3.09

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare	Datum	Diarienummer
Eva Erikson	2014-11-07	ALN-2014-0112.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Glimmervägen

Förslag till beslut
Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet
En planerad avtalsuppföljning genomfördes vid vård- och omsorgsboendet Glimmervägen den 16 april 2014, bilaga 1. I anslutning till avtalsuppföljningen har en dokumentationsgranskning genomförts, bilaga 2. Uppföljningen visade på brister mot ska-krav och mervärden. Efter avtalsuppföljningen har kontoret och ledningen haft tre möten i syfte att påtala brister och utkräva åtgärder, inom såväl Glimmervägens som Tavastehus verksamheter. Begärd handlingsplan, bilaga 3, inkom till kontoret den 1 september 2014.

Kontoret följde upp åtgärderna via ett oanmält besök vid verksamheten den 9 september 2014. Ledningen kallades till möte den 18 september för att presentera beskrivna åtgärder i inkommen handlingsplan samt diskutera resultat av det oanmälda besöket. Kompletterande uppgifter inom ett fåtal områden begärdes in, vilket framgår av bilaga 3. Ledningen kallades därefter till nytt möte den 22 oktober.

Kontorets bedömning är att ett systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete pågår och att åtgärderna som beskrivs i handlingsplanen kommer bidra till att samtliga krav i avtalet kan uppfyllas. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

På grund av bristande bemanning gällande arbetsterapeut har ersättningsreducering tillämpats. Denna har efter vidtagna åtgärder hävts.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf. direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning
Bilaga 2: Journalgranskning (2014-07-04)
Bilaga 3 Handlingsplan (2014-09-01) inklusive kompletteringar (2014-10-17)

Postadress: Uppsala kommun, kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel)
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Bil. 1

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-07-03

Diarienummer
ALN-2014-0112

Ansvar och Omsorg AB (A&O)
Glimmervägens vård- och omsorgsboende
VD Sakarias Mårdh

Avtalsuppföljning vid Glimmervägens vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Ansvar och Omsorg AB (A&O) Vård- och omsorgsboende Glimmervägen
Adress	Glimmervägen 3
Verksamhetschef (VC)	Frida Blom
Telefon och mejladress till enheten	018-4300950 frida.blom@ansvarochomsorg.se
Uppföljning utförd av	Eva Erikson och Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	VC Frida Blom, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska samt tre omvårdnadspersonal Närvarande under ledningsintervjun även områdeschef Anneli Eriksson
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Totalt antal boende	50 lägenheter (34 lägenheter för personer med omvårdnadsbehov, 16 lägenheter för personer med demenssjukdom)
Avtal	Dnr: ALN-2012-0199
Avtalstid	2013-10-18 – 2016-10-17 + ev tre år
Datum för uppföljning	2014-04-16

Glimmervägens vård- och omsorgsboende drivs av utföraren Ansvar och Omsorg sedan oktober 2013. Boendet består av en byggnad i tre plan, vilken inrymmer totalt 50 lägenheter. 34 lägenheter är avsedda för personer med stort omvårdnadsbehov och 16 lägenheter för personer med demenssjukdom. Utföraren ska genom avtalet tillhandahålla vård- och omsorg för främst äldre personer med multipla omvårdnadsbehov och nedsatt funktionsförmåga. Vården och omsorgen ska ge den enskilde möjligeten att bo kvar livet ut. I avtalet ingår förutom Glimmervägen även Tavastehus vård- och omsorgsboende. Verksamhetschefen fördelar sin tid mellan verksamheterna, vilket även gäller arbetsterapeut och sjukgymnast. Avståndet mellan enheterna är ca en kilometer.

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 00 00 (växel)
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

1 Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Glimmervägen som sedan oktober 2013 drivs av Ansvar och Omsorg AB (A&O). Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För ytterligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Värdegrundsarbete

- Värdegrundsarbetet har nyligen påbörjats. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Arbetsledning och bemanning

- Ställda krav på nattbemanning tillgodoses.
- En otydlighet finns på demensplanet gällande bemanning på vardagar mellan kl 9.30 till 13.00 då en aktivitetsansvarig ska finnas specifikt för detta plan. Hur detta säkerställs ska beskrivas i handlingsplan.
- Konflikter i arbetsgruppen har medfört problem vid implementering av rutiner och arbetssätt. Åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Av utföraren utlovat mervärde:

- HVK noterar att verksamhetschef (VC) finns på enheten under fyra av veckans fem arbetsdagar. Mervärdet är uppfyllt.
- Namnangiven ersättare för VC tillgodoses genom kollega på annat boende. Mervärdet är uppfyllt.
- Handledning av extern resurs minst en gång per månad på demensplanet genomförs inte.

Kompetens och utbildning

- Många utbildningsinsatser har utförts i verksamheten under de senaste månaderna.
- Omvärldsbevakning kommer ingå i ansvaret för de olika ombudsrollerna, vilket HVK bedömer som positivt.

Av utföraren utlovat mervärde:

- All personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Kontaktmannaskap

- HVK bedömer att kontaktmannaskapet är ett förbättringsområde och förväntar sig att samtliga boende erbjuds en timmes egen tid per vecka.

- Brukarråd och närståendeträffar ska genomföras minst två gånger/år. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Kost och måltider

- Risk finns för att nattfasta överstiger de rekommenderade elva timmarna (enligt Svensk näringsrekommendation). Kartläggning ska ske och därefter delges kontoret.
- Äldrenämndens "Riktlinjer för mat, måltider och nutrition" är inte kända. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.
- Evidensbaserat bedömningsinstrument t ex MNA (Mini Nutritional Assessment) används inte. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Av utföraren utlovat mervärde:

- Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid och skapa en atmosfär som anger feststämning. Mervärdet är uppfyllt.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

- Krav inom området aktiv och meningsfylld tillvaro är i flera delar uppfyllt.
- Samarbete med frivilligorganisationer, ideella sektorn eller förekomst av ombud inom området saknas. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Av utföraren utlovat mervärde:

- Personalledda aktiviteter ska anordnas varje dag i grupp om max 10 boende/grupp. Mervärdet är uppfyllt.
- De boende ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst en timme per vecka. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.
- Minst 2 gånger/termin ska aktiviteter i form av utflykt ca tre timmar/tillfälle anordnas. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.
- De boende ska, utifrån den enskildes genomförandeplan, erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger/vecka. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Hälso- och sjukvård

- HVK bedömer att flertalet krav inom området är uppfyllda. Kvalitetsregistrering i de nationella registren utförs inte vilket är ett förbättringsområde att omedelbart åtgärda.

Av utföraren utlovat mervärde:

- Sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger minst fyra timmar. Kan inte uppfyllas då en ansenlig del av arbetsdagen utgörs av resor till och från de olika verksamheterna. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- Bedömning av funktionsnivå genomförs och dokumenteras i rehabiliteringsplan. Bristande följsamhet till legitimerades bedömning och planerade/ordinerade insatser noteras dock och kräver omedelbara åtgärder. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

- Ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt tillämpas inte fullt ut under dygnets samtliga timmar. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

Av utföraren utlovat mervärde:

- Arbetsterapeut och sjukgymnast ska finnas stationerad på boendet alla vardagar minst 20 timmar per vecka. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.
- Schemalagd tid ska finnas avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.
- Vårdhundsteam med godkänd utbildningssamordnare ska finnas i verksamheten minst 30 %. Kravet är inte fullt uppfyllt.

Informationsöverföring och dokumentation

- Endast vissa krav gällande den sociala dokumentationen är uppfyllda. För att säkerställa att verksamheten åtgärdar samtliga brister enligt tidigare översänd sammanställning *(se bilaga 1)* kan dokumentationen åter komma att granskas.

Avvikelser och klagomålshantering

- Rutin för avvikelser finns i verksamheten. Däremot är det oklart hur verksamheten hanterar muntliga synpunkter och klagomål. Kravet är inte uppfyllt och åtgärder ska beskrivas i handlingsplan.

För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Ansvar och Omsorg AB senast den 1 september 2014 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall *(se bilaga 2)*.

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

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enheten drivs av Ansvar & Omsorg sedan oktober 2013 och är upphandlad i konkurrens. Sedan april 2014 har synpunkter inkommit från skilda håll till kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) och bidragit till att uppföljningen haft ett ökat fokus inom områden som värdegrund, bemötande, personalens kompetens, resursfördelning samt styrning och ledning.

2.2 Syfte och avgränsningar

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

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

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

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade, inlämnad statistik i tertial samt granskning av den sociala dokumentationen (*se bilaga 1*). Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

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

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetchef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt tre utvalda personer från omvårdnadspersonalen på enheten. Vid ledningsintervjun närvarade även områdeschef från A&O. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori.

Följande dokumentstudier har genomförts:

- Granskning av social dokumentation 2014-04-07 *(se bilaga 1)*
- Tertialrapport - T3 2013

Exempel på styrdokument som inkommit vid intervjutillfället är:

- Personalschema aktuella från 2014-05-12, värdegrundsdokument, beskrivning av olika mötesforum, kontaktmannens uppgifter samt arbetsbeskrivning av ombudsroller.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Värdegrundsarbete

Äldrenämndens lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen gäller från och med februari 2013. Utöver kvalitetskrav som ställs på alla utförare lyfter de lokala värdighetsgarantierna fram att personer som bor på ett vård- och omsorgsboende har 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 trivsam måltidsmiljö, påverka menyn och tidpunkt för måltider* samt *få en årlig läkemedelsgenomgång.*

3.1.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen (VC) berättar inledningsvis om den metod - Trappan - som används för att driva värdegrundsarbetet. Metoden består av flera steg vilka var och ett är underlag för diskussion i personalgruppen. Två i personalgruppen har påbörjat värdegrundsutbildningen, endast en har fullföljt denna. VC informerar att arbetet är igång och att ett s.k. kvalitetsråd har sammanträde om någon vecka, vilket blir det första för intervjuad VC. Silviasyster i verksamheten har ingen uttalad roll i kvalitetsarbetet, utan sprider sin nya kunskap på arbetsplatsträffarna (APT), enligt VC.

VC förmedlar en bild av hennes två första månader i verksamheten - som ett underlag till den fortsatta intervjun. Hon berättar uppriktigt att en stor del av hennes tid, sedan hon började sin anställning, har upptagits av problem och konflikter i personalgruppen. Hon informerar att "gruppen kan inte mötas i en diskussion t ex. de blir alltid osams". En åtgärd som vidtagits har varit att byta ut i stort sett alla medlemmar i kvalitetsrådet. Som förklaring till varför värdegrundsarbetet så nyligen påbörjats berättar hon att fokus legat på basala och grundläggande frågor. Exempel som ges är problem i personalgruppen men också att ta fram s.k. driftstoppspärmar för dokumentationen, vilket har saknats. Nya rutiner har också tagits fram och implementerats inom flera områden.

Den intervjuade sjuksköterskan berättar att hon gått socialstyrelsens grundläggande utbildning på 7,5 högskolepoäng och säger att hon snart ska starta upp reflektionsstunder på plan 2, där personer med demens bor. Någon tidsplan har inte tagits fram. Ingen av de legitimerade har inblick i äldrenämndens värdegrund, de nationella eller lokala värdighetsgarantierna. Däremot känner de till förtagets egen värdegrund, som finns anslagen i verksamheten.

En av de intervjuade i personalgruppen har gått värdegrundsutbildning och arbetar med Trappan där syftet är att reflektera över värdegrundsfrågor. I oktober ska alla i personalgruppen ha gått igenom alla steg i Trappan. De berättar också om det intensiva arbete som pågått gällande den sociala dokumentationen och verksamhetens rutiner. Två av de intervjuade har ett särkskilt ansvar för värdegrundsarbetet. Gruppträffar ska ske en gång per månad "för att bolla frågor i vardagen". De intervjuade informerar också att det särskilt på demensplanen behövs mycket tid för reflektion. Den Silviasyster som finns i verksamheten ska snart sluta, enligt de intervjuade. Utbildning i demensvård (Demens ABC) har genomförts på demensplanen men en av de intervjuade säger att "utbildning kan behövas även på de andra planen".

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att värdegrundsarbetet är i sin linda och att kraven i avtalet inte uppfylls. I bifogad handlingsplan ska verksamheten beskriva de åtgärder som ska vidtas för att äldrenämndens värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna ska kunna implementeras.

3.2 Arbetsledning och bemanning

3.2.1 Iakttagelser

För att få kontroll på de personalproblem som VC tidigare berättat om så har flera timanställda fått avsluta sina uppdrag, vilket skett i samverkan med fackliga organisationer. VC är av uppfattningen att de boende inte tagit skada av personalens "många gånger helt oacceptabla beteende och jargong" mot varandra och mot ledningsfunktioner. Flera anhöriga har dock framfört klagomål gällande personalens uppträdande mot varandra. Hon resonerar vidare och säger att "troligen är jargongen enbart mellan personer i personagruppen, men dåligt humör kan spilla över på de boende i bemötandet". Problemen finns "rakt av – och förekommer i hela huset. Samtliga i ledningsposition har utsatts". "Personalen sinkar och gör annat på t ex anordnade utbildningar etc.", enligt VC som nämner att fysiska tillgrepp och muntliga tillmälen - mot såväl kollegor som ledningsfunktioner - inträffat i verksamheten. En kartläggning i syfte att hitta orsaker till problemen ska genomföras av företagsledningen. Extern handledning ska påbörjas inom kort, enligt VC. Några ur personalgruppen ska intervjuas enskilt. VC lyfter de "riktigt rejäla insatser" som påbörjats, "vi går in med hull och hår".

VC berättar vidare att det finns 27 fast anställda omvårdnadspersonal och att det utöver dessa finns många timanställda. De flesta i personalgruppen togs över från tidigare utförare. Då inga personallistor eller scheman lämnades vid verksamhetsövergången pågick ett detektivarbete under "mer än två månader innan vi visste vem som gick på vilken rad", enligt VC. Nytt schema som godkänts av facket påbörjas i maj 2014 och ger möjlighet till överrapportering på 15 minuter mellan arbetspassen. Rekrytering av fyra nya undersköterskor har skett då flera vårdbiträden valt att inte längre vara anställda hos utföraren.

Från morgon till kväll arbetar fyra personer på varje avdelning med 16 eller 17 boende. Lördag och söndag slutar en personal klockan 20.00. Fyra omvårdnadspersonal tjänstgör under natten. VC informerar att demensavdelningen aldrig lämnas. Hennes uppfattning är att det är en god och säker vård som bedrivs i verksamheten - trots alla problem. Delegeringar har t ex dragits in som en åtgärd för att säkra vården.

VC är utbildad beteendevetare och har därför utsett Marie Malmberg till verksamhetschef enligt § 29 HSL. Verksamhetschefen på Höganäs är ersättare för VC. Hon är informerad om personalsituationen på Glimmervägen. För att få en så god bild som möjligt av verksamheterna på Glimmervägen och Tavastehus så fördelar VC arbetsveckan till i snitt fyra arbetsdagar på Glimmervägen och en dag på Tavastehus. Dessutom har hon arbetat tillsammans med personalgruppen under både nätter, kvällar och helger för att lära känna verksamheten ur olika perspektiv och synvinklar.

Informella ledare och allianser som uppmärksammats i verksamheten är på gång att splittras. Till sitt stöd har VC både verksamhetsledningen (verkställande direktör och områdeschef),

gruppen med legitimerade men inte minst personer i personalgruppen. En ny gruppledare har också nyligen anställts. Handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem finns inte inom verksamheten idag, enligt VC. Inte heller någon schemalagd tid för handledning, som enligt förfrågningsunderlaget ska genomföras minst en gång per månad och ledas av extern resurs med särskild kompetens.

De legitimerade, som nyligen deltagit på ett nattmöte, har uppfattningen att det fungerar bra på natten, att de hjälper varandra och att demensplanet inte lämnas utan personal. Omvårdnadsavdelningarna hjälper varandra och demensplanet. För övrigt informerar de legitimerade att personer i personalgruppen uteblivit från arbetspass utan att meddela VC. Deras uppfattning är att det "inte saknas rutiner, utan att de väljer detta agerande". Vid något tillfälle har legitimerade fått information att en arbetsuppgift blivit utförd men senare kontroll har visat på motsatsen.

Grupper för intern samverkan i verksamheten som de legitimerade nämner är

- ledningsgruppen - där de legitimerade, samordnaren och VC deltar, samt
- teamträffar - där legitimerade och omvårdnadspersonal på respektive plan deltar.

De intervjuade ur personalgruppen informerar att de ibland endast är tre personal under kvällarna då det kan vara svårt att få tag i vikarier. I sammanhanget berättar de att "flera har fått sluta då de inte följt rutiner eller på andra sätt inte skött sitt jobb". Ingen av de intervjuade tjänstgör för tillfället på natten men har uppfattat att avdelning ett och tre hjälper varandra och stöttar upp på demensavdelningen. De är också av uppfattningen att demensplanet aldrig lämnas obemannat.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Ställda krav gällande nattbemanning uppfylls.

Vid avtalsuppföljningen framkommer att fyra personer tjänstgör från morgon till kväll. Bemanning enligt nytt schema från 2014-05-12 överensstämmer till största del med täthetsschema i förfrågningsunderlaget. En otydlighet finns dock på demensplanet gällande bemanning på vardagar mellan kl 9.30 till 13.00 då en aktivitetsansvarig ska finnas specifikt för detta plan. Hur detta ska säkerställas ska beskrivas i handlingsplan.

HVK konstaterar att VC har ett komplicerat och inte helt enkelt uppdrag att implementera rutiner och arbetssätt, reda ut konflikter i personalgruppen samt att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Detta ställer - som HVK ser det - stora krav på VC och utförarens övergripande ledning att ge verksamheten det stöd och de resurser som fordras för att ställda krav inom samtliga områden snarast kan uppfyllas.

Av utföraren utlovat mervärde:
HVK noterar att VC finns på enheten under fyra av veckans fem arbetsdagar.
Utvärderingsområdet bedöms vara uppfyllt.

Namnangiven ersättare för VC tillgodoses genom kollega på annat boende.
Utvärderingsområdet bedöms vara uppfyllt.

Handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem ska finnas – finns inte idag men planeras att starta senare under våren då sjuksköterskan på respektive plan kommer leda dessa reflektionsstunder.

Schemalagd tid ska finnas för handledning minst en gång per månad på demensplanet och ledas av extern resurs med särskild kompetens – uppfylls inte idag.

3.3 Kompetens och utbildning

3.3.1 Iakttagelser

VC berättar att hon genomfört ett kort inledande samtal med personalgruppen då hon började sin anställning i februari. Medarbetarsamtal är på gång. Ett CV eller utbildningsbevis har begärts in av VC som säger att, "det har uppfattats som kontrollerande av vissa medarbetare". VC informerar vidare att för att tydliggöra roller och ansvar i verksamheten, har hon informerat om vilka arbetsuppgifter och ansvar som ingår i samtliga funktioner. Var och en av medarbetarna har därefter fått signera att de tagit del.

De utbildningsinsatser som genomförts under de två senaste månaderna är enligt VC munvård, basala hygienrutiner, inkontinensutbildning från en leverantör, Demens ABC, förflyttningsteknik och genomgång av avtalets ska-krav. Intresset från personalgruppen är enligt VC, lågt och har inte ökat. Vid introduktion av nyanställda tillämpas en särskild inskolningsrutin. Utsedd handledare finns också tillhands under en månad.

Enligt VC finns ett stort intresse för omvärldsbevakning i personalgruppen. Många vill åka på kurser. Hon informerar också att ansvaret för omvärldsbevakning framöver kommer ingå i de olika ombudsrollerna.

De legitimerade berättar att deras medarbetarsamtal inte genomförts men ska ske så snart vårdpersonalens samtal är klara. Genom sin nära kontakt med VC kan de lätt stämma av det utbildningsbehov som gruppen har. Exempel på utbildningar som de själva gått är förskrivning av hjälpmedel och demens ABC. På frågan hur de sprider ny kunskap vidare svarar de att de först stämmer av med VC då de träffas i ledningsgruppen. De legitimerade ser att deras kunskap skulle kunna spridas vidare till omvårdnadspersonalen på ett bättre sätt än vad som är fallet i dag. De berättar att de t ex börjat arbeta med färger i miljön hos dementa personer – men inte spridit sin kunskap vidare till personalgruppen, vilket är ett förbättringsområde. De legitimerade informerar vidare att de utbildat personalgruppen i förflyttningsteknik men att krav måste ställas på både erfarenhet och utbildning gällande vikarier, annars är det svårt att ta till sig den nya kunskapen.

Några av de legitimerade är relativt nyanställda. Deras upplevelse är att introduktionen inte fungerat optimalt då tidigare anställd inte funnits kvar i verksamheten vid deras tillträde.

De legitimerade är medvetna om att de inte kommit igång med registrering i nationella kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska palliativregistret. Utvecklingsledaren inom området är inbokad för att utbilda samt ge råd och stöd.

Omvårdnadspersonalen informerar att endast ca 10 personer av totalt 27 har haft det "lära känna samtal" på ca 15 minuter som VC erbjudit. Samtalet har uppfattats som frivilligt. I maj startar medarbetarsamtalen där kompetensutvecklingsplaner ska tas fram, enligt de intervjuade.
Förutom de av VC nämnda utbildningar nämner omvårdnadspersonalen också läkemedelsutbildning och utbildning i den sociala journalen och genomförandeplanen. De berättar också att timanställda erbjudits att delta i utbildningarna. På frågan om rutin vid introduktion finns och tillämpas så är de intervjuade osäkra. En checklista att använda vid introduktion har nyligen lämnats till VC för att kunna användas framöver. Två av de intervjuade har fått en arbetsbeskrivning från VC gällande beskrivning av sina ombudsroller där ansvar för omvärldsbevakning ingår som en del. De berättar att VC informerat om gällande ska-krav för personalgruppen.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK ser att VC på olika sätt försökt fånga personalens samlade kompetens och att flera utbildningsinsatser genomförts i verksamheten de senaste månaderna.

HVK bedömer att krav gällande ombudsrollerna är uppfyllda och ser positivt på att ansvaret för omvärldsbevakning kommer ingå.

Av utföraren utlovat mervärde:
HVK bedömer att mervärdet inte är uppfyllt då all personal inte har en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

VC informerar att samordnaren har ett övergripande ansvar för introduktion av nyanställd personal gällande kontaktmannaskap. Egen tid inom ramen för kontaktmannaskapet är enligt VC, en timme per vecka. Detta erbjuds "de boende som inte är så aktiva", enligt VC, "medan de aktiva ofta sköter det egen hand". Hennes uppfattning är att ca hälften av personalgruppen kan fungera som en kontaktman med de förväntningar som hon har. Relativt många i personalgruppen "är utom hopp", enligt VC.

Brukarråd har genomförts i december enligt VC, som berättar att det ska genomföras vid fyra tillfällen under året.

De intervjuade ur personalgruppen säger att det är en "ny drive – med nya kontaktmän" på gång. En omfördelning av personalen sker just nu i huset. De beskriver ansvaret som att ha kontakt med närstående, att ta den första kontakten om det är något. "Vi ska få skriva under ett kontrakt så att var och en vet vad som förväntas. Många har reagerat på förändringen att vissa (personal) flyttats till annat plan". De intervjuade beskriver att mycket av arbetet blivit slentrian och kan förstå att förändringar behövs. De berättar också att sjuksköterskan kommer få ett större ansvar för arbetsledning på respektive plan. "Några har sagt upp sig för att man inte har accepterat förändringsarbetet". De intervjuade har saknat ett tydligt ledarskap och tror att det nya ledarskapet kanske är grunden till oron i personalgruppen.

Avsedd tid för kontaktmannaskap har ofta uteblivit, enligt de intervjuade, men ska framöver tydligare framgå på schemat. Omvårdnadspersonalen berättar vidare att det tidigare funnits brukarråd men att det inte finns nu. De informerar om de 12 ombudsroller som håller på att utvecklas och implementeras. Inom företaget finns ett s.k. anhörigombud som ska inrättas i verksamheten. Några anhörigträffar har inte genomförts sedan oktober 2013.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att kontaktmannaskapet är ett förbättringsområde och förväntar sig att samtliga boende erbjuds en timmes egen tid per vecka.

Enligt gällande ska-krav ska såväl brukarråd som anhörigträffar genomföras minst två gånger/år. HVK noterar att kravet inte är uppfyllt och begär i handlingsplan en redogörelse för den planering som finns för de kommande sex månaderna.

3.5 Kost och måltider

3.5.1 Iakttagelser

Enligt ett mervärde ska en trerättersmåltid serveras vid en måltid under veckan. Det sker på lördagarna enligt VC, som också berättar att personalen upplever det som stressigt. Generellt sätt så är hennes uppfattning att personalen är duktig på att göra skillnad mellan vardag och helg. En alternativ maträtt till huvudrätten serveras inte (soppa kan erbjudas). VC berättar vidare att det till hösten ska införas önskekost där de boende ska kunna välja vad de vill äta ca 6-8 veckor före den aktuella dagen. I avvaktan på att nytt arbetssätt införs så är det VC som valt meny till sommarens måltider. För att hinna med alla matningar som är just nu och sin egen lunchrast så schemaläggs personalens lunch från och med den 12 maj, enligt VC.

De legitimerade känner inte till de av äldrenämnden beslutade Riktlinjer för mat, måltider och nutrition. Några bedömningsinstrument används inte för att bedöma eventuella behov av särskilda insatser. Ett mer systematiskt arbete ska påbörjas, enligt intervjuade som dock berättar att viktkontroller sker regelbundet var tredje månad, ibland oftare. Någon kontroll av att nattfasta inte överstiger de rekommenderade elva timmarna förekommer inte, "ibland kan de boende erbjudas något att äta i sängen på morgonen i samband med att de tar sina läkemedel om de äter sen frukost". De berättar vidare om mervärdet, en s.k. trerätters måltid på lördagarna, då det ska dukas fint. Legitimerade uppger sig inte vara direkt delaktiga vid måltiderna men säger att de "ser i förbifarten" hur det fungerar. De upplever att personalen är duktig och oftast säger till om det finns behov av de legitimerades kompetens, men påpekar också att ett behov av logoped är svårt för personalen att fånga upp. För att få till sig ärenden skriver personalen en s.k. ärendelapp med beskrivning av vad frågan gäller. På dessa "kan man se kunskapsnivån hos personalen, som är mycket varierande". Utbildningsinsatser har erbjudits och genomförts men tyvärr har "uppslutningen varit dålig", enligt de legitimerade. Nya utbildningsinsatser planeras av arbetsterapeut och sjukgymnast. Enligt samtliga legitimerade, så hjälper personalen en boende i taget och inte flera - om de är i behov av hjälp med maten.

Omvårdnadspersonalen berättar att det finns kostombud på alla plan. En ska snart sluta och därmed ersättas. De berättar att det är sjuksköterskan som har ansvar för de boendes mat om

det är något speciellt. De säger också att vikten kontrolleras var annan månad. Boende som är morgonpigga äter sin frukost tidigt och de som vill ligga lite längre får något lättare att äta i sängen. Måltiderna serveras mellan klockan 7.30 (första frukost), lunch 11.30-12.00 och middag 16.30-17.00. Enligt uppgift från de intervjuade ska middagen tidigareläggas ca 30 minuter på alla plan då kvällsmålet ska serveras redan klockan 19.00. En spontan diskussion kring nattfasta uppstår. De intervjuade informerar att varken TV eller diskmaskin får vara påslagen under måltiderna. På demensplanet praktiseras s.k. pedagogiska måltider som förebild och stöd för de boende. På övriga plan kan det också emellanåt behövas, enligt de intervjuade, som också berättar att vin i framtiden ska kunna serveras de boende.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK konstaterar att det finns en risk för att nattfasta överstiger de rekommenderade elva timmarna (enligt Svensk näringsrekommendation) och begär att en kartläggning sker omgående och att resultatet därefter delges kontoret.

En brist som påvisas i avtalsuppföljningen är att äldrenämndens "Riktlinjer för mat, måltider och nutrition" inte är kända eller tillämpas samt att evidensbaserat bedömningsinstrument t ex MNA (Mini Nutritional Assessment) inte används. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan. Övriga krav inom området uppfylls.

Av utföraren utlovat mervärde:
Varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid och skapa en atmosfär som anger feststämning. HVK finner mervärdet uppfyllt.

3.6 Aktiv och meningsfylld tillvaro

3.6.1 Iakttagelser

VC informerar om de dagliga gruppaktiviteter som erbjuds de boende. Såväl de erbjudna som de genomförda aktiviteterna signeras på särskild lista. Hon är dock tveksam till om de dokumenteras i den sociala journalen. En aktivitsansvarig finns på alla plan. Förteckning över de aktiviteter som kan förekomma delges kontoret. Enligt ett av utlovade mervärden ska de boende erbjudas en längre aktivitet varje termin. VC berättar om utflykt till Disagården med kaffe Odinborg, om ett kafébesök och om den konstutställning som arrangeras under påskhelgen. Gällande utevistelse så informerar VC att de boende erbjuds. "Alla kan komma ut på något sätt. Aktivitet är på gång i trädgården med t ex odling i pallkragar". Det är motiveringsarbetet som brister i vissa fall, enligt VC. Något samarbete med frivilligorganisationer eller ideella sektorn förekommer inte. Det finns inte heller något ombud utsett för området. VC säger att hon missat kravet och omedelbart ska åtgärda detta. Däremot finns ett samarbete med kultur i vården som sköts av kulturombudet på varje plan, enligt VC.

De legitimerade informerar om att gruppaktiviteter ska genomföras dagligen men att det sällan finns något dokumenterat i journalen vilket medför en svårighet vid uppföljning. En form av signeringslista fylls i vid deltagande i en gruppaktivitet. Informanterna har ingen kännedom om de boende erbjuds egen tid enligt utlovat mervärde.

Representant från de legitimerade berättar om fettisdagen då fem boende åt semlor på Landings konditori, vilket uppskattades av de som följde med. I efterhand visade andra boende intresse för aktiviteten. Detta visar på vikten av att motivera, enligt de intervjuade, som påpekar att detta är ett förbättringsområde för verksamheten. De berättar också om det motstånd - med "suck och stön" - som de möter från omvårdnadspersonalen. Fysioterapeuten berättar vidare att planerat besök på konstmuseet har fått avbokas, då inget intresse fanns bland de boende. Hon funderar på "*hur* de boende kan ha motiverats". Tidigare hade fysioterapeutens uppdrag för aktiviteterna men sedan några dagar har ansvaret övertagits av omvårdnadspersonalen. Fysioterapeutens slutsats är att detta kan ha bidragit till motståndet. Då information till personalgruppen inte tagits emot har avvikelserapporter skrivits gällande "brist i informationsöverföring". Urvalet av aktiviteter som erbjuds de boende har skett genom att testa och se vad som uppskattas, enligt tidigare aktivitetsansvarig. Hennes tips på ännu ej testade aktiviteter - som kan vara värda att prova - är bl a syjunta och herrmiddag.

Intervjuade ur personalgruppen informerar att de dagligen erbjuder någon form av gruppaktivitet. De säger också att aktivitetsombudet informerar om aktuella aktiviteter för de boende och att Röda korset besöker de båda omvårdnadsplanen regelbundet. Några terminsvisa, större aktiviteter, enligt utlovat mervärde känner de intervjuade inte till. Deras uppfattning är att de boende "säger till själva och att en del kan bli kränkta av att få erbjudande om en aktivitet" och att det är kontaktmannen som har det största ansvaret för att fånga upp nya intressen. De informerar vidare att boende inte kan erbjudas utevistelse tre ggr i veckan, vilket är ett av utlovade mervärden. De har uppfattat att en aktivitetsansvarig per plan har ansvar att erbjuda och genomföra utevistelse och upplyser vidare att "flera av de boende är ute några gånger per vecka".

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att verksamheten i vissa delar uppfyller ställda krav inom området aktiv och meningsfylld tillvaro. Något samarbete med frivilligorganisationer, ideella sektorn eller förekomst av ombud inom området, enligt ställda krav, förekommer endast i viss mån. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Av utföraren utlovat mervärde:
HVK noterar att

- personalledda aktiviteter ska anordnas varje dag i grupp om max 10 boende/grupp. Kravet uppfylls.
- de boende ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst en timme per vecka. Kravet är inte uppfyllt
- aktiviteter i form av utflykt ca tre timmar/tillfälle - minst 2 gånger/termin inte anordnas. Kravet är inte uppfyllt
- den enskilde utifrån sin genomförandeplan, ska kunna erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger/vecka. Kravet är inte uppfyllt.

Redogörelse för hur ovanstående krav ska tillgodoses ska framgå av bifogad handlingsplan.

3.7 Hälso- och sjukvård

3.7.1 Iakttagelser

En ny organisation för sjuksköterskorna gäller sedan någon vecka tillbaka, enligt VC, som berättar att sju sjuksköterskor inom A&O roterar under kvällar och helger på tre enheter. Detta innebär tjänstgöring ca en kväll i veckan och en helg på sju veckor per person.

De legitimerade påtalar att de inte är nöjda med fördelningen mellan enheterna där en av enheterna enligt sitt avtal ska bemannas med närvarande sjuksköterska fyra timmar per dag under helgen. Övriga fyra timmar ska fördelas på de två andra enheterna. En mer flexibel bemanning och prioritering skulle gynna patientsäkerheten, enligt deras uppfattning. Legitimerade berättar vidare att medicinska vårdplaneringar genomförs enligt en plan där de tre olika läkarna (en per plan) är delaktiga. Till dessa erbjuds den enskilde och dennes närstående att delta.

Den intervjuade sjuksköterskan är nyligen utsedd till tandvårdsintygsunderlagsutfärdare. Vid vård i livets slut så har omvårdnadsansvarig sjuksköterska på planet mandat att besluta om extravak. En kollega är utsedd till palliativt ombud och de intervjuade informerar vidare om det särskilda arbetssätt/vårdprogram - LCP (Liverpool Care Pathway) - som tillämpas i verksamheten sedan flera år. Kunskap finns att möta närstående i kris, enligt de legitimerade. Ansvaret för de medicintekniska produkterna är fördelat mellan de legitimerade professionerna. Oklart om det finns en plan för de årliga kontrollerna som ska genomföras.

En av de legitimerade samt en undersköterska på varje plan är hygienombud. Regelbundna egenkontroller genomförs gällande följsamhet till de basala hygienrutinerna, arbetet kan dock bli bättre och mer systematiskt, enligt de intervjuade som i sammanhanget informerar att det finns boende med resistenta bakterier. Delegering av ordinerad hälso- och sjukvårdsuppgift förekommer främst gällande läkemedelshantering. Arbetsterapeut och sjukgymnast delegerar relativt sällan men det kan bli aktuellt vid t ex handträning. Om uppgifter inte utförs så skrivs en avvikelse, enligt de intervjuade. Arbetet med kvalitetsregistrering i Senior Alert och Svenska palliativregistret är eftersatt. De legitimerade är medvetna om detta och kommer direkt efter avslutad uppföljning kontakta utvecklingsledaren för att få råd och stöd i det fortsatta arbetet.

Samtliga intervjuade berättar om de teamträffar som sker en gång i veckan. Förutom dessa formella träffar så sker dagliga kontakter mellan omvårdnadspersonalen och de legitimerade. Omvårdnadspersonalen informerar om utbildning i munhälsa som de deltagit i och ger vidare en bra bild av det arbetssätt som tillämpas vid livets slut.

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att flertalet krav inom området är uppfyllda. Dock beskrivs att kvalitetsregistrering i de nationella registren inte utförs vilket är ett förbättringsområde att omedelbart åtgärda.

Av utföraren utlovat mervärde:
Utvärderingsområdet att sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger minst fyra timmar – uppfylls dock inte då en ansenlig del av arbetsdagen utgörs av resor till och från de

olika verksamheterna. Hur detta särskilda mervärde ska uppfyllas ska framgå av den bifogad handlingsplan.

3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.8.1 Iakttagelser

VC informerar att de båda enheterna Glimmervägen och Tavastehus har ett och samma avtal, och därför fördelas 50 % vardera för arbetsterapeut och sjukgymnast mellan enheterna efter eget ansvar. Hon informerar vidare att de legitimerade fått specifik information kring avtalets innebörd. En inventering av alla hjälpmedel som finns i verksamheten (både arbetstekniska och individuellt utprovade) är snart klar, enligt VC. På frågan hur verksamheten tillgodoser mervärdet med handledning och reflektion kring arbetsuppgifter och upplevda problem, svarar VC att det arbetet inte startat. Hon informerar vidare att "reflektionsstunden är tänkt att ske med VC" och att "teammöten kan var ett bra tillfälle - har precis startat. Formerna har inte riktigt satts". Stöd från professionell/extern handledare på schemalagd tid kring personer med demenssjukdom har ännu inte påbörjats men är planerat att starta om en månad, enligt VC.

De legitimerade informeras av HVK om de mervärden som finns inom området då de inte har denna kunskap och kan se skillnaden mellan övriga ska-krav och mervärden. Arbetsterapeut och sjukgymnast är på plats under två heldagar varje vecka men påpekar att de "alltid" är tillgängliga på telefon. En svårighet som de särskilt lyfter är att verksamhetscheferna på denna och annan enhet har beslutat om delvis olika rutiner inom området. På frågan hur verksamheten arbetar fallpreventivt så lämnas ett tvetydigt svar huruvida bedömningsinstrumentet Downtons fallriskindex används (enligt Senior Alert) eller inte. "Det finns väl inget som säger att personer ska fallriskbedömmas vid inflyttning, eller jo det finns det..." Samtidigt säger de att "bedömningar av funktionsnivå dokumenteras i rehabiliteringsplaner" som därefter via Siebel (journalsystemet) delges omvårdnadspersonalen. Planerna används dock inte i någon större utsträckning i det dagliga arbetet. "Personalen läser knappt våra anteckningar i journalen, vilket beror på att de inte har rutin att göra det eller att de inte kan eller vill". De legitimerade upplever att de måste vara övertydliga och "använda sig av barnspråk" för att personalen ska förstå. Implementering av ett rehabiliterande och funktionsuppehållande förhållningssätt i personalgruppen "har också stött på motstånd", enligt de intervjuade som informerar att särskild avsatt tid för delegerade arbetsuppgifter inom rehabiliteringsområdet inte tillämpas. En spontan diskussion uppstår där de intervjuade informerar om det stöd de har från VC men de lyfter samtidigt faran de ser om inte VC har tillräckligt stöd "uppifrån". "Vi kan inte arbeta så här, det fungerar inte". En av de intervjuade uttrycker t ex en oro för sin legitimation och säger "det är något i värdegrunden som inte fungerar". Några tydliga kriterier för när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas av omvårdnadspersonalen finns inte, enligt de legitimerade. Ett annat mervärde som ska uppfyllas är att verksamheten ska ha ett vårdhundsteam med godkänd utbildningssamordnare på minst 30 %. De legitimerade berättar att en lokal på bottenvåningen ska färdigställas innan kravet kan uppfyllas fullt ut.

Omvårdnadspersonalen informerar att arbetsterapeut och fysioterapeut upplevs som mycket tillgängliga och säger att "de är jämt eller ofta på enheten". De berättar att fysioterapeuten tidigare varit aktivitetsombud och därför ofta var i huset. På frågan om det bedrivs något fallpreventivt arbete så berättar de intervjuade att de diskuterar med sjuksköterskan om den

boende bedöms "behöva någon form av larm". Något uttalat fallpreventivt arbete bedrivs inte, enligt personalen. Särskild avsatt tid, enligt ett mervärde, för att utföra delegerade insatser inom rehabiliteringsområdet finns inte. "Det sker när det passar in i omvårdnaden". De intervjuade berättar vidare att de blivit duktigare på ett funktionsuppehållande arbetssätt. Tidigare kunde de boende "ofta bli skötta i sängen – nu är det bättre och vi tänker på det". Informanterna berättar också att de kan "agera handledare där de ibland ifrågasätter kollegornas arbetsmetoder". Vissa boende får besök i det egna rummet av verksamhetens vårdhund då lokal för vårdhundsteamet inte är färdigställd, enligt omvårdnadspersonalen.

3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att krav på bedömning av funktionsnivå samt dokumentation i rehabiliteringsplan är uppfyllt - men att brister finns gällande följsamhet till de legitimerades bedömning och planerade insatser. HVK finner att ledningen omedelbart måste se till att ordinationer och instruktioner verkställs. Vilka insatser och åtgärder som vidtas ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Under intervjuerna framkommer att ett tydligt rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt under dygnets alla timmar inte tillämpas i verksamheten. HVK begär i bifogad handlingsplan en redogörelse som visar på de åtgärder som måste vidtas för att kravet ska kunna uppfyllas.

Av utföraren utlovat mervärde:
Arbetsterapeut och sjukgymnast ska finnas stationerad på boendet alla vardagar minst 20 timmar i var/vecka. Kravet uppfylls inte.

Schemalagd tid ska finnas avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema. Kravet uppfylls inte.

Vårdhundsteam diplomerad från vårdhundsskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare ska vara finnas på minst 30 %. Kravet kan inte uppfyllas fullt ut då lämpliga lokaler inte finns i dagsläget.

3.9 Informationsöverföring och dokumentation

3.9.1 Iakttagelser

VC berättar att det fanns "väldigt lite dokumentation att ta över från tidigare utförare" i oktober 2013. Hon informerar vidare att den genomförda dokumentationsgranskningen visat på brister som t ex "torftig text". Fokus under de senaste veckorna har legat på att ta fram s.k. driftstoppspärmar. Alla boende har nu en aktuell genomförandeplan, vilket även dokumentationsgranskningen visat på, enligt VC (*se bilaga 1*). VC säger vidare att delmål saknas och att detta är ett förbättringsområde.

Den intervjuade omvårdnadspersonalen bekräftar att alla nu har en genomförandeplan. De anser att de inte är tillräckligt konkreta och att målen ibland kan vara väl övergripande. Vid upprättande av genomförandeplanen deltar såväl den enskilde som kontaktman och eventuellt anhörig, enligt de intervjuade.

3.9.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att endast vissa krav gällande den sociala dokumentationen är uppfyllda. För att säkerställa att verksamheten åtgärdar samtliga brister enligt tidigare översänd sammanställning *(se bilaga 1)* kan dokumentationen åter komma att granskas.

3.10 Avvikelser och klagomålshantering

3.10.1 Iakttagelser

VC berättar om de fasta rutiner som nu tillämpas vid avvikelser och klagomål. Hon informerar att personalgruppen lämnat in "hur mycket som helst" och hennes uppfattning är att de nu eventuellt "raljerar" och medvetet testar systemet. En del synpunkter från anhöriga har inkommit, enligt VC.

Omvårdnadspersonalen berättar om de många synpunkter/klagomål som framförts muntligt från boende och anhöriga. Personal har då informerat om den blankett som finns framtagen. Men om informanten valt att inte göra det så har klagomålen heller inte skrivits ner av personalen. De intervjuade säger att samtliga i personalgruppen fått information om Lex Sarah och att alla har fått skriva under att de tagit emot informationen.

Samtliga intervjuade vid de tre intervjuerna säger avslutningsvis att det är god vård som ges de boende men att mycket kan bli bättre i verksamheten.

3.10.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att rutin för avvikelser finns i verksamheten. Hur verksamheten däremot ska hantera muntliga synpunkter och klagomål är inte förankrat i personalgruppen. HVK vill i bifogad handlingsplan få beskrivet hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs genom att ta del av rutiner inom området. Krav enligt SOSFS 2011:9 uppfylls inte.

4 Kontorets avslutande kommentar

Avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstateras i stora delar av de uppföljda områdena, vilket visar att utföraren inte implementerat uppdraget i tillräcklig omfattning vid tiden för avtalsuppföljningen. Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har kallat utföraren till möte för att delge bristerna. Två uppföljande möten har därefter ägt rum 2014-06-13 och 2014-06-30. Utföraren har vid dessa möten redogjort för sina åtgärder. Kontorets bedömning är att ett gediget förbättringsarbete har påbörjats. Arbetet kommer att fortsätta under sommaren, enligt den åtgärdsplan som utföraren beskrivit vid nämnda möten.

HVK har informerat de medicinskt ansvariga (MAS och MAR) om uppmärksammade brister inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Uppsala 2014-07-03

Eva Erikson
Uppdragsstrateg

Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Bil. 2

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2014-04-24

Granskning av social dokumentation vid vård och omsorgsboende Glimmervägen 2014-04-07.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-04-07.

Syfte

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

Metod

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

Resultat

Samtycke

- Samtyckesblankett underskriven av den enskilde/legal företrädare *finns*
- Anteckningar att den enskilde lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i de 11 granskade journalerna.

Beställning

- Beställning finns för samtliga brukare

Genomförandeplan

- ***Finns*** för samtliga brukarna
- Namngiven kontaktman *finns i* 7 planer *saknas* i 4.
- Datum för upprättande av planen *finns i samtliga.*
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns i samtliga.*
- Mål/delmål av övergripande/generell karaktär *finns* i samtliga.
- Hur personal ska utföra en insats *är tydligt beskrivet.*

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel)
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

- NÄR en insats ska utföras *är generellt beskrivet* i samtliga planer? Exempel städ var 14.e dag.
- Underskrift av den enskilde eller legal/ företrädare *finns* i 10 planer, saknas i en plan
- Brukarens egna önskemål gällande aktivitet framkommer inte

Journalanteckningar

- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i *samtliga* journaler då det med automatik framkommer i Siebel när en genomförandeplan upprättas.
- På vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i planering och utförande av insatser utifrån genomförandeplan *saknas* i löpande text i samtliga journaler
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i löpande text i samtliga journaler
- Många anteckningar är av HSL-karaktär
- Ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut ska framgå i dokumentationen, detta *saknas* i samtliga journaler
- Egen tid för brukaren framkommer inte i någon journal.
- Ett fåtal anteckningar finns gällande erbjudande om aktiviteter som verksamheten kan erbjuda framkommer i några journaler som exempel "erbjudit dagens aktivitetet" "sittgympa", "bingo", "promenad". "Erbjuden promenad, tackat nej satt och pratade 20 minuter istället"
- Brukarens upplevelse i samband med aktiviter eller egen tid framkommer inte i någon journal
- I dokumentationen framkommer ovidkommande värdeomdömen.

Samverkan

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

Kommentar

I den löpande texten framkom ett stort antal anteckningar i form av "ingen avvikande", "u.a", "inget att rapportera". I två journaler fanns anteckningar om fel person.

Exempel på anteckningar som inte bör förekomma i den enskildes journal:

- *"X är bekymrad över hur personalen har det gällande Y. X tycker att vi sitter i en svår situation. Hon tycker att vi gör ett bra jobb men x tycker inte om att vi har det så besvärligt."*
- *"Får ligga nästan hela dagen utom 2 timmar över middagen p.g.a personalbrist. Är orolig när han kommer upp i stolen, vill lägga sig igen"*

Social dokumentation under genomförande
I 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS framgår att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
Dokumentationen är beviset på den hjälp samt den omvårdnad som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts utifrån planeringen tillsammans med den enskilde.
I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Det ska framkomma samverkan både inom och utanför verksamheten gällande den enskilde.

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

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

Åtgärdspunkter
- Att i den löpande texten dokumentara att brukare samtyckt till att HVK får ta del av personakt
- Att tydliggöra på vilket sätt brukaren/legal företrädare varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen både vad gäller genomförandeplan samt iden löpande texten.
- Att formulera individuella mål/delmål i genomförandeplanen.
- Att dokumentera i löpande text vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.
- Att i genomförandeplan tydligare beskriva När stöd/hjälp ska utföras utifrån brukarens önskemål. Exempel "Kalle önskar att vi hjälper honom med städ på tisdagar kl:10:00"
- Att förtydliga i löpande text på vilket sätt brukaren/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplan.
- Att i löpande text dokumentera "egen tid" tillsammans med kontaktman.
- Att i löpande text dokumentera brukarens upplevelse av utförd gruppaktivitet som verksamheten anordnar eller "egen tid".

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Frida Blom
Uppdragsstrateg Mia Gustafsson

Bil. 3

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Eva Erikson
Mia Gustafsson

Datum
2014-10-03

Dnr
ALN-2014-0112

Kompletterande handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med äldrenämnden (ÄLN)

Uppföljningsobjekt: Glimmervägens vård- och omsorgsboende
Verksamhetschef: Frida Blom
Processansvarig chef: Ewa Agö

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-10-17

Kompletteringar begärs in till tidigare inkommen handlingsplan (inkom 2014-09-01) i enlighet med vad som framfördes vid mötet mellan ledningen för Ansvar & omsorg och kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) 2014-09-18. De kompletterande svaren ska skrivas i bifogade mall.

Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen. 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, på Svartbäcksgatan 44.

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

Uppföljningsobjekt: Glimmervägens vård- och omsorgsboende

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
3.1 Värdegrund	Verksamheten har fått inskolning i företagets värdegrund i samband med introduktionsutbildning och APT. Sedan våren introducerades ett nytt arbetssätt för värdegrundsarbete (där även kommunens värdegrund finns med som en del). All personal ska genomgå denna två och två för att sedan arbetet ska mynna ut i schemalagda diskussionsgrupper med diskussionskort. Diskussionsgrupperna syftar till att hålla arbetet vid liv samt skapa reflektion kring arbetet. Under grupperna kommer verksamheten formulera en lokal värdegrund utifrån	VC Värdegrunds-ledare	Trappan 2014 Diskussions grupper och formulering, kontinuerligt under Hösten 2014 och våren 2015	Månatlig uppföljning av OC (Områdeschef) Internrevision Uppföljning av värdegrundsarbete genom kvartalsrapport till samordnare för värdegrund i A&O (M. Kanerva) Utbildningar och nätverksträffar under hösten för värdegrundsledare		

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
	företagets och kommunens värdighetsgarantier. All personal lämnar in anteckningar på särskilda blanketter från varje moment för att hålla VC och värdegrundsledare uppdaterade under processen samt underlätta sammanställning. Utsedda och utbildade värdegrundsledare håller i arbetet tillsammans med VC.				Nej	Utbildning och nätverksamträffar under hösten – Datum? *Uppföljning har skett i augusti. Planeras för ca 2-3 träffar under hösten.* *Chefsträff inom A&O 9+10/10. Verksamheten ska leva ett värdeord varje månad (trygghet, värme, omtanke)* När sker internrevision?
Delge HVK mall för månatliga uppföljningar Delge den senaste månatliga uppföljningen Delge datum för internrevision				***Datum för internrevision är 2014-12-17*** ***Mallar bifogas.***	Ja	

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
3.2 Bemanning enligt täthetsschema i FFU på demensplanet	Bemanningen är enligt FFU Vid ev. frånvaro tillsätts vikarie Aktivitetsrad finns i schema.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Nej	Nytt schema tillämpas i verksamheten sedan en tid. Skulle lämnas vid möte 18/9 - lämnades ej
Delge HVK aktuellt schema för samtliga personalgrupper i verksamheten				***Bifogas.***	Ja	
3.2 Konflikter i arbetsgruppen	Behandlas och arbetas med kontinuerligt. Omflyttning i huset har skett. Processansvarig VC med fokus på dessa frågor har tillsatts. Dubbel handledning under höst.	VC	Pågående	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Nej	Hur sker den månatliga uppföljningen för området? Hur går mätningen till? *VC berättar om åtgärder och pekar på svårigheten att mäta förbättringar på ett objektivt sätt*
Delge den senaste månatliga uppföljningen				***Bifogas.***	Ja	
3.2 <u>Mervärde</u> Extern resurs för handledning minst en gång per månad på demensplanet	Handledare inbokad för verksamheten. Under hösten av extern demensvårds-utvecklare, initialt var 14:e dag.	VC	Genomfört Kontinuerligt	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Ja	När har handledning genomförts efter sommaren? *Den 28/8 därefter var 14 dag. Utförs av demensvårdsutvecklare*

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
						inom A&O
3.3 Mervärde Komp utvecklingsplan Komp utveckling – heldagskurser, studiebesök eller konferens två gånger per år.	Kompetensutvecklingsplaner upprättats i samband med medarbetarsamtal. Efter handledning ger även demensvårdsutvecklaren förslag på gemensamma utbildningsinsatser. • Planeringsdag/konferens för personal (heldag) Före 15 oktober • Studiebesök i annan verksamhet och stad, måltidsglädje, oktober • Dokumentationsutbildning, november Övriga utbildningar inom värdegrund, kost, hygien mm inplaneras kontinuerligt.	VC	Genomfört Flera utbildningsinsatser har skett under våren såsom Basala hygienrutiner, förflyttningsteknik, hjälpmedel, munvård. Inkontinens utbildning för ombud. Hygienutbildning för ombud. Demens ABC Värdegrundsledare har utbildats.	Månatlig uppföljning av OC Redovisning av komptesnutvecklingsplaner Internrevison	Ja	Tema på planeringsdag? *Värdegrund* *Alt datum 14,16 eller 23/10* Vilka studiebesök i annan stad har skett/planeras? Utbildare i dokumentation? *A&O kvalitetsutvecklare* Finns beslut om nya utbildningar?

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
Delge HVK datum för planerade utbildningsinsatser inkl studiebesök i annan stad (under okt - dec)				***SOL-dokumentation 27 nov + 4 dec.*** ***Studiebesök annan stad: 19 nov. + 9 dec.*** ***Värdegrundsledare 12 nov.*** ***Nutrition SSK 20 nov. Sårvård SSK 20 nov.*** ***Handledning enl plan.*** ***Planeringsdagar pågår, klart v 43***	Ja	
3.4 Brukarråd och närståendeträffar ska genomföras minst två gånger/år.	Brukarråd och anhörigråd finns. Närståendeträffar har skett vår, sommar och ytterligare tillfälle i september.	VC	Höst och Vår	Månatlig uppföljning av OC Internrevison	Ja	Datum för brukarråd? *Har genomförts den 18/9* Datum för anhörigråd? *Har genomförts den 28/8* Datum för närståendeträff *Ska genomföras den 7/10*
3.5 Risk att nattfasta överstiger rekommendation. Kartläggning delges kontoret	SSK har gjort en kartläggning på detta och det registreras i vårdplanerna. Kartläggning är inskickad till kommunen.	VC	Genomfört Kontinuerligt	Månatlig uppföljning av OC Uppföljning av kvalitetsansvarig Internrevison	Nej	Endast mallen för screening av nattfasta har delgivits HVK. *En avidentifierad sammanställning/*

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
						kartläggning kommer att delges HVK
Delge kontoret en avidentifierad kartläggning av nattfastan				***Bifogas.***	Ja	
3.5 Implementera "Riktlinje för mat, måltider och nutrition"	Personal har fått del av kommunens riktlinjer. Kostplanering är gjord efter riktlinjerna.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Uppföljning av kvalitetsansvarig Internrevison	Ja	*Menyer - framtagna tillsammans med leverantören - följer SNR (Svensk näringsrekommendation)*
3.5 Evidensbaserat bedömningsinstrument t ex MNA (Mini Nutritional Assessment) ska implementeras	Senior Alert är implementerat där Nutrition kartläggs	VC / SSK	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Uppföljning av kvalitetsansvarig Internrevison	Nej	Senior Alert är inte implementerat, enligt utvecklingsledare på HVK. *A&O kvalitetsansvarig har redan vidtagit åtgärder*
Delge plan för när samtliga bedömnings-instrument i Senior Alert har genomförts.				***Alla registreringar ska vara klara senast vid årsskiftet med delmål om 50 % i november.*** ***Kvalitetsansvarig hos A&O följer detta via inloggning i Senior***	Ja	

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
				alert och vid SSK-möte.		
3.6 Samarbete med frivilligorganisationer, ideella sektorn eller förekomst av ombud inom området saknas.	Samarbete har inletts med frivilligorganisationer samt viss dagligverksamhet. Frivilligombud finns utsedd inom området.	VC	Genomfört och utvecklas vidare	Månatlig uppföljning av OC Internrevison	Ja	
3.6 <u>Mervärde</u> Utifrån GPL få egen tid för aktivitet eller samvaro minst en timme per vecka.	Egentiden planeras in i dagplaneringsmallarna för att säkerställa att det genomförs. Checklista införd med signering för egentid och utförd utevistelse. Detta ska även föras in i den sociala dokumentationen (Siebel). I samband med nytt schemasystem ges möjligheten att återigen få in det i den vanliga schemaläggningen.	VC	Planering, Genomfört Nytt schema-system, okt.-nov.	Månatlig uppföljning av OC Social dokumentation Checklistor & Dagplaneringsmall Internrevision	Nej	Glimmersalen 3 ggr/v Individuella aktiviteter för de som inte deltar? Dagplanering endast på ett plan! *På alla plan nu enligt VC* Genomgång av boende samt dok i GPL? *Inte klart* Ersättare för aktivitetsansvarig? När Annika är i Norrköping? *Översyn av samtliga tavlor ska ske snarast, enligt VC*
Delge HVK tidsplan för när samtliga boende fått frågan enligt mervärdet				***Frågan om egentid och utevistelser är genomfört.*** ***Mallar och uppföljning bifogas.***		

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
Delge den senaste månatliga uppföljningen Delge mall för dagplanering					Ja	
3.6 Mervärde Minst 2 gånger/termin ska aktiviteter i form av utflykt ca tre timmar/tillfälle anordnas.	Utförda utflykter: Landings konditori 4 H gården från Gränby varit på besök Botaniska trädgården Utflykter för höst/vinter planeras enligt avtal.	VC	Vår/sommar genomfört 2 tillfällen för höst/vinter, 2014	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Ja	Finns aktivitet beslutad för hösten?
Finns inplanerad aktivitet för hösten?				***Höstens aktiviteter är inte datumsatta men planering pågår och de kommer att utföras enligt avtal.***	Ja	
3.6 Mervärde Utifrån GPL erbjudas utomhusaktiviteter minst tre gånger/vecka.	Checklista införd med signering för erbjuden och utförd utevistelse. Detta ska även föras in i den sociala	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Social dokumentation	Nej	Hur fungerar det nu? *Det fungerar bättre än tidigare, enligt OC*

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
	dokumentationen (Siebel).			Internrevision		
Delge den senaste månatliga uppföljningen				***Bifogas.***	Ja	
3.7 Mervärde Sjuksköterska stationerad på boendet alla helger minst fyra timmar/dag.	Sjuksköterska finns tillgänglig i tjänst 8 timmar varje helg varav 4 timmar är planerade och stationerade på Glimmervägen (eller Tavastehus). Transporttider mellan enheterna sker genom avtal med taxi och ingår ej i de 4 timmarna.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Ja	Väntetid på taxi? *Nej, VC bedömer att det fungerar bra.*
3.8 Bristande följsamhet till planerade/ordinerade insatser	Planeras in på dagplaneringsmallen.	VC	Genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Nej	Hur fungerar dagplaneringsmallen? *Det nyligen införda arbetssättet har börjat sätta sig, enligt VC* Hur sker uppföljning?
Delge den senaste månatliga uppföljningen				***Bifogas.***	Ja	
3.8 Rehabiliterande /funktionsuppehållande	Arbetsterapeut och fysioterapeut kommer genom	VC	Pågående	Månatlig uppföljning av OC		Finns daglig planering för samtliga plan? *Ja, enligt*

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
arbetssätt tillämpas inte fullt ut under dygnets samtliga timmar.	den dagliga planeringen, information och handledning av personalen att implementera ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbets/synsätt			Internrevision	Ja	*VC*
Delge den senaste månatliga uppföljningen				***Bifogas.***	Ja	
3.8 Mervärde Arbetsterapeut och fysioterapeut stationerad på boendet alla vardagar minst 20 timmar per vecka.	Arbetsterapeut och fysioterapeut kommer genom samarbete och handledning att få hjälp att planera sin tid och arbetsuppgifter så att de hinner med de uppgifter som åligger dem inom sitt ansvarsområde och de behov som finns. Vid utökat vårdbehov eller förändrade förutsättningar har VC i uppdrag att förstärka genom att köpa ytterligare kompetens. Schemat är planerat så att 20 timmar per vecka av respektive yrkeskategori finns på plats.	VC	Pågående Schemalägg ning, genomfört	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Nej	Sjg 50 % på 3 hus *A&O är av uppfattningen att avtalet uppfylls genom denna bemanning* AT på 80% för ett uppdrag Under en månad Vilken plan finns för okt, nov o dec? *A&O är av uppfattningen att avtalet uppfylls genom denna bemanning. Ny AT 100% tillträder tjänst 1/11*
Ersättningsreducering hanteras av				***AT finns enligt avtal på 100 % som vi hyr. Rekryterad AT på***		Godkänd efter kompletterande uppgifter

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
avtalsstrateg som inväntar kompletterande besked från A&O.				***100% tillträder 2014-12-01.*** ***SJG finns sedan 2014-10-01 på 100 % (2x50%) och perioden 22 oktober till 7 november på 150 % för introduktion. Rekryterad SJG på 100% tillträder 2014-11-01.*** ***Brist på SJG kan konstateras under perioden 2014-09-01 – 09-30 i en omfattning av 50%.***	Ja	som inkom efter möte 141022 Ersättningsreducering är avslutad då påvisade brister gällande bemanning av arbetsterapeut och sjukgymnast har åtgärdats.
3.8 Mervärde Schemalagd tid för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i arbetsschema.	Planeras in på dagplaneringsmallen.	VC	Genomförs kontinuerligt	Månatlig uppföljning av OC Internrevision	Ja	Praktiseras detta på samtliga plan? *A&O svarar ja på frågan*
3.10 Verksamhetens hantering av muntliga synpunkter och klagomål.	Utredning och återkoppling sker av VC enligt företagets rutiner. Månatligt kvalitetsråd i verksamheten hanterar alla inkomna synpunkter och avvikelser.	VC / OC	Rutin: Genomförd Kvalitets-råd: Kontinuerligt (minst 10 ggr/år)	Månatlig uppföljning av OC OC deltar vid 2 kvalitetsråd under hösten för att säkerställa form och funktion. Månatlig redovisning till kvalitetsansvarig samt OC.		Hur hanteras muntliga synpunkter och klagomål? *A&O beskriver verksamhetens rutin. Frågan - om den är implementerad - besvaras inte* Vilka deltar i kvalitetsråd?

Område (se rapport) Krav på ytterligare åtgärder - Röd text	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Information samt utfästelser som delgavs på möte 2014-09-18** *Kursiv text*
	Redovisning av detta samt åtgärder sker till OC samt Kvalitetsansvarig.			Internrevision	Ja	Personalen delaktig? *A&O svarar: legitimerade, en usk/plan samt ledningen.* Upprättas en kvalitetsberättelse enligt SOSFS 2011:9? *VD för A&O informerar att en kvalitetsberättelse kommer att tas fram enligt SOSFS 2011:9 för verksamhetsåret 2014.*