

Handläggare  
Mia Gustafsson  
Eva Erikson

Datum  
2013-06-04

Diarienummer  
ALN-2013-0037.30

Äldrenämnden

## Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Höganäs

### 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 vård- och omsorgsboendet Höganäs den 18 mars 2013 som framgår av rapporten. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning den 26 februari, vilken ingår i rapporten (bilaga 1). Höganäs är ett av de två första vård- och omsorgsboenden där den nya upphandlingsformen tillämpats, vilket innebar förändringen från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud med tillägg av 8 utvärderingsområden innehållande 13 mervärden.

Uppföljningen visade att det förelåg ett fåtal brister och förbättringsområden.

Handlingsplan inkom den 27 maj (bilaga 2). Då avtalet är nytt fann kontoret det lämpligt att redan i rapporten bjuda in utföraren till möte. Syftet var att möjliggöra för utföraren att även muntligen redogöra för de vidtagna åtgärderna men också att kontoret i direkt dialog ville försäkra sig om att innebörden av mervärdena var tydligt för utföraren. Detta möte ägde rum 3 juni. Det framgick tydligt att utföraren förstått innebörden av mervärdena och svaren utifrån den inkomna handlingsplanen bedömdes som tillfredsställande och godkändes (bilaga 3). Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

På grund av brister i dokumentationen kommer dock en ny dokumentationsgranskning att ske under senare delen av hösten. Detta för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. Kontoret kommer återkoppla resultatet till äldrenämnden.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund  
Direktör



Handläggare  
Mia Gustafsson  
Eva Erikson

Datum  
2013-05-06

Diarienummer  
ALN-2013-0037.30

## Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Höganäs Uppsala kommun

### Beskrivning av verksamheten

Utförare och enhet	A&O Ansvar och omsorg AB Höganäs vård- och omsorgsboende
Adress	Torkelsgatan 42 Uppsala 753 29 Uppsala
Verksamhetschef	Johanna Vilmusenaho
Tfn och mailadress	018-727 24 11 073-440 00 01 johanna.vilmusenaho@ansvarochomsorg.se
Uppföljning utförd av uppdragsstrateger	Mia Gustafsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Ledning (verksamhetschef och VD), fyra omvårdnadspersonal (varav en samordnare), dag/kväll/natt, två sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast
Totalt antal platser	50 lägenheter
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning omvårdnad och demens
Avtalstid	2012-10-06 – 2015-10-05 + 3 år
Datum för uppföljning	2013-03-18

Vård- och omsorgsboendet drivs av vårdföretaget Ansvar och omsorg AB sedan oktober 2012 och inrymmer totalt 50 lägenheter. Huset består av två våningsplan. På bottenplanet finns en boendeenhet med 16 lägenheter för personer med demenssjukdom och en boendeenhet med 17 lägenheter för personer med stort omvårdnadsbehov. På plan ett finns ytterligare en boendeenhet med 16 lägenheter för personer med stort omvårdnadsbehov, samt en (1) korttidsvårdsplats.

Äldrenämnden beslutade om en ny upphandlingsform under 2011 som innebar en förändring från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud. Företaget som är nyetablerat i Uppsala vann upphandlingen och har sedan oktober 2012 drivit verksamheten med det nya avtalet. Förändringen från tidigare förfrågningsmaterial är ett tillägg av 8 utvärderingsområden innehållande 13 mervärden där utföraren själv får välja att erbjuda en högre kvalitet/mervärde utöver de ska-krav som är obligatoriska. Ansvar och omsorg AB valde att erbjuda en högre kvalitet/mervärde inom samtliga 8 utvärderingsområden.

## 1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Höganäs. Enheten drivs av vårdföretaget Ansvar och omsorg AB. Kontorets bedömning är att Höganäs är en välfungerande verksamhet på många sätt. Några fåtal brister och förbättringsområden finns dock. I detta kapitel beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna. Kontoret har valt att göra denna sammanfattning fylligare för att på några sidor ge läsaren en heltäckande bild. För en mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten. De av utföraren valda utvärderingsområden innehållande mervärden presenteras i tabell under respektive rubrik.

### 1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

#### Värdegrundsarbete

Vid uppföljningstillfället var det tydligt för kontoret att äldrenämndens antagna värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna är välkända och implementerade i verksamheten. Ett tydligt och strukturerat arbetssätt beskrivs i syfte att hålla detta levande i verksamheten. Ledningen framför att verksamheten ska genomsyras av ett värdebaserat tänkande och arbetssätt, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret förutsätter att detta utvecklingsarbete fortsätter i verksamheten.

#### Arbetsledning och bemanning

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har den bemanning som krävs då det bland annat beskrivs för HVK att bemanningen planeras utifrån avdelningarnas vårdtyngd och behov. Verksamheten bedöms ha en flexibilitet i verksamheten som utgår ifrån de enskildas behov. Grundläggande ska-krav gällande forum för handledning och reflektion kring bland annat arbetsuppgifter och arbetssätt anses uppfyllt.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
Ansvarig chef ska finnas på boendet alla vardagar minst sex timmar per dag måndag-fredag. Vid frånvaro p.g.a semester, sjukdom som är längre än en vecka skall ersättare finnas	Mervärdet bedöms uppfyllt
Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens	Mervärdet bedöms inte uppfyllt. HVK begär handlingsplan

#### Kompetens och utbildning

HVK ser att personalen vid Höganäs har en god grundkompetens för uppdraget och att ledningen kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. En väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns.

För att tydliggöra om ska-krav gällande personalens demensvårdskunskap uppfylls begär kontoret i handlingsplan en sammanställning som visar personalens kompetens inom detta område.

<b>Av utföraren utlovat mervärde</b>	<b>Kontorets kommentar</b>
All personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år	Mervärdet bedöms delvis uppfyllt. HVK begär handlingsplan

### **Kontaktmannaskap**

HVK bedömer att Höganäs fungerar väl på många sätt inom detta område. Innebörden av kontaktmannaskapet förefaller vara klart för alla vad det innebär, i alla dess delar. Kontoret får en bild av att det är den enskildes behov och önskemål som ligger i fokus och inte den dagliga logistiken vid verksamheten. Kontoret konstaterar dock att verksamheten inte infört brukarråd vilket är ett ska-krav. Ledningen framför dock att detta är på gång och beskriver hur planeringen ser ut, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret önskar dock att få denna planering beskrivet i handlingsplan.

### **Kost och måltider**

HVK anser att Höganäs fungerar väl inom detta område och att ska-kraven uppfylls. Kostombud finns på verksamheten. Äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltider och nutrition förefaller vara implementerade hos samtliga i personalgruppen. HVK ser positivt på den flexibilitet som beskrivs i syfte att tillgodose de enskildas behov och önskemål vid måltiderna.

<b>Av utföraren utlovat mervärde</b>	<b>Kontorets kommentar</b>
Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en tre-rätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning	Mervärdet bedöms uppfyllt

### **Aktiv och meningsfylld tillvaro**

HVK anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses. Kontoret noterar att kulturombud finns i verksamheten men inte volontärombud. Kontoret ser dock att verksamheten har ett samarbete med den ideella sektorn men anser att detta område skulle utvecklas vidare om ett volontärombud utses och vill i handlingsplan få en redogörelse när detta krav är tillgodosett.

<b>Av utföraren utlovat mervärde</b>	<b>Kontorets kommentar</b>
Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp	Mervärdet bedöms uppfyllt
Var och en som bor på boendet ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme per vecka (gäller ej utförande av personlig omvårdnad eller hjälp med bostad)	Mervärdet bedöms uppfyllt
Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater m.m ca tre timmar per tillfälle	Kontoret ställer sig tveksamt till att mervärdet uppfylls. HVK begär ett förtydligande i handlingsplan
Den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka	Mervärdet bedöms uppfyllt

### Hälsa-och sjukvård

Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. Kontoret ser positivt på att planering finns att engagera omvårdnadspersonalen mer i detta via skapandet av palliativa grupper. Dock arbetar verksamheten inte tillräckligt aktivt med riskbedömningar i Senior Alert enligt uppgift från utvecklingsledaren för registret. Kontoret ser detta som ett förbättringsområde som verksamheten omgående måste åtgärda. Det är också viktigt att ledningen säkrar så all personal förstår intentionen och det kontinuerliga arbetet med registren. HVK föreslår verksamheten att ta ny kontakt med utvecklingsledaren.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar	Mervärdet bedöms uppfyllt

### Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Kontoret bedömer att Höganäs fungerar väl inom detta område. De enskildas behov av bedömning och rehabilitering tillgodoses vid inflyttning. Kontoret ser att verksamheten strävar efter ett funktionsupphållande och rehabiliterande arbetssätt. I verksamheten finns ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas.

Av utföraren utlovat mervärde	Kontorets kommentar
En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka	Mervärdet bedöms uppfyllt
En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka	Mervärdet bedöms uppfyllt
Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema	Mervärdet bedöms uppfyllt.
Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %. Aktiviteten sker i grupp eller individuellt. Den individuella aktiviteten sker efter remiss från legitimerad personal/chef	Mervärdet bedöms uppfyllt. Dock finns förbättringsområden för verksamheten att arbeta vidare med.

### Informationsöverföring och dokumentation

Dokumentationsgranskning gjordes den 26 februari vid verksamheten och där framkom ett flertal brister inom omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens journalföring. Kontoret bedömer att de brister som framkommit i dokumentationsgranskningen omgående måste åtgärdas. Då det nya dokumentationssystemet inte varit i bruk under särskilt lång tid och ingen systematisk uppföljning skett så ser HVK det som att ett ömsesidigt lärande pågår.

Dock kommer ny dokumentationsgranskning att ske under hösten 2013 i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **Avvikelser och klagomålshantering**

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelser finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt synpunkts-och klagomålshanteringssystem, och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

Se vidare under respektive område i rapporten för utförligare beskrivning kring områdena.

### **1.2 Krav på åtgärder**

Handlingsplan för ovanstående brister ska inkomma till HVK senast **den 27 maj 2013**, 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](mailto: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, vilket tydligt framgår i förfrågningsunderlaget avsnitt 4.6 Avtalsuppföljningar och sanktioner. Här står också att läsa om sanktioner direkt kopplade till brister mot mervärdena.

De förbättringsområden som kontoret såg vid avtalsuppföljningen och som lyfts fram i denna rapport, men där handlingsplan inte krävs in, förutsätter kontoret omgående åtgärdas. Kontoret utgår också från att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att utveckla och förbättra verksamheten.

Kontorets uppfattning är att det finns ett behov av en dialog kring tolkning och innebörd av mervärdena och **bjuder in till möte den 3 juni**. Därmed kommer kontoret inte fatta beslut idag i frågan om sanktioner kopplade till brister rörande mervärdena utan avvaktar mötet.

## 2. Inledning

Vård- och omsorgsboendet Höganäs drivs av Ansvar och Omsorg AB på uppdrag av Uppsala kommun. Företaget är nytt i kommunen och Höganäs är det första vård- och omsorgsboende som drivs av Ansvar och Omsorg. Byggnaden består av två våningsplan. På bottenplanet finns en avdelning med 16 lägenheter för personer med demenssjukdom samt en avdelning med 17 lägenheter för personer med stort omvårdnadsbehov. På övre plan finns en omvårdnadsavdelning med 16 lägenheter samt 1 korttidsvårdsplats.

Det nya avtalet som började gälla 6 oktober 2012 är en förändring mot tidigare avtal. Äldrenämnden beslutade att förändra upphandlingsformen från lägsta pris till ekonomiskt mest fördelaktiga anbud. Förändringen innebar ett tillägg av 8 utvärderingsområden med tillhörande 13 mervärden där utföraren själv får välja att erbjuda en högre kvalitet/mervärde utöver de ska-krav som är obligatoriska. Ansvar och Omsorg AB valde att erbjuda en högre kvalitet/mervärde inom samtliga 8 utvärderingsområden.

### 2.1 Bakgrund

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.

### 2.2 Syfte

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 tertiärrapport och personalscheman har genomförts
- Kontoret har också tagit del av och gått igenom olika dokument så som tex förteckning över personalens utbildningsnivå dvs vårdbiträde resp undersköterskeutbildning, förteckning på genomgångna och kommande utbildningar för personalen



### 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, valda utvärderingsområden/ mervärden samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

#### 3.1 Värdegrundsarbete

##### *Ska-krav*

- Ska ha ingående kunskap om och bedriva verksamhet enligt en dokumenterad värdegrund som överensstämmer med äldrenämndens värdegrund för vård och omsorg

I maj 2012 beslutade äldrenämnden att lokala värdighetsgarantier ska gälla inom kommunens äldreomsorg med start 1 februari 2013. Utöver de kvalitetskrav som ställs på alla utförare lyfter de lokala värdighetsgarantierna fram några områden som särskilt ska följas upp. Personer som bor på ett vård- och omsorgsboende har, kortfattat beskrivet, rätt att: *påverka tidpunkten för promenad eller annan utevistelse, välja att promenera i grupp eller enskilt, få inskrivet i genomförandeplan hur och när utevistelsen ska ske, ha en lugn och trivsamt måltidsmiljö, påverka menyn och tidpunkt för måltider samt få en årlig läkemedelsgenomgång.*

##### 3.1.1 Iakttagelser

Äldrenämndens antagna värdegrund är välkänd och implementerad i verksamheten. Värdegrundsarbete lyfts fram som en av verksamhetens källor och det är tydligt i intervjuerna med samtlig personal att detta är ett fokus i verksamheten. Det beskrivs att två planeringsdagar hölls inledningsvis när företaget tog över verksamheten där värdegrundsarbetet genomfördes dagarna. Ledningen själv är tydlig med att verksamheten ska genomföras av ett värdebaserat tänk och arbetssätt och inte bedrivs på ett rutinmässigt sätt.

Samtliga intervjuade i personalgruppen berättar att vid första mötet med nya utföraren förstod de hur viktigt detta var. Det var tydligt att fokus ligger på ett respektfullt bemötande och att all vård och omsorg alltid ska ske utifrån den enskildes vilja och villkor. Detta är ett återkommande fokus vid verksamhetens alla möten och träffar men genomförs även i det dagliga arbetet.

Även kunskapen och innebörden om de lokala värdighetsgarantierna som nämnden införde 1:a februari i år föreföll vara kända hos samtliga av de intervjuade. Det berättas att värdeord kopplade till garantierna, äldrenämndens värdegrund men även den egna verksamhetens värdegrund ständigt diskuteras och bryts ner för att tydliggöra hur de kan komma enskilda till del på bästa och individuella sätt. Ett exempel som nämns är att utevistelse/aktivitet diskuterats i personalgruppen. Där lyfte ledningen fram vikten av att arbeta motiverande när någon tackar nej och att det är viktigt att det finns ett helhetstänk som utgår från den enskildes förmåga, intressen och önskemål, men också att personal ska vara tillmötesgående och hjälplig att hitta på aktiviteter.

Ledningen framför att på ett annat boende i företaget pågår ett projekt där reflektionstid finns inlagt i schemat för personalen. Målet är att införa detta på Höganäs under 2013. Syftet är att skapa ytterligare forum för personalen att lyfta, reflektera och analysera olika aktuella frågor/problem, allt utifrån ett värdebaserat arbetssätt.

Värdegrundsledare kommer inom kort att utses i verksamheten och utbildas för att driva och utveckla värdegrundsarbetet på Höganäs.

### 3.1.2 Kontorets kommentarer

Vid uppföljningstillfället var det tydligt för kontoret att äldrenämndens antagna värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna är välkända och implementerade i verksamheten. Ett tydligt och strukturerat arbetssätt beskrivs i syfte att hålla detta levande i verksamheten. Ledningen framför att verksamheten ska genomsyras av ett värdebaserat tänk, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret vill lyfta vikten av att fortsätta detta utvecklingsarbete så det tydligt säkerställs att samtliga berörda (boende, närstående, personal) har information om vad kravet innebär och vilket utfall som kan förväntas för den enskilde. Kontoret förutsätter att verksamheten i sin regelbundna egenkontroll fångar eventuella brister till följsamheten kring de lokala värdighetsgarantierna och återför dessa i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

## 3.2 Arbetsledning och bemanning

### *Ska-krav*

- bemanning ska finnas dygnet runt i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget
- enhet för personer med demenssjukdom ska ha personal på plats hela dygnet och minst två personer under dag- och kvällstid
- på omvårdnadsavdelningarna ska samma bemanningstäthet finnas under veckans alla dagar
- handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem ska finnas (demens).
- Utvärderingsområde (demens) - Schemalagd tid finns för handledning minst en gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens.
- ska ha verksamhetschef enl HSL, SOSFS 1997: 8. Stationerad ansvarig chef ska ha relevant utbildning på högskolenivå 80 hp eller Bolognaavtalet 120 p, samt minst två års erfarenhet av arbete inom området
- verksamhetschefen ska ha minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande anställning
- Utvärderingsområde - ansvarig chef ska finnas på boendet alla vardagar minst sex timmar per dag måndag-fredag. Vid frånvaro p.g.a semester, sjukdom som är längre än en vecka skall ersättare finnas

### 3.2.1 Iakttagelser

Enligt ledningen finns 45 anställda i verksamheten, därutöver tillkommer timanställd personal. Endast tre personer uppges ha slutat i samband med övertagandet, annars är personalgruppen densamma som innan byte av utförare.

Bemanningen dagtid på omvårdnadsavdelningarna är fyra personal fram till 13.00 därefter är det tre personal kvar på avdelningen. På demensavdelningen är man fyra personal hela tiden fram tills nattpersonalen kommer. Legitimerad personal framför dock att det vid lunchtid förekommer skiftbyten av personal vilket upplevs "olämpligt", som någon uttryckte det. Omvårdnadspersonalen uppger dock att det alltid är minst fyra personal över lunchen även om ett skiftbyte sker. Lunchraster för personalen planeras aldrig så de sammanfaller med de boendes lunchtid. Vidare framförs att det just nu är fem personal på demensavdelningen på förmiddagen då verksamheten har en språkpraktikant måndag till fredag 7.00 -12.00.

I verksamheten finns en samordnare som arbetar 50 % administrativt och är ansvarig för att organiserar det dagliga arbetet.

På natten arbetar tre personal i huset. Samtliga intervjuade uppger att demensavdelningen aldrig lämnas obemannad. Rutin finns gällande detta, men är under omarbetning. Om det av någon anledning blir extra stressigt på någon avdelning uppger personalen att detta inte ses som något problem då det vid dessa tillfällen alltid tas in extra personal.

När det gäller bemanning av legitimerad personal arbetar totalt tre sjuksköterskor i verksamheten med följande tjänstgöringsgrader; 92 %, 80 % och 75 %. På kvällen ansvarar företaget Privat nursing för vården och natttid är det kommunens natthemsjukvård. Arbetsterapeut och sjukgymnast innehar 50 % tjänstgöringsgrad vardera.

När det gäller handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem uppger de legitimerade och omvårdnadspersonalen att detta sker på teamträffarna som äger rum en gång per vecka eller spontant vid behov. Ledningen framför att reflektionstid ska införas där forum för detta kommer finnas och säger att implementeringen förutsätts vara klar i september/oktober.

Vidare framför ledningen att när det gäller handledning i demensfrågor kan vid behov extern konsult kallas in så som t.ex från äldrepsykiatrin eller demensteamet. Legitimerad personal uppger att handledning för detta är möjligt vid teamträffarna som äger rum en gång per vecka, vilket omvårdnadspersonalen instämmer i. Dock uppger dessa att de skulle önska mer stöd och stöttning i dessa frågor. Kontoret förtydligar innebörden av mervärdet för ledning i återkopplingen efter intervjuerna med en påföljande diskussion.

Verksamhetschefen är densamma som innan övertagandet. Denna innehar relevant kompetens så som sjuksköterska och har arbetat fyra år i arbetsledande ställning. Verksamhetschefen har alltid varit och kommer vara stationerad på verksamheten minst 6 timmar per dag måndag till fredag. En av sjuksköterskorna i verksamheten kommer att utses som ställföreträdare vid chefens frånvaro.

Vid huvudkontoret i Norrköping finns funktionen verksamhetsstöd som snabbt kan gå in som ersättare om behov skulle finnas. Ledningen uppger också att vid behov finns ett allmänt telefonnummer som är kopplat till en verksamhetschef i tjänst, vilket var känt för

personalgruppen vid intervjun.

Ledningen beskriver att flexibiliteten är stor i verksamheten och att arbetet snabbt kan omorganiseras efter rådande behov. Det har arbetats mycket med att stärka samarbetet mellan avdelningarna, att personalen blir en grupp och kan arbeta flexibelt i huset och inte avdelningsvis berättar ledningen. Även omvårdnadspersonalen berättar om detta vid intervjun och lyfter det som något positivt. Det framförs att ledningen upplevs mer delaktigare än tidigare och att det känns tydligt att ett personalperspektiv råder i verksamheten. Exempelvis berättas att företaget bjuder på fika varje fredag för personalen och att detta sker gemensamt med alla avdelningar. Men också att personalen uppmuntras till friskvård tex om träning sker fyra gånger per månad a lá 45 minuter belönas de med en biobiljett.

### 3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har den bemanning som krävs då det bland annat beskrivs för HVK att bemanningen planeras utifrån avdelningarnas vårdtyngd och behov. Verksamheten bedöms ha en flexibilitet i verksamheten som utgår ifrån de enskildas behov. Grundläggande ska-krav gällande forum för handledning och reflektion kring bland annat arbetsuppgifter och arbetssätt anses uppfyllt.

#### *Av utföraren utlovat mervärde*

*Ansvarig chef ska finnas på boendet alla vardagar minst sex timmar per dag måndag-fredag. Vid frånvaro p.g.a semester, sjukdom som är längre än en vecka skall ersättare finnas. Kontoret bedömer mervärdet som uppfyllt.*

*Schemalagd tid finns för handledning en minst gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens. Detta finns inte i verksamheten. Därmed är inte mervärdet uppfyllt. Kontoret förtydligade innebörden av mervärdet vid intervjun med ledningen som tog till sig detta och uppgav att åtgärder omgående skulle sättas in. Kontoret begär att få åtgärden beskriven i handlingsplan.*

## 3.3 Kompetens och utbildning

### *Ska-krav*

- ska bedriva god och säker vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens med ständig kvalitetsutveckling
- nyrekryterad tillsvidare och visstidsanställd personal (anställning i mer än 6 månader) ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning
- Ska inom avtalstiden erbjuda tillsvidareanställd personal som saknar utbildning en sådan
- personal som vårdar personer med demenssjukdomar ska ha dokumenterad demensvårdskunskap
- personal ska behärska svenska språket och vid behov kunna tillägna sig kunskap om andra kulturer och religioner
- personal ska ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot

- verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet
- Utvärderingsområde - all personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år

### 3.3.1 Iakttagelser

De flesta av medarbetarna vid Höganäs har undersköterskekompetens, endast sex saknar detta och av dessa uppges två personer nu validera och en står i kö för utbildning. Ledningen framför att de som utbildar sig får i samband med avslutande utbildning ett löneyft på 500 kronor/månad och tror att detta är en bra motivationsfaktor. Vid verksamheten finns ingen utbildad Silvia syster idag men enligt ledningen finns detta i företaget och planering finns att utbilda någon personal vidare på Höganäs.

Vid nyanställning uppges endast personer med undersköterskeutbildning anställas, gärna med erfarenhet. När det gäller introduktion av nyanställda framkom att Höganäs har en tydlig rutin för detta, vilken förefaller vara förankrad i personalgruppen. En fadder utses till den som kommer ny i verksamheten och det är denna som ansvarar för introduktionen. I introduktionsprogrammet ingår dubbelgång men även olika utbildningar så som i lyftteknik, brand, arbetsmiljö och hygien. Det sker en kontinuerlig uppföljning.

Legitimerad personal berättar att samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) sker. Ambitionen är att det ska ske med regelbundna träffar var 14:e dag enligt ledningen.

Ledningen framför att det i dagsläget finns en gemensam kompetensutvecklingsplan för alla medarbetare. Individuella kompetensutvecklingsplaner uppges inte hunnits med då prioritering legat på bland annat att implementera värdegrundarbete samt att förankra avtalet med tillhörande mervärden hos personalgruppen. Ett flertal utbildningar har dock ägt rum och fler är planerade, både hel och halvdagar. Kontoret tilldelas en tydlig lista där olika aktiviteter/utbildningar för personalen finns nedtecknat så som exempelvis värdegrundsutbildning, utbildning kring vårdhund, palliativ vård, munhälsa, brandskydd, dokumentationsutbildning kring genomförandeplan, utbildning för undersköterskor i att skriva riskbedömningar etc. I april månad kommer verksamhetschefen tillsammans med två ur personalgruppen att åka iväg på en planeringsdag. Där kommer hela företaget att delta och syftet är att prata om värdegrund, företagets mål 2013 och hur dessa ska uppnås.

Ledningen framför att individuella kompetensutvecklingsplaner för alla medarbetare med tydliga kort och långsiktiga mål kommer vara klara till juni 2013. Förberedande insatser för detta finns genom att alla medarbetare registrerar i en utbildningspärm vad de gått för utbildningar hittills, och börjat fundera på vad de själva anser sig ha behov av för kompetensutveckling.

Omvårdnadspersonalen bekräftar att de inte har några individuella kompetensutvecklingsplaner men säger samtidigt att de får ta del av olika utbildningar och att verksamhetschefen upplevs som positiv och lyhörd när någon har ett önskemål/behov. Denna uppges också vara aktiv med att föreslå olika kurser och utbildningar som kan vara aktuella för personalen att delta i.

Vidare framförs att några ur personalgruppen inom kort ska få åka iväg till ett annat av företagets boenden under någon dag och se hur de arbetar där med bland annat måltidssituationen, vilket de ser fram emot.

Legitimerad personal framför vid intervjun att de gått ett flertal utbildningar bland annat hygienutbildning, palliativ vård, heldagsseminarium om psykisk ohälsa hos äldre, etc. Logoped uppges nyligen ha haft en utbildning för personalen. Kommande är bland annat att legitimerad personal ska åka till ett av företagets boende i Järfälla och tillsammans med sjuksköterskorna där delta i en ledarskapsutbildning riktad för sjuksköterskor, vilket ses som mycket positivt.

### 3.3.2 Kontorets kommentar

HVK ser att personalen vid Höganäs har en god grundkompetens för uppdraget och att ledningen kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. En väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns.

För att tydliggöra om ska-krav gällande personalens demensvårdskunskap uppfylls begär kontoret en sammanställning som visar personalens kompetens inom detta område.

#### *Av utföraren utlovat mervärde*

*All personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år. Mervärdet bedöms delvis uppfyllt. Personalen saknar individuell kompetensutvecklingsplan, därmed bedöms inte mervärdet uppfyllt vid uppföljningstillfället. Dock framför ledningen under intervjun att förberedande arbete för detta startat och att samtliga anställda kommer att ha detta senast juni 2013. HVK begär i handlingsplan en redogörelse som styrker detta arbete.*

När det gäller kompetensutveckling enligt mervärdet har ett flertal utbildningar och kurser ägt rum sedan avtalets första halvår och fler är planerade, både hel och halvdagar. Kontoret har tilldelats en tydlig lista där olika aktiviteter/utbildningar för personalen finns nedtecknat, därmed bedöms denna del av mervärdet uppfyllt.

## 3.4 Kontaktmannaskap

### *Ska-krav*

- dokumenterade rutiner för kontaktmannaskap ska finnas
- brukarråd och anhörigträffar ska genomföras minst två gånger per år

### 3.4.1 Iakttagelser

Vid Höganäs har alla boende två kontaktmän, en ordinarie och en ställföreträdande. Omvårdnadspersonalen upplever att det är tydligt för den enskilde och anhöriga vilka som är kontaktmän. Kontaktmännen beskrivs ha en kontinuerlig kontakt med den enskilde och dess anhöriga/närstående och uppföljning kring den enskilde sker kontinuerligt. Omvårdnadspersonalen berättar att en timme avsätts varje vecka till egen tid med den boende de är kontaktman för, men att det kan bli två timmar i fall någon önskat en aktivitet som tar lite mer tid som tex ett besök ner till centrum.

Det är samordnaren i verksamheten som ansvarar för schemaläggning och de intervjuade betonar att det finns utrymme för att anpassa arbetet till de enskildas önskemål, stort som smått. Exempelvis berättas om flexibiliteten mellan avdelningarna, blir en aktivitet avbokad för någon boende för tex ett tandläkarbesök där anhörig vill följa med kan personalen nyttja den tiden med någon annan boende. Då egen tid är ett utvärderingsområde och i avtalet ligger under rubriken *Aktiv och meningsfylld tillvaro*, har valet gjorts att närmare beskriva detta under punkt 3.6 *Aktiv och meningsfylld tillvaro*.

Omvårdnadspersonalen framför att de arbetar motiverande, att de boende kan ha svårt att hitta på aktiviteter och att personalen då är behjälpliga. Denna diskussion är enligt de intervjuade återkommande på olika möten i verksamheten, hur personalen kan motivera, anpassningen till personens hälsostatus och förmågor, men givetvis utifrån behov och önskemål.

Anhörigas delaktighet och inflytande ses som en viktig del i verksamheten och det organiseras olika forum och träffar för anhöriga bland annat anhörigträffar ca två gånger per år. Ledningen berättar att dialog förts med boende om brukarråd, men intresset tolkas vara svalt. Ledningen framför dock att detta är viktigt i en verksamhet och planerar att inom kort genomföra ett brukarråd i samband med en eftermiddagsfika, för att se hur det tas emot.

Vidare berättar ledningen att det i företaget finns ett projekt som heter anhörigstiftelsen, där ett samarbete sker med ST Lukas stiftelsen. Syftet är bland annat att förbättra och utveckla stödet till anhöriga i t ex krissituationer. Detta finns vid en annan av företagets verksamheter i närliggande kommun och funderingar finns att ta kontakt med stiftelsen i Uppsala för att starta ett samarbete även vid Höganäs.

### 3.4.2 Kontorets kommentar

HVK bedömer att Höganäs fungerar väl på många sätt inom detta område. Innebörden av kontaktmannaskapet förefaller vara klart för alla vad det innebär, i alla dess delar. Kontoret får en bild av att det är den enskildes behov och önskemål som ligger i fokus och inte den dagliga logistiken vid verksamheten.

Kontoret konstaterar dock att verksamheten inte infört brukarråd vilket är ett ska-krav. Brukarråd syftar bland annat till att öka de boendes delaktighet gällande t ex verksamhetens innehåll, aktiviteter, trivsel och måltidsmiljö samt strukturerat fånga frågor och synpunkter från de boende. Ledningen framför dock att detta är på gång och beskriver hur planeringen ser ut, vilket kontoret ser positivt på. Kontoret önskar dock att få denna planering beskrivet i handlingsplan.

## 3.5 Kost och måltider

### *Ska-krav*

- mat och matservering **ska** tillämpa äldrenämndens ”Riktlinjer för mat, måltider och nutrition”
- måltidsmiljön ska stimulera till lugna, trivsamma måltider
- kostråd/kostombud ska finnas

- Utvärderingsområde - Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning.

### 3.5.1 Iakttagelser

På vård- och omsorgsboendet finns ett mottagningskök. Lunch och middag levereras från Sodexo, som utföraren har avtal med. Det framförs att måltiderna serveras flexibelt utifrån den enskildes behov men generellt enligt följande tider; frukost 8.00 -10.00, lunch 12.00, eftermiddagsfika 14.00, middag 17.00 samt kvällsfika 19.00. Två alternativ finns för de boende att välja mellan och varje dag serveras en efterrätt.

På helgerna serveras alltid en trerätters måltid och vin finns att få för dem som önskar. Personalen försöker skapa en trevligare och festligare stämning genom att duka finare, köpa in levande blommor, tända ljus etc. Vid eftermiddagsfiket ” *myser man lite extra*”, som personalgruppen uttryckte det, då kan det tex bjudas på kex, ost och vin eller något annat gott.

Vid avtalsuppföljningen ställs frågan hur verksamheten arbetar kring riktlinjer för mat, måltid och nutrition och utifrån svaren kontoret fick förefaller dessa vara förankrade hos samtliga medarbetare. Legitimerad personal berättar att när en ny person flyttar in vägs och mäts denne och dessutom sker kostregistrering. Viktkontroller görs därefter kontinuerligt och omvårdnadsplan tas fram när BMI (Body Mass Index) ligger under 22. Dietist finns att tillgå om frågor uppstår kring mat/nutrition. Energirik kost (E-kost) kan vid behov beställas från matleverantören. Om någon har behov av näringsdryck förs detta in på medicinlistan som en ordination. Legitimerad personal framför att de arbetar tätt ihop med omvårdnadspersonalen i dessa frågor för att säkerställa ett teamarbete som kommer den enskilde till del.

Två kostombud finns på varje plan. Deras främsta arbetsuppgifter framförs vara att beställa mat, få in rätt kost efter de enskildas behov och önskemål samt tillreda näringsdrycker. Men även observera och tillsammans med annan personal fånga upp önskemål/synpunkter från de boende.

Nattpersonalen tänker på nattfastan och uppger att de har en rutin som bland annat säkrar att alla alltid erbjuds kvällsmål men även lättare mål under natten om behov finns.

Samtliga intervjuade framför att de arbetar med att ständigt försöka skapa en lugn och trivsam måltidsmiljö för de boende. Tv:n är avstängd. Kryddor står på bordet och personalen tänker på att föra ett samtal kring måltiden om dess smak och lukt etc. Man arbetar med strukturerade placeringar för att försöka skapa en så bra måltidsmiljö som möjligt. Personalen framför att de är lyhörda för önskemål och försöker så långt det är möjligt att genomföra dem. Personalen sitter ner tillsammans med de boende vid måltiderna, vilket upplevs bidra till ett lugn vid måltiderna.

Enligt de intervjuade finns det i dagsläget ett flertal boende som är i behov av hjälp eller påputtning vid måltiderna. Detta uppfattas dock inte som något problem. I verksamheten uppges finnas en flexibilitet som underlättar då bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeut



och sjukgymnast är behjälpliga vid behov. Dessutom finns också några personer som arbetstränar i verksamheten samt av en person från daglig verksamhet som kommer och hjälper till i köket.

### 3.5.2 Kontorets kommentar

HVK anser att Höganäs fungerar väl inom detta område och att ska-kraven uppfylls. Kostombud finns på verksamheten. Äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltider och nutrition förefaller vara implementerade hos samtliga i personalgruppen. HVK ser positivt på den flexibilitet som beskrivs i syfte att tillgodose de enskildas behov och önskemål vid måltiderna.

#### *Av utföraren utlovat mervärde*

*Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid. Utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning. Kontoret anser mervärdet uppfyllt.*

## 3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro

### *Ska-krav*

- möjlighet till en aktiv och meningsfull dag ska erbjudas utifrån kundens behov, fysiska och psykiska tillstånd och intressen. Varje dag ska utformas så att den enskildes känsla av sammanhang stärks.
- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- Utvärderingsområde - Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp
- Utvärderingsområde – Var och en som bor på boendet ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme per vecka (gäller ej utförande av personlig omvårdnad eller hjälp med bostad)
- Utvärderingsområde – utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater m.m ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp.
- ska tillgodose den enskildes behov av utevistelse
- Utvärderingsområde – den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka
- samverkan med andra utförare, organisationer och ideella sektorn ska ske
- volontär-/frivilligombud ska finnas i verksamheten
- ska aktivt motta och genomföra passande erbjudanden som finns tillgängliga inom ”Kultur i vården”
- kulturombud ska finnas i verksamheten

### 3.6.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade berättar att en timmes personalledd gruppaktivitet erbjuds de boende vid Höganäs varje dag. På vardagarna håller oftast arbetsterapeut eller sjukgymnast i aktiviteterna och på helgerna är det omvårdnadspersonalen. Detta sker utifrån ett aktivitetsschema/planering som arbetsterapeut och sjukgymnast gjort. På varje avdelning

finns en aktivitetspärm där planering framgår och vid genomförd aktivitet signerar personalen, vilket kontinuerligt följs upp av arbetsterapeut och sjukgymnast. En kopia av aktivitetsplaneringen sitter även synlig på avdelningarna så anhöriga kan se. Exempel som ges på aktiviteter är promenader, sittgymnastik, sångstunder och diverse arrangemang som sker i verksamhetens aktivitetsrum.

På varje avdelning finns en strukturerad dagplanering som syftar till att underlätta det dagliga arbetet för omvårdnadspersonalen, samt säkra att olika sysslor utförs så som tex, dusch, städ men även aktiviteter, både grupp och individuella. Varje dag utses en aktivitetsansvarig ur personalgruppen på avdelningarna. Statistikblad fylls i när något utförts.

Vid intervjutillfället berättar ledningen att kontaktmännen i verksamheten ansvarar för att egen tid utförs minst en timme per vecka med de boende. Detta schemaläggs av samordnaren i verksamheten och tiden ligger utöver grundbemanningen. Samtliga i personalgruppen bekräftar detta och omvårdnadspersonalen berättar att det ibland kan bli två timmar i fall någon önskat en aktivitet som tar lite mer tid. Flexibilitet och samarbete mellan avdelningarna uppges vara det som underlättar detta. De intervjuade betonar att det finns utrymme för att anpassa arbetet till de enskildas behov och önskemål, stort som smått. Detta var dock otydligt i dokumentationen enligt den granskning som ägt rum, *se bilaga 1*.

Vidare ställer kontoret frågan om verksamheten anordnat någon aktivitet i form av någon utflykt (under ca 3 timmar). Samtliga intervjuade uppger att ingen större aktivitet/utflykt skett sedan avtalets början. Men uppger att detta nu är på gång och en utflykt planeras till Ulva kvarn under ledning av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten fångar de boendes behov, önskemål och förslag på aktiviteter på både individuell och grupp nivå. Samtliga är överens om att kontaktmännen har ett ansvar i detta. Men även arbetsterapeut och sjukgymnast uppges ha en betydande roll i att stötta personalen både i att ta fram förslag på aktiviteter men också i själva genomförandet, vilket kontinuerligt diskuteras på teamträffarna som äger rum en gång per vecka. Vidare framför ledningen att den signumlista som används för att registrera deltagande bland de boende är planerad att användas som en utvärdering av aktiviteterna, lågt deltagande skulle innebära en omvärdering av aktiviteten.

När det gäller frågan hur ofta de boende kommer ut på promenader eller utevistelse framför ledningen att alla kommer ut så ofta de vill och att det tydligt skiljs på de boendes egen tid och utevistelse tre gånger per vecka. Detta överensstämmer med personalgruppens svar och framgångsfaktorer som samarbete mellan avdelningarna och flexibilitet i schemaläggning uppges möjliggöra detta. Det berättas om att det finns personer som har dagliga promenader utomhus och att detta alltid genomförs. Enligt alla intervjuade erbjuds de boende utevistelse/promenader varje dag.

Ledningen berättar att kulturombud finns i verksamheten, vilket förefaller vara förankrat i personalgruppen. Dock framför ledningen att volontärombud inte finns utsett. Omvårdnadspersonalen framför att samarbete dock finns med diakonistiftelsen och att en

enskild volontär kommer till verksamheten och besöker de boende, tar promenader etc. I verksamheten finns också en person från daglig verksamhet som är behjälplig på olika sätt.

### 3.6.2 Kontorets kommentar

HVK anser att det grundläggande kravet av utevistelse tillgodoses. Kontoret noterar att kulturombud finns i verksamheten men inte volontärombud. Kontoret ser dock att verksamheten har ett samarbete med den ideella sektorn men anser att detta område skulle utvecklas vidare om ett volontärombud utses och vill i handlingsplan få en redogörelse när detta krav är tillgodosett.

#### *Av utföraren utlovat mervärde*

*Personalledda aktiviteter i grupp anordnas varje dag, minst 7 timmar per vecka med max 10 boende per grupp.* Kontoret anser mervärdet uppfyllt. Personalledda aktiviteter erbjuds veckans alla dagar på ett strukturerat sätt.

*Var och en som bor på boendet ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme per vecka (gäller ej utförande av personlig omvårdnad eller hjälp med bostad).* Kontoret anser mervärdet uppfyllt. Bedömningen grundas på uppgifter som framkom under intervjuerna. Dock bekräftas detta inte i den dokumentationsgranskning som genomförts i verksamheten, vilket är en brist, se vidare under *punkt 3.9 informationsöverföring och dokumentation.*

*Utföraren anordnar minst 2 gånger per termin aktivitet i form av utflykt t ex besök på konditori, utställning, teater mm ca tre timmar per tillfälle. Aktiviteten kan ske i grupp.* Kontoret ställer sig tveksamt till att mervärdet uppfylls. Kontoret konstaterar att ingen utflykt ägt rum sedan avtalets början. En utflykt är nu planerad dock är det oklart huruvida kommande planering ser ut. Kontoret begär att i handlingsplan få in en grov men tydlig planering för kommande halvår.

*Den enskilde ska utifrån sin genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger per vecka.* Kontoret anser mervärdet uppfyllt. I intervjuerna beskrivs ett tydligt och strukturerat arbetssätt som fångar enskildas behov och önskemål, men även säkrar genomförandet och uppföljningen rörande ovanstående. I dokumentationsgranskningen (i 15 av 50 granskade journaler) framkom dock inte tydligt om enskilda erbjudits promenad/utevistelse eller deltagit i annan form av social samvaro/aktivitet, *se bilaga 1.* Detta ses som en brist och kontoret kräver vidare åtgärder rörande dokumentationen, se vidare under *punkt 3.9 informationsöverföring och dokumentation.*

## 3.7 Hälso-och sjukvård

### *Ska-krav*

- behov av insatser från sjuksköterska ska tillgodoses dygnet runt, och sjuksköterska ska finnas på plats alla vardagar kl: 07.00-16.00
- Utvärderingsområde – En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar
- medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas

- vårdgivaren ska följa och informera om det subventionerade tandvårdsstödet, samt utfärda intygsunderlag
- palliativt ombud, sjuksköterska, ska finnas
- omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt, rutin ska finnas
- Vid läkemedelsgenomgångar ska Läkemedelskommitténs symtomskattningsskala, PHASE 20 användas.
- verksamheten ska vara ansluten till de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior alert

### 3.7.1 Iakttagelser

I verksamheten arbetar totalt tre sjuksköterskor i verksamheten med följande tjänstgöringsgrader; 90%, 80 % och 75%. Ansvarsfördelning för avdelningarna delas mellan sjuksköterskorna, varje sjuksköterska ansvarar för ett plan. På kvällen ansvarar företaget Privat nursing för vården och nattetid är det kommunens natthemsjukvård. På lördagar och söndagar är sjuksköterskorna stationerade på boendet mellan 07.00-16.00. Ledningen ser ett förbättringsområde att på sikt utöka sjuksköterskebemanningen till 22.00 alla dagar för att öka patientsäkerheten.

Samtliga sjuksköterskor är utfärdare av underlag för subventionerad tandvård och berättar att munhälsobedömningar erbjuds årligen. All personal gick munvårdsutbildning 2011 men är planerade att gå igen under hösten. Tandhygienist uppges komma till verksamheten en gång per månad. Läkemedelsgenomgångar sker en gång om året eller vid behov. Legitimerad personal framför att symtomskattningsskalan PHASE 20 används i samband med läkemedelsgenomgång där även omvårdnadspersonalen och apotekare deltar.

När det gäller vård i livets slut framför ledningen att tydliga rutiner finns i företaget men att det ska utformas lokala för Höganäs. I intervjun med personalgruppen förefaller dessa rutiner vara väl implementerade. Vid behov tas alltid extravak in. En av sjuksköterskorna är palliativt ombud. En planering finns att utveckla arbetet och skapa palliativa grupper bland omvårdnadspersonalen.

På varje avdelning finns hygienombud utsett, en sjuksköterska tillsammans med en undersköterska, vilka uppges gå utbildning just nu. Legitimerad personal uppger att en hygienrond skedde förra veckan i verksamheten. Det planeras för att skapa ett hygienteam med kontinuerliga möten.

Ledningen och den legitimerade personalen framför att de nyligen påbörjat registrering i Senior Alert och att arbetet är ett utvecklingsområde för verksamheten. Legitimerad personal framför att de upplever sig redan arbetar på detta sätt och har svårt att se syftet med registret.

Samtliga intervjuade framför att de upplever sig ha den kunskap som behövs för att stötta och möta anhöriga i olika sorgprocesser och krissituationer. Stöd i olika frågor har bland annat skett i kontakt med palliativa teamet och diakonissa. För att stärka detta ytterligare planeras samarbete med ST Lukas stiftelsen i kommunen samt att utbilda personal i verksamheten till Silvia syster/rar.

### 3.7.2 Kontorets kommentar

Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig finns. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. Kontoret ser positivt på att planering finns att engagera omvårdnadspersonalen mer i detta via skapandet av palliativa grupper.

Dock arbetar verksamheten inte tillräckligt aktivt med riskbedömningar i Senior Alert enligt uppgift från utvecklingsledaren för registret. Nya riskbedömningar ska göras regelbundet, vilket innebär minst en till två gånger per år. Kontoret ser detta som ett förbättringsområde som verksamheten omgående måste åtgärda. Det är också viktigt att ledningen säkrar så all personal förstår intentionen och det kontinuerliga arbetet med registren. HVK föreslår verksamheten att ta ny kontakt med utvecklingsledaren.

#### *Av utföraren utlovat mervärde*

*En sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger (lö och sö) minst 4 timmar.* Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt. Kontoret ser positivt på ledningens initiativ att bemanna med sjuksköterska mer än 4 timmar under helgerna och förbättringsområdet att ytterligare utöka tiden.

### 3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov, ska dokumenteras i rehabplanen.
- behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- Utvärderingsområde – En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka
- Utvärderingsområde – En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande förhållnings- och arbetssätt såväl dag som natt
- vård, omsorg och rehabilitering ska ges till den enskilde i samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner, såväl gentemot interna som externa
- Utvärderingsområde - Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema
- Utvärderingsområde - Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %. Aktiviteten sker i grupp eller individuellt. Den individuella aktiviteten sker efter remiss från legitimerad personal/chef.
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges, till personal och närstående, hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- den medicintekniska utrustningen ska hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven

### 3.8.1 Iakttagelser

I verksamheten arbetar en arbetsterapeut och en sjukgymnast på 50 % vardera. Dessa finns i verksamheten varje dag för eller eftermiddag. En utökning med 20 % för sjukgymnast har skett sedan avtalets början. Legitimerad personal berättar att denna tid huvudsakligen används till utökad handledning för personalen. Förutom sedvanliga arbetsuppgifter har dessa ett huvudansvar för aktiviteterna i verksamheten.

Strukturerade teamträffar på fasta tider sker med personalen en gång per vecka eller oftare om behov finns. Däremellan försöker arbetsterapeut och sjukgymnast vara ute på avdelningarna så mycket som möjligt för att få en överblick över enskildas hälsotillstånd men också för att ge personalen råd och stöd kring de enskilda i olika situationer. Två gånger om året är arbetsterapeut och sjukgymnast med på möten och träffar personalen som arbetar nattetid.

De uppgifter som delegeras till omvårdnadspersonalen uppges övergripande vara gångträning. Dessa ligger inte schemalagda enligt de intervjuade i personalgruppen, men tas hänsyn till i den dagliga planeringen. Omvårdnadspersonalen upplever sig hinna utföra det som delegerats till dem. Legitimerad personal uppger att de delegerade uppgifterna utförs och har koll på detta via signeringslistor och genom uppföljning på teamträffarna.

När det gäller fallpreventionsarbete finns enligt de intervjuade en tydlig rutin och bedömning av fallrisk görs alltid då ny vårdtagare flyttar in. Fallpreventionsarbete beskrivs på ett bra sätt i intervjuerna med tydliga urvalskriterier och preventivt arbete.

Vid intervjuerna med samtlig personal framförs att det finns förutsättningar för ett rehabiliterande arbetssätt och forum för samverkan mellan de olika yrkesgrupperna.

Hundvårdsförare finns på 30 % i verksamheten, vilket konkret innebär två till tre dagar/gånger per vecka enligt den intervjuade personalgruppen. Omvårdnadspersonalen säger sig uppleva att de flesta boende vid Höganäs har kontakt med vårdhunden på ett eller annat sätt. Legitimerad personal beskriver att man bland annat arbetar utifrån remiss, vilken skrivs av legitimerad personal, för närvarande behandlas sju remisser. Uppföljningsansvaret åligger den som skrivit remissen och muntliga utvärderingar gjorts, dock har inget dokumenterats i journaler vilket sägs bero på tidsbrist. Enligt dokumentationsgranskningen fanns uppgift om att remiss gällande vårdhund var skriven i ett fall av de granskade journalerna. Ingen dokumentation fanns gällande uppföljning eller resultat i det enskilda fallet, *se bilaga*.

Gällande ansvaret för den medicintekniska utrustningen finns en tydlig rutin och legitimerad personal framför att de har en god överblick.

### 3.8.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att Höganäs fungerar väl inom detta område. De enskildas behov av bedömning och rehabilitering tillgodoses vid inflyttning. Kontoret ser att verksamheten

strävar efter ett funktionsupphållande och rehabiliterande arbetssätt. I verksamheten finns ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas.

***Av utföraren utlovat mervärde***

*En stationerad arbetsterapeut finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.*

Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt.

*En stationerad sjukgymnast finns alla vardagar dagtid minst 20 timmar per vecka.*

Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt.

*Schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema.* Kontoret bedömer mervärdet uppfyllt då legitimerade har koll på detta via den dagliga planeringen, signeringsslistor och genom uppföljning på teamträffarna.

*Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %. Aktiviteten sker i grupp eller individuellt. Den individuella aktiviteten sker efter remiss från legitimerad personal/chef.* Kontoret bedömer mervärdet som uppfyllt. Dock har dokumentationsgranskningen visat att eventuell uppföljning av ordination inte dokumenterats. Detta ser kontoret som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

### **3.9 Informationsöverföring och dokumentation**

*Ska-krav*

- journalföring och dokumentation av hälso- och sjukvården ska föras och förvaras i enlighet med patientdatalagen, samt förvaras åtskilda från de anteckningar som görs i den övriga verksamheten
- 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 omsättas till en genomförandeplan och kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar.

#### **3.9.1 Iakttagelser**

Vid dokumentationsgranskningen framkom sju förbättringsområden gällande omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation, *se bilaga 1.*

Ledningen framförde vid intervjun att de kände igen områdena som lyfts fram i dokumentationsgranskningen som bristfälliga. Ledningen vill dock understryka att vid övertagandet var uppfattningen att verksamheten tidigt skulle få komma in i det nya dokumentationssystemet Siebel. Därav gjordes valet att inte starta upp det tidigare Safedoc utan dokumentation skedde tillfälligt i pappersform. Inträdet i Siebel fördröjdes och sedan någon vecka är nu verksamheten igång med det nya dokumentationssystemet. Fördröjningen upplevs vara en av orsakerna till svårigheterna kring dokumentationen. Dock understryker ledningen att man tagit till sig vad dokumentationsgranskningen visade och att ett förbättringsarbete startat i verksamheten.

Vidare berättas att genomförandeplaner finns upprättade i stort sett för alla boende men att det är ett förbättringsområde. Samtliga intervjuade är överens om att målen i planerna är något som verksamheten måste arbeta vidare med. Omvårdnadspersonalen framför att de övergripande målen måste brytas ner till delmål, vilket stämmer med det som dokumentationsgranskningen visade, *se bilaga 1*.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten säkerställer att de enskilda är delaktiga och har inflytande i planeringen av sin vård och utförandet av insatser. Omvårdnadspersonalen lyfter fram att de samtalar med den enskilde för att säkra detta, vilket upplevs svårt ibland, särskilt på demensavdelningen. Det händer därför att omvårdnadspersonalen själva skriver genomförandeplanen. Vid dessa tillfällen beskriver personalen att de läser upp innehållet i planen för den enskilde och samtidigt ber den anhörige att läsa igenom och skriva under.

Enligt dokumentationsgranskningen gick det inte att följa en individuell planering utifrån den enskildes behov och inte heller att utläsa hur den enskilde kunnat utöva delaktighet, inflytande och självbestämmande avseende planering eller utförande av beslutande insatser, så som t ex aktiviteter, *se bilaga 1*.

Samtliga av de intervjuade framför att överrapporteringstid finns mellan de olika arbetspassen. Enligt omvårdnadspersonalen finns denna tid schemalagd.

### **3.9.2 Kontorets kommentar**

Dokumentationsgranskning gjordes den 26 februari vid verksamheten och där framkom ett flertal brister inom omvårdnadspersonalens, arbetsterapeutens och sjukgymnastens journalföring. Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick.

Kontoret bedömer att de brister som framkommit i dokumentationsgranskningen omgående måste åtgärdas. Då det nya dokumentationssystemet inte varit i bruk under särskilt lång tid och ingen systematisk uppföljning skett så ser HVK det som att ett ömsesidigt lärande pågår. Dock kommer ny dokumentationsgranskning att ske under hösten 2013 i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

## **3.10 Avvikelser och klagomålshantering**

### *Ska-krav*

- rutin ska finnas för avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig till för att lämna synpunkter på verksamheten samt få besked om tidpunkt för svar
- rutin för Lex-Sarah och Lex-Maria anmälan ska finnas

### **3.10.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkommer att rutiner för HSL-avvikelser finns och dessa förefaller vara väl implementerade i personalgruppen. I verksamheten finns ett avvikelseråd som sammanträder en gång i veckan. Där tas bland annat upp vad som hänt, eventuella orsaker och åtgärder samt hur man kan arbeta förebyggande i den specifika frågan. Återkoppling till



enskild och/eller anhörig sker kontinuerligt enligt ledningen och till personal på teamträffarna en gång i veckan och/eller vid arbetsplatsträffarna var 6:e vecka. Ledningen framför att det arbetas för att alla i verksamheten ska se fördelen med avvikelser, att se det som ett lärande och inte specifikt utpekande. Vidare berättar ledningen att ett kvalitetsråd ska startas i april/maj där omvårdnadspersonalen är styrande och som ska hållas i verksamheten en gång per månad.

Hos samtliga intervjuade i personalgruppen förefaller rutinen för synpunkts-och klagomålshantering vara väl känd. I verksamheten finns en blankett ”hjälp oss bli bättre” där den som har någon synpunkt eller klagomål rörande verksamheten kan skriva ner sina åsikter. En tydlig rutin hur detta ska hanteras finns och nyinflyttade personer och dess anhöriga får alltid denna information direkt vid ankomstsamtalet. Skriftliga synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten uppges alltid dokumenteras, dock inte de muntliga. Omvårdnadspersonalen framför att de försöker få dem som framför muntliga synpunkter att själva skriva ner dem men både ledning och personalgruppen är eniga om att detta är ett förbättringsområde för verksamheten.

Vidare förefaller lagen om Lex Sarah vara känd och implementerad hos samtliga medarbetare. Omvårdnadspersonalen lämnade vid intervjutillfället en tydlig beskrivning kring syfte och innehåll i bestämmelserna.

### **3.10.2 Kontorets kommentar**

Vid verksamheten förefaller rutin för HSL-avvikelser finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt synpunkts-och klagomålshanteringssystem, och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

#### 4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att vård- och omsorgsboendet Höganäs är en välfungerande verksamhet inom många områden. Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena. I avtalet finns 8 utvärderingsområden med tillhörande 13 mätbara mervärden/kvalitetskrav som Ansvar och omsorg AB tydligt förbundit sig att utföra. Av dessa 13 beskrivna mervärden visar uppföljningen på brister inom 3 av mervärdesområdena och det förefaller som att utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar hos den nu uppföljda enheten.

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 2013-02-26

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg



---

Tomas Odin  
Avdelningschef  
Avdelningen för avtal och uppföljning



---

Mia Gustafsson  
Uppdragsstrateg



---

Eva Erikson  
Uppdragsstrateg

Datum 2013-03-04

**Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Höganäs vård- och omsorgsboende 2012-02-26 i samband med avtalsuppföljning****Bakgrund**

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

**Syfte**

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

**Metod**

Ett slumpmässigt urval gjordes av verksamhetens kunder. Underlaget av urvalet av totalt 30 kunder gavs till verksamhetschef som hämtade in samtycke från kunderna inför dokumentationsgranskningen. Samtycke gavs av 29 kunder. Bortfall av 1 kund. Dokumentationsgranskning utfördes på 15 kunder.

**Resultat sjuksköterska**

I sjuksköterskans journaler som kom med i urvalet fanns sju anamneser som var upprättade av nuvarande utförare och fem anamneser från tidigare utförare. Det fanns status i tolv av journalerna. Medicinsk vårdplanering var utförd på åtta kunder. Det framgick inte i dokumentationen om Phase 20 använts vid läkemedelgenomgång. Hos en kund fanns medicinsk vårdplanering utförd mars 2012 av tidigare utförare. Vikt var noterat i sex journaler och uppföljning av vikt var noterat i tre av dessa journaler. I samtliga journaler var det tydligt dokumenterat att aktuella läkemedelslistor fanns i läkemedelspärm som var inlåst i läkemedelsskåpet. I åtta journaler fanns totalt femton upprättade omvårdnadsplaner, rörande, nutrition, hud, elimination, smärta, cirkulation, aktivitet/fall, psyk/soc, där vårdprocessen kunde följas i fyra av dessa omvårdnadsplaner. Tio av omvårdnadsplanerna var nyligen

upprättade och uppföljning/utvärdering hade inte hunnit göras på dessa. Löpande anteckningar fanns i alla journaler där vårdprocessen kunde följas. Fallrisk var noterat på fem av kunderna. Hos en kund fanns fallriskbedömning med uppföljning gjord och hos en kund fanns en checklista för att fallprevention var gjord av sjuksköterska. Hos två av kunderna fanns hänvisning till tidigare fallriskanalys vilka var av äldre datum och utförts av tidigare utförare. I fyra journaler saknades signaturförklaring. Samverkan med omvårdnadspersonalen kunde ses i sju av journalerna. Samverkan med sjukgymnast sågs i två journaler och med arbetsterapeut i en journal.

#### *Kommentar*

- Sjuksköterskans journaler innehöll äldre dokument från tidigare utförare med tidigare utförarens logotype. På vissa dokument var tidigare utförarens logotype bortklippt.
- Flera av sjuksköterskans journaler var ostrukturerade då dokument satt under fel flik.

#### **Resultat rehab**

I sjuksköterskans journal fanns en flik "Arbetsterapeut". Under tio av dem fanns en anteckning gällande diagnos, eventuella hjälpmedel och kortfattat förflyttningsstatus (*hjälpmedel, självständighet eller hjälpbehov av en eller två personal*). Anteckningarna var från två tillfällen, 7 november 2012 eller 7 december 2012. I ett fall fanns en likadan anteckning med samma signatur istället i SoL-pärm under flik "HSL". Händelsedatum, signaturförklaring och uppgift om profession saknades i samtliga fall.

Hos tre av kunderna fanns fallpreventionsbedömningar utförda, dessa var samtliga från tidigare datum och utförare.

Det fanns anteckning om utförd åtgärd hos tre av kunderna (en beställning av en rullstolsdyna, en utprovning av en lyftsele och en montering av ett ryggstöd på duschstol).

Det fanns en anteckning om samverkan med /handledning av omvårdnadspersonal.

I sjuksköterskans journal fanns en flik "Sjukgymnast". Under fyra av dem fanns en anteckning gällande diagnos, eventuella hjälpmedel och kortfattat förflyttningsstatus (*hjälpmedel, självständighet eller hjälpbehov av en eller två personal*). Anteckningarna var från två tillfällen, 7 november 2012 eller 7 december 2012 och var underskrivna med samma signatur som de under flik "Arbetsterapeut". Händelsedatum, signaturförklaring och uppgift om profession saknades på samtliga.

Från och med 15 februari 2013 fanns journaler uppstartade av sjukgymnast i Siebel. I flera av dem hänvisades det till tidigare, arkiverade pappersjournaler. Dessa fanns inte tillgängliga vid granskningen. I samtliga journaler i Siebel fanns anteckning om inflyttningsdatum, diagnos och kortfattade förflyttnings- och ADL-status av okänt datum. I två journaler kunde man se målsättning av övergripande karaktär ("bibehållande av förmåga"). Åtgärder som framkom i journalerna var gångordination (en), erbjudande om träning "men kund tackat nej" (två), remiss gällande vårdhund (en), förskrivning av hjälpmedel (två). Dessa åtgärder var av okänt datum. I sju journaler fanns antecknat att uppföljning ska komma att ske vid teammöten men det framkom inte när, var och vad som ska följas upp.

### *Kommentar*

- Arbetsterapeut och sjukgymnast hade varsin "flik" i sjuksköterskans journal, där deras eventuella skriftliga anteckningar återfanns.
- I samtliga SoL-pärmar fanns ett kortfattat förflyttningsstatus (*hjälpmedel, självständighet eller hjälpbehov av en eller två personal*) under flik "HSL". Dessa var underskrivna med en signatur. Signaturförklaring och profession saknades.
- I en SoL-pärm fanns ett ADL-status under flik "Signeringslistor".
- I en SoL-pärm fanns ett ADL-status under flik "ADL".
- I tolv av femton sjukgymnastjournaler i Siebel var samtliga anteckningar införda under ett fåtal sökord under "Anamnes" och de följde ej det sökordsträd (med hjälpfrastexter) som finns framtaget för HSL-personal som ska dokumentera i Siebel. Detta leder till att Siebels sökfunktionen inte kan användas utan att eventuell information får sökas i löpande text.

### **Resultat omvårdnad**

I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner i åtta journaler. Namngiven kontaktman saknades för flertalet kunder. Mål av övergripande karaktär samt upprättandedatum fanns i samtliga genomförandeplaner. Uppföljningsdatum fanns i fem av de granskade genomförandeplanerna. En individuell planering utifrån den enskildes behov eller hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering eller utförande av beslutade insatser gick inte att följa i löpande text. Resultat eller utvärdering kring målet av insatser framkom inte i den löpande texten. I två genomförandeplaner framkom att egen tid tillsammans med kontaktman var planerad. Egen tid utförd tillsammans med kontaktman framkom i den löpande texten i en journal. Erbjudande om promenad/utevistelse eller deltagande i annan form av social samvaro/aktivitet framkom inte tydligt i den löpande texten. Samverkan med övriga professioner kunde ses i löpande text.

### *Kommentar*

- Sol-pärmar saknade försättsblad, svårt att hitta dokument.
- Anteckningar i löpande text i SoL-dokumentation var framförallt av *HSL-karaktär*

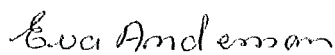
### **Övrigt**


- Dokumentation förs av sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal i pappersjournaler. Sjukgymnast har fört dokumentation både i pappersjournaler och i Siebel.


### **Förbättringsområden**

- **Att** arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation skall vara strukturerad. Skriftlig information till övrig personal ska vara daterad, det ska framgå vem som lämnar ut informationen, den ska vara lättillgänglig och finnas på där för avsedd plats.
- **Att** relevant information ska finnas i arbetsterapeutens och sjukgymnastens status och att informationen ska uppdateras vid förändringar i kundens förmågor. Individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerad och utförd behandling/åtgärd samt uppföljning och utvärdering ska kunna följas i journal.
- **Att** upprätta genomförandeplaner för samtliga kunder.
- **Att** i omvårdnadspersonalens journal dokumentera upprättandedatum/uppföljning av genomförandeplan.

- **Att** i omvårdnadspersonalens dokumentation beskriva kunds inflytande och självbestämmande gällande utförandet av beslutade och planerade insatser utifrån genomförandeplan.
- **Att** samverka mellan professioner i verksamheten ska kunna följas i dokumentationen.
- **Att** det ska framgå att man i team arbetar aktivt med fallprevention.

  
Eva Andersson  
Hälso- och sjukvårdscontroller

  
Karin Eriksson  
Hälso- och sjukvårdscontroller

  
Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:  
Verksamhetschef Johanna Vilmusenaho  
Uppföljningsstrateg Mia Gustafsson*

**Handläggare**  
Mia Gustafsson  
Eva Erikson

**Datum:** 2013-05-06

**Bilaga 2**

## **Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN**

**Uppföljningsobjekt:** Vård-och omsorgsboendet Höganäs

**Verksamhetschef:** Johanna Vilmusenaho

**Handlingsplan HVK tillhanda senast:** 2013-05-27

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal och utvärderingsområde 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 i wordformat med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto: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: Vård-och omsorgsboendet Höganäs

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<b>3.2 Arbetsledning och bemanning</b> <b>Mervärde -</b> Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas	Avtal har slutits med St Lukas psykiaterpimottagning om handledning för personalgruppen en gång per månad. Inom företaget (Järfälla) finns utbildad handledare som kommer att kunna avropas vid ytterligare behov.	Johanna Vilmusenaho, VC	Första handledningstillfälle i juni 2013	Avstämning med St Lukas med VC efter varje handledningstillfälle, minnesanteckning från detta. Gås igenom vid den årliga kvalitetsrevisionen i företaget.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.3 Kompetens och utbildning</b> Otydligt om personalen innehar en dokumenterad demenskunskap	Under våren 2012 genomgick ordinarie personal samt långtidsvikarier på demensavdelning A, "Demens ABC", webbaserad utbildning som hölls av Silviasyster. Företagets utbildare inom demens (fil.dr. inom alzheimer-/demenssjukdomar) kommer att hålla utbildning vid APT under ht 2013.	Johanna Vilmusenaho, VC	Avdelning C kommer att påbörja Demens ABC i september 2013 och avdelning B börjar i februari 2014. APT-utbildningar under ht 2013.	Undersköterskorna från avd A har diplom från utbildningen i sina personalmappar i nuläget. Kommande utbildning dokumenteras hos varje enskild deltagare genom diplom efter avslutad utbildning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.3 Kompetens och utbildning</b>	Under april 2013 har all ordinarie personal fått en kompetensinventering	Johanna Vilmusenaho,	Alla utvecklings	Gå igenom vid kvalitetsrevision i företaget i oktober 2013 och se att	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<b>Mervärde</b> Individuella kompetens-utvecklingsplaner saknas för personalen	utförd och i samband med personliga utvecklingssamtal under perioden har VC och personal fyllt i en aktuell utbildningsplan för 2013 som speglar den utveckling och utbildning som personal är i behov av och önskar.	VC	amtal samt utbildningsplaner för 2013 är klara till v.25	utbildningsplanerna har följts. Jämföra de individuella planerna med den utbildningsplan som upprättats för hela personalgruppen.			
<b>3.4 Kontaktmannaskap</b> Brukarråd saknas i verksamheten	Brukarråd kommer att hållas en gång innan sommaren och två gånger under hösten 2013.	Johanna Vilmusenaho, VC	Första brukarrådet 22/5 2013, därefter ett tillfälle i september och november 2013.	Minnesanteckningar från brukarrådet, rapportering av detta vid den årliga kvalitetsrevisionen i företaget.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro</b> Volontärombud saknas i verksamheten	SG och AT som fungerar som aktivitetssamordnare på enheten har kontakt med Diakonicentrum och Svenska kyrkan.	Aktivitetssamordnare, AT och SG	Diakoner har funnits i verksamheten sedan april 2013, detta fortsätter.	Återrapportering till VC av aktivitetssamordnare vid lokalt kvalitetsråd 2 ggr/ mån.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro</b> Mervärde - oklart huruvida kommande	Utflykter två gånger per termin. Vår 2013: Lunch på Hammarskog för boende samt anhöriga 23/5. Utflykt till Ulva Kvarn med fika 13/6. Under hösten 2013: Augusti/september: Botaniska trädgården, rundvandring, lunch. November/december:	Aktivitetssamordnare, AT och SG	Två gånger per termin: Maj och Juni samt September och November/	Genomgång vid kvalitetsrevisionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Handläggare**  
Mia Gustafsson  
Eva Erikson

**Datum:** 2013-06-18

**Bilaga 3**

## **Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN**

**Uppföljningsobjekt:** Vård-och omsorgsboendet Höganäs

**Verksamhetschef:** Johanna Vilmusenaho

**Handlingsplan HVK tillhanda senast:** 2013-05-27

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal och utvärderingsområde 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 i wordformat med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto: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: Vård-och omsorgsboendet Höganäs**

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<b>3.2 Arbetsledning och bemanning</b> <b>Mervärde -</b> Schemalagd tid för handledning med extern resurs minst en gång per månad saknas	Avtal har slutits med St Lukas psykiaterpimottagning om handledning för personalgruppen en gång per månad. Inom företaget (Järfälla) finns utbildad handledare som kommer att kunna avropas vid ytterligare behov.	Johanna Vilmusenaho, VC	Första handledningstillfälle i juni 2013	Avstämning med St Lukas med VC efter varje handledningstillfälle, minnesanteckning från detta. Gås igenom vid den årliga kvalitetsrevisionen i företaget.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.3 Kompetens och utbildning</b> Otydligt om personalen innehar en dokumenterad demenskunskap	Under våren 2012 genomgick ordinarie personal samt långtidsvikarier på demensavdelning A, "Demens ABC", webbaserad utbildning som hölls av Silviasyster. Företagets utbildare inom demens (fil.dr. inom alzheimer-/demenssjukdomar) kommer att hålla utbildning vid APT under ht 2013.	Johanna Vilmusenaho, VC	Avdelning C kommer att påbörja Demens ABC i september 2013 och avdelning B börjar i februari 2014. APT-utbildningar under ht 2013.	Undersköterskorna från avd A har diplom från utbildningen i sina personalmappar i nuläget. Kommande utbildning dokumenteras hos varje enskild deltagare genom diplom efter avslutad utbildning.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.3 Kompetens och utbildning</b>	Under april 2013 har all ordinarie personal fått en kompetensinventering	Johanna Vilmusenaho,	Alla utvecklings	Gå igenom vid kvalitetsrevision i företaget i oktober 2013 och se att	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<b>Mervärde</b> Individuella kompetens-utvecklingsplaner saknas för personalen	utförd och i samband med personliga utvecklingssamtal under perioden har VC och personal fyllt i en aktuell utbildningsplan för 2013 som speglar den utveckling och utbildning som personal är i behov av och önskar.	VC	amtal samt utbildningsplaner för 2013 är klara till v.25	utbildningsplanerna har följts. Jämföra de individuella planerna med den utbildningsplan som upprättats för hela personalgruppen.			
<b>3.4 Kontaktmannaskap</b> Brukarråd saknas i verksamheten	Brukarråd kommer att hållas en gång innan sommaren och två gånger under hösten 2013.	Johanna Vilmusenaho, VC	Första brukarrådet 22/5 2013, därefter ett tillfälle i september och november 2013.	Minnesanteckningar från brukarrådet, rapportering av detta vid den årliga kvalitetsrevisionen i företaget.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro</b> Volontärombud saknas i verksamheten	SG och AT som fungerar som aktivitetssamordnare på enheten har kontakt med Diakonicentrum och Svenska kyrkan.	Aktivitetssamordnare, AT och SG	Diakoner har funnits i verksamheten sedan april 2013, detta fortsätter.	Återrapportering till VC av aktivitetssamordnare vid lokalt kvalitetsråd 2 ggr/ mån.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Godkänt med förutsättning att volontärombud utses snarast, vilket var överenskommelsen vid mötet som ägde rum 3 juni 2013.
<b>3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro</b> Mervärde - oklart huruvida kommande	Utflykter två gånger per termin. Vår 2013: Lunch på Hammarskog för boende samt anhöriga 23/5. Utflykt till Ulva Kvarn med fika 13/6. Under hösten 2013: Augusti/september: Botaniska trädgården, rundvandring, lunch. November/december:	Aktivitetssamordnare, AT och SG	Två gånger per termin: Maj och Juni samt September och November/	Genomgång vid kvalitetsrevisionen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

