemma i ordinarie bostad genom att exempelvis ge tips och idéer till anhöriga eller samverka med hemvården.

3.8.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar övergripande väl inom detta område. Verksamheten har flera forum för teamsamverkan med fokus på den enskilde. Arbetsterapeut och sjukgymnast förefaller vara väl synliga och stöttande i verksamheten och vardagsrehabilitering genomsyrar det dagliga arbetet hos alla yrkeskategorier. Vid intervjuerna beskrivs fallpreventionsarbetet på ett bra sätt. Dock uppfattade kontoret att det fanns en otydlighet kring skillnaden gällande delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och begär i handlingsplan ett kort förtydligande vad som avses. (För information: riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter kommer inom kort att skickas ut från MAS/MAR).

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

Ska-krav

- journalföring och dokumentation av socialtjänst **ska** föras och förvaras i enlighet med föreskrifter och allmänna råd samt samlas i ärendeakt för varje person
- varje beställning **ska**, vid korttidsplats och dagverksamhet, omsättas till en genomförandeplan som ska undertecknas av den enskilde. En kopia på genomförandeplanen **ska** vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar.
- Om den enskilde redan har insatser i hemvården **ska** genomförandeplanen följa med till vistelsen på korttidsplatsen
- den enskilde och dennes närstående **ska** få information och introduktion om praktiska frågor inför vistelse på korttidsplats, dagverksamhet. Informationen **ska** även ges skriftligt

- den enskilde ska göras delaktig i sin egen vård och omsorg

3.9.1 Iakttagelser

I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en granskning av den sociala dokumentationen. Totalt 11 akter granskades. Vid detta tillfälle framkom ett flertal förbättringsområden, bland annat att formulera individuella mål/delmål, tydligt beskriva *När* och *Hur* stöd/hjälp ska utföras, förtydliga *hur* enskild/legal företrädare haft inflytande och varit delaktiga i det praktiska genomförandet av insatserna, förtydliga i journal ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut, *för mer information se bilaga 1*. Sammanställning av dokumentationsgranskningen skickades till verksamhetschef kort efter granskningen.

I intervjun med ledningen framkom en osäkerhet gällande dokumentationen kring enskildas deltagande vid aktiviteter. Ledningen berättade att den aktivitetsansvarige har en lista där deltagande registreras men att detta inte dokumenteras i den sociala journalen. Omvårdnadspersonalen berättade dock att den aktivitetsansvarige dokumenterar i den sociala journalen men om personalen själva hållit i aktiviteter på helgen har de själva dokumenterat detta, även när personerna tackat nej till aktivitet. I dokumentationsgranskningen framkom brister i dokumentationen inom detta område, *se bilaga 1*. Det var oklart vad som genomförts under vistelseperioden där aktiviteter var en del.

Samtliga personer som är inskrivna på Nora har en genomförandeplan enligt omvårdnadspersonalen. Denna upprättas oftast i samband med ankomstsamtal/inskrivningen och medverkande är kontaktman, legitimerad personal, enskild och/eller anhörig/närstående om så önskas. Ledningen framför en osäkerhet i fall mål och delmål är tydligt beskrivet i planerna. Omvårdnadspersonalen berättar att mål och delmål finns i genomförandeplanerna, dokumentationsgranskningen visade dock att dessa är av övergripande karaktär och mer standardiserade än på en individnivå, *se bilaga 1*.

När det gäller överrapporteringstid mellan de olika arbetspassen finns detta schemalagt enligt ledningen. Omvårdnadspersonalen framför att överrapportering sker både muntligt och genom läsning av dokumentationen och likt ledningen bekräftar personalen att tid till detta finns inlagt i schemat.

3.9.2 Kontorets kommentar

Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 4 mars vid verksamheten och där framkom ett flertal brister. Verksamheten har tagit del av en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick, *se bilaga*.

Kontoret förutsätter att förbättringsarbete och åtgärder startades omgående efter att sammanställningen mottagits. Förutom dokumentationsskyldighet enligt lag och ska-krav har Vård & bildning i åtagandet för 2013 under olika avsnitt tydligt beskrivit hur den individuella planeringen kring vård och omsorg ska säkerställas ⁶. Kontoret begär i handlingsplan en

⁶ Exempelvis under punkt 3.6.5 s 27-28 i Åtagandet för 2013

redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen.

Ny dokumentationsgranskning kommer att ske under juni månad i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt författningar och krav i avtal.

3.10 Avvikelse och klagomålshantering

Ska-krav

- **ska** ha dokumenterad rutin för lokal synpunkts-/klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig för att lämna synpunkter på verksamheten. Den som lämnat in synpunkt/klagomål ska få svar eller besked om när ett svar kan ges
- **ska** ha dokumenterade rutiner med instruktioner för Lex Sarah-anmälan
- **ska** ha dokumenterad rutin för avvikelshantering inklusive Lex Maria

3.10.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkommer att rutin för avvikelshantering finns. Denna förefaller vara implementerad i personalgruppen. Avvikelse lyfts och diskuteras på tvärprofessionella teammöten som sker ca en gång per månad. Förutom verksamhetschef och legitimerad personal medverkar även omvårdnadspersonal. Dessa möten ligger i anslutning till de s.k enhetsledningsmötena där verksamhetschef, driftledare, planerare och legitimerad personal deltar.

Hos samtliga intervjuade i personalgruppen förefaller rutinen för synpunkts- och klagomålshantering vara väl känd. I verksamheten finns en blankett där den som har någon synpunkt eller klagomål kan skriva ner sina åsikter. Denna sitter väl synlig vid hissarna på avdelningen. Återkoppling sker omgående till den enskilde/berörde och kontinuerligt till personalen på arbetsplatsträffar (APT) var fjärde vecka. Skriftliga synpunkter/klagomål inkommer till verksamheten såväl som muntliga. Om de sistnämnda alltid dokumenteras av den som tar emot är dock osäkert.

Verksamhetschefen berättade att muntliga synpunkter/klagomål oftast åtgärdas direkt och skrivs inte alltid ner men att erbjudande om att skriva ner dem görs, dock tackar enskilda ibland nej till detta. Omvårdnadspersonalen framförde att om de får kännedom om något klagomål så löser de det direkt eller hänvisar till chefen eller/och sjuksköterskan, beroende på vad ärendet gäller, och att detta inte alltid dokumenteras.

Vidare förefaller Lex Sarah vara känd och implementerad hos samtliga medarbetare. Omvårdnadspersonalen lyfte fram att information om bland annat Lex Sarah ges vid introduktionen av nyanställning men även kontinuerligt under året.

3.10.2 Kontorets kommentar

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelshantering finnas och vara väl implementerad i personalgruppen. Rutin finns också för skriftliga klagomål och synpunkter, men inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Detta försvårar egenkontrollen av verksamheten och medför att det inte går

att härleda hur många klagomål och synpunkter som inkommit och verksamheten kan heller inte arbeta systematiskt så att brister förhindras att uppstå igen.

Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringsystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6,7-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att Nora är en välfungerande verksamhet på många sätt. Kontoret fann dock brister i förhållande till krav i avtal och begär en handlingsplan inom vissa områden, för mer information se avsnitt **1. Sammanfattning**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under avsnitt **1.2 Krav på åtgärder**.

Kontoret lyfter också fram i rapporten några förbättringsområden där handlingsplan ej begärs in men där kontoret förutsätter att verksamheten omgående åtgärdar de påtalade områdena. Kontoret utgår också från att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att ständigt utveckla och förbättra verksamheten.

Ledningen för verksamheten lyfte avslutningsvis fram till kontoret att besluten på korttidsvård inte alltid är aktuella samt att beställningar inte alltid inkommer i tid till verksamheten. Kontoret har mars 2014 fört in detta i organisationens synpunkt/klagomålshanteringsystem och även i direktkontakt framfört detta till biståndshandläggarnas sektionschef Yvonne Jonsson.


Bilaga 1: Sammanställning: granskning av den sociala dokumentationen 2014-03-04

Övrig information till verksamheten: Äldrenämnden tog i februari beslut om riktlinjer för korttidsvård (ALN-2013-0274), vilka bifogas med rapporten, bilaga 2.

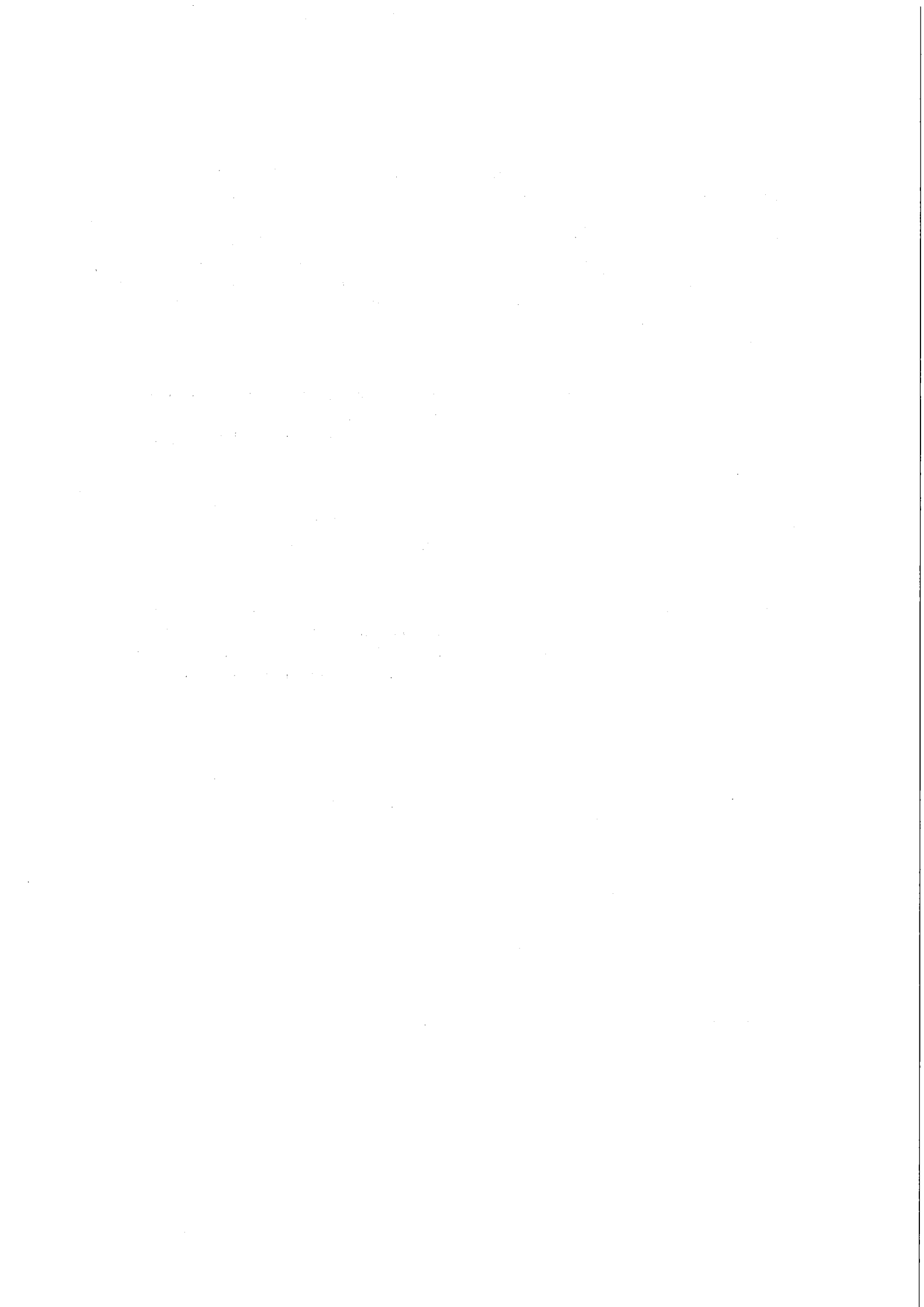
Kontoret för hälsa, vård och omsorg



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg
Avdelningen för avtal och uppföljning



Eva Erikson
Uppdragsstrateg



Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2014-03-05

Granskning av social dokumentation vid Nora växelvårdsboende, Vård och Bildning, 2014-03-04.

Social dokumentation under genomförandet

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.

Syfte

I samband med avtalsuppföljning genomförs en granskning av den sociala dokumentationen. Syfte med granskningen är att se om 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. Samtycke inhämtades av verksamhetschef utifrån de brukare som vistades på Nora under vecka 8 och 9.

12 brukare lämnade sitt samtycke. Granskning har genomförts i 11 personakter/ journaler.

Resultat

Samtycke

- Anteckning *saknas* i samtliga journaler att den enskilde samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal för dokumentationsgranskning.

Beställning

- Giltig beställning finns för 10 av 11 brukare.

Genomförandeplan

- Finns för samtliga brukare. I akt där beställning passerat till och med datum saknas giltig genomförandeplan.
- Namngiven kontaktman, upprättandedatum samt underskrift från den enskilde *finns*.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns*.
- Mål/delmål *finns* vilka är av övergripande karaktär och standardiserade.
- HUR man utför en insats är *inte* beskrivet.
- NÄR man utför insatsen är *inte* beskrivet i genomförandeplanen, beskrivningen av när insatsen ska göras är att det ska utföras under beslutsperioden som exempel 2014-01-01--2015-01-01.

Journalanteckningar

- Den enskildes delaktighet i planering och utförande av insatser utifrån genomförandeplanen *saknas* i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta *saknas* i anteckningarna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta *saknas*.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål *saknas* i anteckningarna.
- I de flesta journalerna framkom många anteckningar av HSL karaktär.
- I de flesta journalerna bestod flertalet av anteckningarna av exempelvis ”åkt hem” ”har idag kommit”, ”vikt. I journaler framkommer anteckningar att brukaren åkt hem från Nora men inga anteckningar att brukaren kommit till Nora eller vad som utförts under vistelse perioden.

Samverkan

- Samverkan både inom och utanför verksamheten gällande den enskilde framkommer.

Kommentar

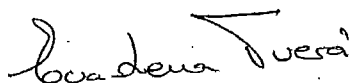
Signeringslistor gällande aktivitet förekommer för varje brukare men utförda aktiviteter har inte skrivits in i journal. Dialog förts med verksamhetschef gällande aktivitetslista för brukare.

Sammanfattning

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen utifrån SOFS 2006:5, SoL

Åtgärds punkter

- Att förtydliga mål/delmålen genom att beskriva individuella mål med vistelsen.
- Att förtydliga i genomförandeplanen HUR man utför insatsen.
- Att förtydliga tidpunkter NÄR insatsen ska utföras. Om NÄR inte kan fastställas ska det framkomma att det är utifrån brukarens önskemål.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen i dokumentationen.
- Att förtydliga i journal ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut

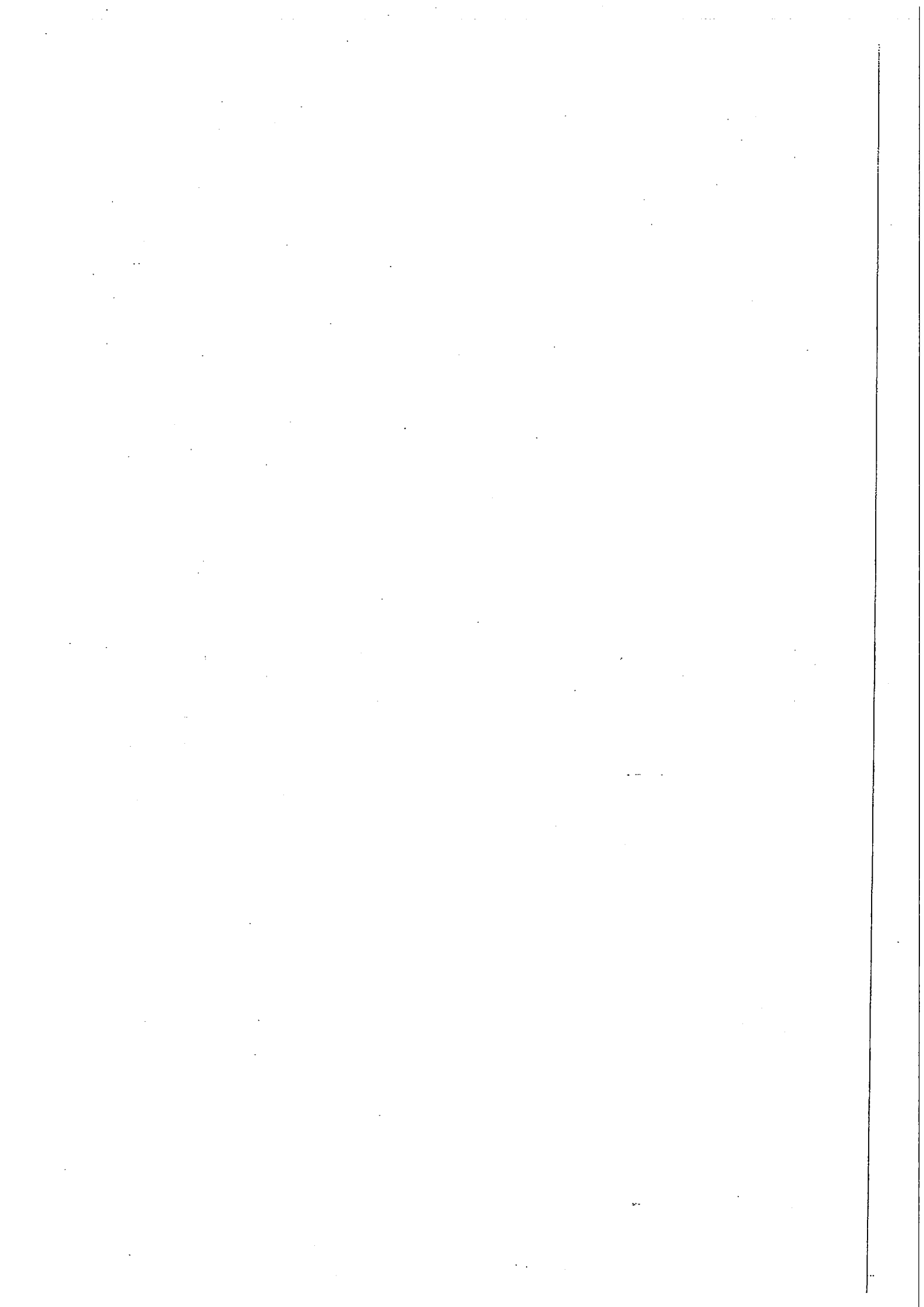


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Mia Lannstål
Uppdragsstrateg Mia Gustafsson*



Handläggare
Mia Gustafsson

Datum
2014-04-07

Diarienummer
ALN-2014-0052

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Korttidsvårdsenhet Nora
Verksamhetschef: Mia Lannstål
Handlingsplan HVK tillhanda senast: **29 april 2014**

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, 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: Korttidsvårdsenhet Nora (ALN-2014-0052)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
3.4 Kontaktmannaskap Beskriv hur ska-kravet gällande anhörigträffar ska tillgodoses fullt ut?	Information och erbjudande om träff 1 ggr/termin vid ankomstsamtalet.	Verksamhetschef	Klart hösten 2014	Kontinuerligt vid anhörigträffar Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse	Godkänd	
3.4 Kontaktmannaskap Beskriv hur ska-kravet gällande brukarråd ska uppnås?	Erbjuda kunderna brukarråd vid månadsvisa träffar med aktivitetsvärdinna och driftledare. Dessa möten rapporteras vid enhetsledningsmöten. Vid behov återkopplas direkt till verksamhetschef.	Verksamhetschef	Klart hösten 2014	Kontinuerligt vid alla enhetsledningstillfällen Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse	Godkänd	
3.7 Hälso-och sjukvård Beskriv hur verksamheten ska säkra OCH implementera så omvårdnad i livets slut sker fullt ut med värdighet och respekt (vilket givetvis omfattar behov dygnets alla timmar).	Vi följer Nationell riktlinje för god palliativ vård i livets slutskede. I värdegrunden uttrycks vikten av att individen ska få sin rätt till integritet och sin rätt till självbestämmande respekterad. Kund och anhöriga tillfrågas om	Verksamhetschef	Pågår	Palliativa registret med uppföljning vid enhetsledningsträffar	Godkänd	Kund eller anhörigs önskan om extra vak kan förändras under förloppet. Kontoret förväntar sig att beredskap/resurs finns för att möta behov som hastigt förändras.

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>de önskar få extravak insatt som resurs i livets slutskede. Önskemålen varierar och långt ifrån alla önskar ha extravak medan andra vill ha det.</p> <p>Vi respekterar vad kund och anhörig önskar i enlighet med nationell riktlinje och personcentrerad vård.</p>					
<p>3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov Beskriv hur arbets sättet ser ut vid delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. (Vilket ska omfatta säkrande av måleffekt hos enskild i båda fallen).</p>	<p>Delegering och ordination Med delegering menas att hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation med formell kompetens för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Legitimerad personal kan alltså bara delegera sådana uppgifter som inbegrips i denna</p>	Verksamhetschef	Pågår	Följs upp kontinuerligt vid rehabiliteringsmöten med personalen och i den dagliga kontakten mellan sjukgymnast/arbetsterapeut och medarbetare.	Godkänd	Utifrån svaren förefaller det som verksamheten är uppdaterad i nya riktlinjen för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter som beslutats av äldrenämnden (ALN-2014-0149), vilket är positivt.

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>specifika formella kompetens. Om legitimerad ordinerar t ex gångträning inom allmän omvårdnad så kan inte detta delegeras eftersom det inte faller inom detta område. Det blir då en ordination och en instruktion till personal.</p> <p>Måleffekt för enskild av delegering är beroende av vad uppgiften innefattar för enskild kund Måleffekt av instruktion efter ordination är beroende av biståndshandläggarens intention med beslutet och kundens önskemål om effekt av ordination.</p>					
<p>3.9 Informationsöverföring och dokumentation Beskriv hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda de</p>	<p>Genomgång av granskningsresultatet vid APT i april. Ny rutin för SoL-</p>	<p>Verksamhetschef</p>	<p>Hösten 2014</p>	<p>Journalgranskning hösten 2014</p>	<p>Kontoret avvaktar med att fatta</p>	<p>Kontoret noterar att personalen i verksamheten fått utbildning i social dokumentation samt</p>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
förbättringsområden som dokumentationsgranskningen påvisade.	dokumentation är klar första maj. Personalen vid Nora får utbildning och genomgång av denna rutin och i SoL-dokumentation den 5 och 12 maj.				beslut till efter att den andra dokumentationsgranskningen genomförts i juni månad.	genomgång av ny rutin i början av maj. Kontoret förutsätter att extra resurs sätts in för åtgärder av bristerna som dokumentationsgranskningen visade den 4 mars. Kontoret förväntar sig att den nya dokumentationsgranskningen som äger rum i juni månad visar att ett förbättringsarbete startat i verksamheten. Verksamheten har då haft ca 3 månader på sig att åtgärda bristerna.
3.10 Avvikelser och klagomålshantering Redogörelse för rutin gällande hantering av muntliga synpunkter/klagomål	Rutin finns RU 142, (bifogas). Verksamhetschef följer denna	Verksamhetschef	Omgående	Månatligen via APT Patientsäkerhetsberättelse	Godkänd	
3.10 Avvikelser och klagomålshantering Redogörelse av rutin för sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt	Ny rutin klar under maj där synpunkter och klagomål systematiskt samlas och analyseras övergripande och lokalt. På Nora	Verksamhetschef	Pågående	Månatligen via APT Patientsäkerhetsberättelse	Godkänd under förutsättning att rutinen delges	Kontoret begär att senast sista juni få ta del av rutinen som ska vara klar under maj månad.

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
SOSFS 2011:9 kap5 §§6, 7-8	analyseras dessa fortlöpande på arbetsplatsträffar och årligen i samband med Patient-säkerhetsberättelse				kontoret och är tydligt utformad för ändamålet	

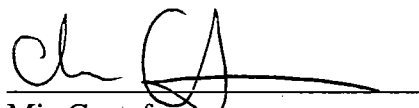
2014-06-26

Kontorets bedömning och avslutande kommentarer gällande avtalsuppföljningen vid Nora

Avtalsuppföljning genomfördes vid verksamheten 3 mars 2014. Handlingsplan inom ovanstående områden begärdes in och inkom 2014-04-29. Kontoret godkände alla områden med undantag från att kontoret avvaktade beslut kring dokumentationen efter att andra granskningen skett i juni, vilket beskrivs i svaren ovan i handlingsplanen. Kontoret begärde också ta del av rutin som presenterades under område 3.10 avvikelser och klagomålshantering.

2014-06-13 inkom den av kontoret efterfrågade rutinen inom området **3.10 Avvikelser och klagomålshantering**. Rutinen bedöms fullt acceptabel och därmed godkänns detta område.

2014-06-16 genomför kontoret den andra dokumentationsgranskningen i verksamheten. Resultatet påvisar inte att ett förbättringsarbete startat i verksamheten så som kontoret förväntat. Dock framkom tydligt beskrivna åtgärder i handlingsplanen och kontoret förutsätter att verksamheten fortsätter förbättringsarbetet med dokumentationen i positiv riktning. Omgranskning av dokumentationen kan komma att ske under hösten. Kontoret önskar dock ta del av verksamhetens egenkontroll av dokumentationen som beskrivs ska ske under hösten (vilket för kontoret innebär senast sista oktober) under **3.9 Informationsöverföring och dokumentation**.


 Mia Gustafsson
 Uppdragsstrateg

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2014-06-25

Granskning av social dokumentation vid Nora växelvårdsboende, Vård och Bildning, 2014-06-16.

Bakgrund

På uppdrag av Avdelningen för avtal och uppföljning genomfördes den 4 mars 2014 dokumentationsgranskning vid växelvårdsboendet Nora.

Vid granskningen framkom åtgärds punkter i den sociala dokumentationen, se tidigare utskickad sammanställning "Granskning av social dokumentation vid Nora växelvårdsboende, Vård och Bildning, 2014-03-04."

En ny dokumentationsgranskning genomfördes 16 juni 2014.

Syfte

I samband med avtalsuppföljning genomförs en granskning av den sociala dokumentationen. Syfte med granskningen är att se om 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. Samtycke inhämtades av verksamhetschef utifrån de brukare som vistades på Nora under vecka 8 och 9, 2014. 12 brukare lämnade sitt samtycke. Granskning har genomförts i 12 personakter/ journaler.

Resultat

Samtliga förbättringsområden från granskning 2014-03-04 kvarstår.

Åtgärds punkter

- Att förtydliga mål/delmålen genom att beskriva individuella mål med vistelsen.
- Att förtydliga i genomförandeplanen HUR man utför insatsen.
- Att förtydliga tidpunkter NÄR insatsen ska utföras. Om NÄR inte kan fastställas ska det framkomma att det är utifrån brukarens önskemål.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen i dokumentationen.
- Att förtydliga i journal ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut
- Att dokumentera i journal vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.

Social dokumentation under genomförandet

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.

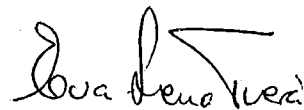
Dokumentationen är beviset på den hjälp samt den omvårdnad som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts utifrån planeringen tillsammans med den enskilde.

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.

Kommentar

Signeringslistor gällande aktivitet förekommer för varje brukare *men utförda aktiviteter har inte skrivits in i journal* detta framkom inte i den löpande texten.



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Mia Lannstål
Uppdragsstrateg Mia Gustafsson*