

Handläggare
Mia Gustafsson

Datum
2014-12-18

Diarienummer
ALN-2014-0181.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet von Bahr

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

En planerad avtalsuppföljning genomfördes vid vård- och omsorgsboendet von Bahr 26 maj 2014, *bilaga 1*. En granskning av den sociala dokumentationen genomfördes 17 juni 2014, framgår i *bilaga 1*. Med anledning av att avtalsuppföljningen visade på stora brister som Attendo Individ och Familj tidigare meddelat avhjälppts utifrån en avtalsuppföljning i oktober 2011, kallade kontoret till möte med ledningen. Mötet ägde rum 23 juni 2014 och kontoret krävde omgående in en handlingsplan som tydligt beskrev åtgärder på kort och lång sikt, denna inkom 26 juni 2014, *bilaga 2*.

Handlingsplan utifrån genomförd avtalsuppföljning 26 maj 2014 inkom 11 augusti 2014. Kontoret följde upp de beskrivna åtgärderna med ett oanmält besök 19 augusti 2014. Ledningen för Attendo Individ och Familj kallades till möte 22 augusti 2014 då åtgärder inte förefallit vidtagits i den utsträckning kontoret förväntat sig. Kompletterande svar till handlingsplanen begärdes och ersättningsreducering meddelades i enlighet med punkt 4.22 i förfrågningsunderlaget.

Handlingsplan inkom 15 september 2014. Ledningen för verksamheten meddelade den 30 oktober 2014 att brister avhjälppts och att verksamheten följde uppdraget enligt avtal. Kontoret följde upp detta med ett planerat och ett oplanerat besök på verksamheten samt telefonintervju med legitimerad personal. Den 5 december 2014 hölls möte mellan kontoret och ledningen. Kontorets samlade bedömning är att ett systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete pågår och att de vidtagna åtgärderna kommer bidra till att samtliga krav i avtalet kan uppfyllas. Därmed godkänns handlingsplanen (*bilaga 3*) och HVK ser nu ärendet som avslutat.

Äldreförvaltningen

Roger Jo Linder
Tf Direktör

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2014-07-04

Diarienummer
ALN-2014-0181

Attendo Individ och familj AB
Regionchef Eva Dall
Vård- och omsorgsboende von Bahr

Avtalsuppföljning vid von Bahr vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Attendo Individ och Familj AB von Bahr
Adress	Ferlingsgatan 31B 754 28 Uppsala
Verksamhetschef	Enhetschef Camilla Furuskär
Tfn och mejladress	018-7272620 camilla.furuskar@attendo.se (avslutat sitt uppdrag 2014-06-27)
Uppföljning utförd av uppdragsstrateger	Mia Gustafsson och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef Camilla Furuskär, Anders Berg samordnande verksamhetschef, Eva Rehnberg Arvidsson regional verksamhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast samt sjuksköterska. Fyra omvårdnadspersonal (representanter från dag/kväll/natt).
Totalt antal platser	16 lägenheter (två tomma platser vid uppföljningstillfället)
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende inriktning missbruks – eller beroendeproblematik
Avtal	Dnr ALN-2010-0146
Avtalstid	2011-05-01 till och med 2014-04-30. Förlängning 3 år.
Datum för uppföljning	2014-05-26

Vård- och omsorgsboendet von Bahr ligger i stadsdelen Lötén och drivs av Attendo Individ och Familj AB sedan maj 2011. Totalt finns 16 lägenheter i huset fördelade på fyra boendeenheter om fyra lägenheter och riktar sig mot äldre personer med missbruks- eller beroendeproblematik. Vid tidpunkten för avtalsuppföljningen var två lägenheter lediga. Boendet är avsett för såväl kvinnor som män och för närvarande bor en kvinna och 13 män på von Bahr. Majoriteten av de boende är över 65 år.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet von Bahr. Boendet drivs av Attendo Individ och Familj AB sedan maj 2011. 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

Det är tydligt för kontoret att värdegrundsarbetet är i sin linda och att kraven i avtalet inte uppfylls. I bifogad handlingsplan ska verksamheten beskriva sitt planerade värdegrundsarbete samt de åtgärder som vidtas för implementering av äldrenämndens värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna.

Kontoret begär också i handlingsplan ett svar hur verksamheten ska säkra att viktig information når alla i personalgruppen, vilket skulle kunna verkställas bl.a. genom obligatorisk närvaro vid verksamhetens arbetsplatsträffar.

Arbetsledning och bemanning

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället inte har den bemanning som krävs när det gäller samtliga yrkeskategorier. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse vilka åtgärder verksamheten ska vidta för att säkerställa att den enskildes behov kan tillgodoses. Gällande bemanning för sjuksköterska, se vidare under avsnitt 3.6 Hälso- och sjukvård och för arbetsterapeut och sjukgymnast, se vidare under avsnitt 3.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov.

Kort efter avtalsuppföljningen får kontoret information om att chefen slutar sin anställning juni 2014. Kontoret förväntar sig att få kontinuerlig information om hur rekryteringsprocessen fortskrider och att den chef som rekryteras har den kompetens och erfarenhet som framgår av avtalet.

Ett förbättringsområde är att omgående informera personalen om hur kontakt tas med legitimerad under tid då sjuksköterska inte finns i huset.

Kompetens och utbildning

HVK ser att det i verksamheten pågår ett arbete med att kartlägga omvårdnadspersonalens utbildning/kompetens och behov av vidare kompetensutveckling, vilket är positivt. Kontoret begär i handlingsplan en detaljerad beskrivning när samtliga medarbetare planeras ha en kompetensutvecklingsplan samt en grovplanering för höstens utbildningsinsatser.

I anbudet s 31 finns beskrivet att processinriktad handledning ska ges personalen regelbundet på enheten, att verksamheten ska arbeta utifrån ett salutogent synsätt, att program för

kompetensutveckling ska finnas. Detta förefaller inte finnas i verksamheten. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur beskrivning i anbudet ska uppfyllas.

Utföraren ska enligt krav i avtal vara ”vaken för forskning och utveckling och använda den i sin verksamhetsutveckling” (punkt 2.3.3 i avtalet). Detta säkerställs inte på ett tillfredsställande sätt och kontoret ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

Drog- och alkohoterapeut finns i verksamheten, vilket är positivt. Kontoret förutsätter att terapeutens kompetens tas tillvara så denna gynnar boende och personalgrupp.

Kontaktmannaskap

Alla som bor vid von Bahr har en kontaktman. Rutin för kontaktmannaskap finns. Dock kan kontoret inte se hur verksamheten arbetar med att fånga de enskildas, utifrån deras förmåga, inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges.

Anhörigräffar och brukarråd genomförs inte strukturerat i verksamheten. Kontoret bedömer att verksamheten har många olika delar att arbeta med inom detta område och begär i handlingsplan hur verksamheten ska åtgärda ovanstående beskrivna områden.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Kontoret noterar att volontär/kulturombud finns i verksamheten i enlighet med avtalet.

Kontoret ser dock att verksamheten har stora brister inom området trots ett påbörjat förbättringsarbete. HVK finner det anmärkningsvärt att verksamheten inte kommit längre i verkställandet av krav, och begär i handlingsplan en redogörelse för de åtgärder som nu måste vidtas samt planering av aktiviteter för kommande halvår.

Hälsa- och sjukvård

HVK bedömer att hälso- och sjukvården har stora brister och att ett flertal ska-krav inte uppfylls. Palliativt ombud saknas och stöttning till såväl boende som till personal saknas. Arbetet kring tandhälsan fungerar inte fullt ut. Hygienombud saknas fullt ut liksom en etablerad kontakt med vårdhygien. Det förekommer att läkaren genomför ronder utan sjuksköterska, vilket kontoret ser allvarligt på. Verksamheten arbetar inte i de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior Alert. Kontoret begär i handlingsplan svar hur ovanstående brister ska åtgärdas.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

Kontoret bedömer att det finns flera brister inom detta område i verksamheten och där avtalet således inte följs. Rutin för fallprevention finns men är dock inte implementerad i verksamheten. Ett tydligt och säkert fallpreventivt arbete kan inte beskrivas. I verksamheten saknas ett teamarbete med tydliga strukturerade mötesformer som sker med en sådan regelbundenhet att en god och säker vård kan garanteras.

Arbetet som i anbudet s 55 beskrivs som allmän och specifik rehabilitering framkommer inte på ett tydligt sätt i intervjuerna. Det förefaller som om arbetsterapeut och sjukgymnast inte fullt ut har förutsättningar att utföra sitt arbete utifrån sin profession. Kontoret begär i

handlingsplanen en redogörelse hur verksamheten ska arbeta för att fullt ut uppfylla kraven inom området.

Kontoret noterade under uppföljningstillfället att bemanningen för arbetsterapeut och sjukgymnast under juni – augusti var oklar. I den tidigare inskickade handlingsplanen (som beskrivs under punkt 4 kontorets avslutande kommentar) framkommer en planering hur behovet ska tillgodoses.

Dokumentation och informationsöverföring

Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 17 juni vid verksamheten och där framkom ett fåtal brister mot krav i avtal och andra styrande dokument. Dokumentationsskyldighet åligger enligt lag och ska-krav och kontoret begär i handlingsplan en redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen.

Kontoret begär även svar i handlingsplan hur informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna ska säkras.

Avvikelser och klagomålshantering

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelshantering finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkter och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap 5 §§6-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär en redogörelse i handlingsplan inom området.

Det systematiska kvalitetsarbetet framkommer inte på ett tydligt sätt, vilket är anmärkningsvärt. Dock beskrivs av ledningen att kvalitetsmöten planeras att starta inom kort. Kontoret begär en redogörelse för de åtgärder som planeras vidtas inom området.

Kontoret förutsätter att ledningen säkerställer att all personal har kännedom om Lex Sarah.

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 11 augusti 2014, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område. Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

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

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

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en riktad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet von Bahr, vilket innebär att vissa utvalda områden varit i fokus för uppföljningen. Detta föranleddes inledningsvis av ett antal synpunkter och klagomål som inkom från myndighetens biståndshandläggare och boendesamordnare gällande bl.a. bemanning av samtliga yrkeskategorier, hälso- och sjukvård, dokumentation, brister i möjlighet till aktiviteter och social samvaro. Kontakt togs i februari 2014 med dåvarande verksamhetschef som skriftligen besvarade ett antal frågor utifrån ovan beskrivna områden. Kontoret fattade därefter beslut att följa upp verksamheten genom en avtalsuppföljning riktad mot de områden som varit i fokus.

Attendo Individ och Familj har drivit von Bahr sedan den 1 maj 2011. Under denna period har en stor omsättning skett på verksamhetschefs och sjuksköterskenivå. Kort efter övertagandet i oktober 2011 genomfördes en avtalsuppföljning¹ av verksamheten där brister mot ska-krav förelåg. Attendo beskrev åtgärder i handlingsplan. Den nyligen genomförda avtalsuppföljningen påvisar brister mot ska-krav och till stor del kring de områden som tidigare avtalsuppföljning visat.

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 samt granskning av den sociala dokumentationen (se bilaga 1). Kontoret har inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner och dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. 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.

¹ Diarienummer ALN-2011-0062

2.3 Metod

Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten, vilka hölls separat med respektive profession. Dock intervjuades sjuksköterskan den 1 juli då denna inte hade möjlighet att närvara under hela intervjutillfället den 26 maj då övriga intervjuer genomfördes.

- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar har genomförts inom lagrummet socialtjänstlagen (SoL)
- Granskning av personalschema har skett
- Övriga dokument som granskats är bland annat protokoll från arbetsplatsträff (APT) 140522, aktivitetsplan – kort beskrivning av aktiviteter på individ och gruppnivå, lokal rutin och flödesschema vid hot och våld, rutin för boende vid påverkan av alkohol/droger, rutin för fallprevention och Attendos brukarundersökning 2013

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 och utförarens anbud samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

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 trivsamtidsmiljö, påverka menyn och tidpunkt för måltider* samt få en årlig läkemedelsgenomgång.

3.1.1 Iakttagelser

Äldrenämndens antagna värdegrund var känd hos en i ledningen, dock inte hos övriga intervjuade. De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 2013 i Uppsala kommun var inte kända hos någon av de intervjuade och därmed inte implementerade i verksamheten.

Ledningen framför att kvalitetsavdelningen inom företaget haft ansvar för värdegrundsarbetet. Nu är planeringen att värderingscoacher ska utbildas och driva arbetet vidare i verksamheterna. En i omvårdnadspersonalen är utsedd att gå denna utbildning, dock oklart när denna utbildning ska genomföras. Den utsedda i omvårdnadspersonalen uppger sig inte ha klar bild över framtida uppdrag som värderingscoach.

Ledningen framför att på lokal nivå har värdegrundsarbete bedrivits genom att det på arbetsplatsträffarna (APT) varit en stående punkt där värderingar diskuterats. Men det framförs samtidigt att värdegrundsarbete "legat lågt" under våren som en i ledningen uttryckte det. Orsaken uppges vara chefsbyte. Omvårdnadspersonalen berättar att arbetsplatsträff ägt rum

nyligen med den nya chefen och att det var första på länge. Verksamhetens arbetsplatsträffar uppges av ledningen inte vara obligatoriska och därmed nås inte alla i personalgruppen av information.

3.1.2 Kontorets kommentarer

Det är tydligt för kontoret att värdegrundsarbetet är i sin linda och att kraven i avtalet inte uppfylls. I bifogad handlingsplan ska verksamheten beskriva sitt planerade värdegrundsarbete samt de åtgärder som vidtas för implementering av äldrenämndens värdegrund och de lokala värdighetsgarantierna. Kontoret finner det anmärkningsvärt att verksamheten inte kommit längre i sitt arbete inom området. Företagets egna värdegrund förefaller inte heller vara förankrad hos omvårdnadspersonalen.

Kontoret begär också i handlingsplan ett svar hur verksamheten ska säkra att viktig information når alla i personalgruppen, vilket skulle kunna verkställas bl.a. genom obligatorisk närvaro vid verksamhetens arbetsplatsträffar.

3.2 Arbetsledning och bemanning

3.2.1 Iakttagelser

Enligt ledningen finns tio anställda i omvårdnadsarbetet, därutöver tillkommer timanställd personal. Bemanningen är två personer från 8.00 till 19.45 då första personen avslutar sitt pass, den andra går hem 22.00. Längsta turen innebär ett 14 timmars arbetspass där 1,5 timmes rast ingår. Medarbetarna turas om att ta rast, och den som inte har rast arbetar ensam under denna tid. Bemanningen uppges av samtliga vara lika på helgen. För tillfället arbetar en personal som extra stöd på helgen mellan 13.00–17.00 då en boende ofta har behov av extra stöd.

Omvårdnadspersonalen framförde att de själva valt att arbeta långa pass och de såg fördelarna med att "hinna påbörja och avsluta saker", som de själva uttryckte det. En annan fördel som de lyfte fram var att det genererar fler lediga dagar. Dock framkom att de inte alltid hann dokumentera när de slutade sitt arbetspass kvällstid. Någon uttryckte att det långa passet gjorde att man inte riktigt orkade. De legitimerade framförde att fler lediga dagar för omvårdnadspersonalen och att bara 2 av 10 är i tjänst under en dag försvårar legitimerades arbete t ex anser de att teamarbetet försvåras och ordinationer är svåra att följa upp.

I verksamheten finns en samordnare, dock oklart hur många procent som är avsatt till samordnande/administrativa uppgifter. Denna person ingår i ordinarie bemanning vilket kan orsaka ensamarbete för sin kollega när administrativa uppgifter måste utföras. Vidare berättar omvårdnadspersonalen att det finns boende med behov av dubbelbemanning under dagen/kvällen och vid dessa tillfällen finns inte personalen tillgänglig för övriga boenden.

På natten finns två personal i huset, varav en är vaken och en har sovande jour mellan 00.00-05.00. Den som har sovande jour slutar 8.15 och därmed säkras informationsöverföring mellan natt och dagpersonal, vilket överensstämmer med det schema som kontoret tagit del av i samband med avtalsuppföljningen.

När det gäller bemanning av legitimerad personal arbetar samtliga professioner på "konsultbasis". Sjuksköterskan säger sig arbeta ca 20 timmar per vecka i verksamheten, dagarna på plats i verksamheten varierar från vecka till vecka. Arbetsterapeut och sjukgymnast är på von Bahr två timmar på fredagar. Utöver detta arbetar de på två hemvårdsområden inom Attendo. På kvällarna är det Attendo Cares egen jourverksamhet som tillgodoser hälso- och sjukvårdsbehovet och på nätter är det kommunens natthemsjukvård.

Den nytillträdda chefen är den femte personen med chefsansvar sedan övertagandet i maj 2011. Denna innehar relevant kompetens så som sjuksköterska dock uppfylls inte kravet gällande antal år av erfarenhet i arbetsledande ställning. Med anledning av detta finns regional och samordnande verksamhetschef som stöttning.

Namnngiven ersättare för nuvarande chef vid frånvaro är en verksamhetschef från ett vårdboende i Stockholms regionen. Enligt ledningen finns också en tydlig jourlista dit personalen kan ringa vid frånvaro av chef. Detta var inte tydligt för personalgruppen, någon kände till jourlistan men uppgav att det hänt att ingen svarat och vid något tillfälle har bemötandet inte varit bra. Personalen på natten uppger att de ringer sjukvårdsrådgivningen 1177 vid behov.

Ledningen framförde att en god och säker vård säkerställs bland annat via den kontinuerliga planeringen av bemanningen. Att det finns möjlighet till extra bemanning om behovet finns. Idag är det extra bemanning på helgen mellan 13.00–17.00. Samordnaren planerar in och riskanalyser görs om behovet finns.

3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället inte har den bemanning som krävs när det gäller samtliga yrkeskategorier. Omvårdnadspersonalens långa arbetspass förefaller dessutom påverka verksamheten i negativ riktning. Kontoret bedömer att verksamheten utifrån den bemanning som finns vid uppföljningstillfället inte kan identifiera och tillgodose den enskildes behov i den utsträckning som avtalet avser. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse vilka åtgärder verksamheten ska vidta för att säkerställa att den enskildes behov kan tillgodoses.

Gällande bemanning för sjuksköterska, se vidare under avsnitt 3.6 Hälso-och sjukvård och för arbetsterapeut och sjukgymnast, se vidare under avsnitt 3.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov.

Den nytillträdda chefen är utbildad sjuksköterska och har arbetat ca 1,7 år i ledande ställning, vilket inte är enligt gällande krav i avtalet. Kort efter avtalsuppföljningen får kontoret information om att chefen slutar sin anställning juni 2014. Kontoret förväntar sig att få kontinuerlig information om hur rekryteringsprocessen fortskrider och att den chef som rekryteras har den kompetens och erfarenhet som framgår av avtalet.

Ett förbättringsområde är att omgående informera personalen om hur kontakt tas med legitimerad under tid då sjuksköterska inte finns i huset.

3.3 Kompetens och utbildning

3.3.1 Iakttagelser

Majoriteten av medarbetarna vid von Bahr har undersköterskekompetens, endast en fastanställd person uppges av ledningen sakna detta men har påbörjat utbildning. Av nattpersonalen är en person utbildad drog- och alkoholterapeut.

Vid nyanställning uppges ledningen att endast personer med avslutad undersköterskeutbildning anställas. Gärna också med erfarenhet inom missbruksvård. När det gäller introduktion av nyanställda finns en tydlig rutin, vilken förefaller vara förankrad i personalgruppen. I introduktionsprogrammet ingår bland annat dubbelgång och genomgång av olika rutiner och checklistor etc.

Ingen av personalen har idag individuella kompetensutvecklingsplaner. Dock framför ledningen att arbetet med upprättande av planerna kommer starta inom kort och ambitionen är att de ska vara klara till slutet av augusti. Arbetsterapeut och sjukgymnast har planer som upprättats med sina chefer i hemvården utan koppling till von Bahr.

Ledningen har ingen kännedom om vilka utbildningsinsatser som genomförts för personalen under slutet av 2013 och början av 2014. Samtliga av den intervjuade personalgruppen kan inte lyfta fram några konkreta exempel på detta.

Enligt ledningen är det på gång olika utbildningar inom t ex ergonomi, förflyttningsteknik och HLR (hjärt-lungräddning). En kvalitetsansvarig har utsetts i verksamheten och denna ska få gå utbildning inom området. Till hösten finns planering för en utbildning i social dokumentation. Omvårdnadspersonalen bekräftar att de inte har några individuella kompetensutvecklingsplaner men uppges ha fått information om att detta är på gång. Personalen känner till de planerade utbildningar ledningen beskriver. De framför att den nytillträdde chefen (som slutat) upplevs som positiv och lyhörd när någon har ett önskemål/behov. Legitimerad personal och någon i omvårdnadspersonalen framförde önskemål om utbildning i MI samtal².

Enligt ledningen bedrivs i dagsläget inget aktivt arbete med att bevaka t ex forskningsbaserad vård eller säkerställa att det tas tillvara så det leder till utveckling/förbättring av verksamheten. Dock uppges detta vara på gång och ska tillgodose av den kvalitetsansvarige som utsetts från omvårdnadspersonalen. Legitimerad personal håller sig á jour inom sina områden men uppges inte ha ansvar för att strukturera förmedla vidare till övriga i verksamheten.

² MI Motiverande samtal är en samtalsmetod och används generellt i rådgivning och behandling som gäller livsstilsrelaterade faktorer (alkohol, tobak, droger, kost, fysisk aktivitet, spel m.m.), i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola.

Ledningen berättar att det varit en del personalproblematik i verksamheten och utifrån vad som beskrivs sammanfaller detta med att chefer slutat i verksamheten. Möten med regionalt skyddsombud har genomförts och handlingsplan har skrivits.Handledning till personalen har enligt ledningen "sett olika ut" och förekommit i perioder. Deltagandet har varit lågt enligt ledningen beroende på att handledningstillfällena ej varit obligatoriska. Sjuksköterskan uppger att ingen handledning skett sen denna påbörjade sin anställning i december 2013 trots att behov påtalats till ledningen.

Omvårdnadspersonalen framför att senaste handledningstillfället ägde rum före de senaste två cheferna. Samtliga av informanterna framför en medvetenhet om problematiken i personalgruppen och lyfter fram en önskan om handledning med specifikt någon "utifrån" som de inte känner, som de själva formulerade det.

3.3.2 Kontorets kommentar

HVK ser att det i verksamheten pågår ett arbete med att kartlägga omvårdnadspersonalens utbildning/kompetens och behov av vidare kompetensutveckling, vilket är positivt. En väl förankrad rutin för introduktion av nyanställda finns. Kontoret begär i handlingsplan en detaljerad beskrivning när samtliga medarbetare planeras ha en kompetensutvecklingsplan samt en grovplanering för höstens utbildningsinsatser.

I anbudet s 31 finns beskrivet att processinriktad handledning ska ges personalen regelbundet på enheten. Målet är att ge medarbetarna ökad kompetens, förståelse och bearbetning av olika situationer i mötet med brukarna. Detta genomförs inte. Dessutom beskrivs att verksamheten ska arbeta utifrån ett salutogent synsätt detta framkommer inte i intervjuerna. Vidare framkommer även i samma text att program för kompetensutveckling ska finnas i verksamheten. Detta saknas också. Kontoret begär i handlingsplan en redogörelse hur beskrivning i anbudet ska uppfyllas.

Utföraren ska enligt krav i avtal vara "vaken för forskning och utveckling och använda den i sin verksamhetsutveckling" (punkt 2.3.3 i avtalet). Detta säkerställs inte på ett tillfredsställande sätt och kontoret ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten att omgående åtgärda.

Drog-och alkoholterapeut finns i verksamheten, vilket är positivt. Kontoret förutsätter att terapeutens kompetens tas tillvara så denna gynnar boende och personalgrupp.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

Enligt samtliga intervjuade finns en skriftlig rutin för kontaktmannaskap och alla boende vid von Bahr uppger ha en kontaktman. Enligt ledningen säkerställs egen tid för kontaktman och boende via veckoplaneringen i verksamheten och då finns möjlighet till individuella aktiviteter. Omvårdnadspersonalen uppger dock att egen tid inte förekommer i någon större utsträckning på grund av brist på tid och personalresurser. Personalen berättar att de fått säga nej till önskemål om aktiviteter från boende och att de helst inte frågar om önskemål då de

inte vill riskera att göra de boende besvikna när det inte går att genomföra. Vidare beskriver omvårdnadspersonalen att en roll som kontaktmannen har är att bland annat hjälpa/stötta den enskilde i olika kontakter med t.ex. förvaltare. Personalen berättar att boende önskat kontaktmannens stöttning i t.ex. besök med förvaltare men att personalen har sagt nej då de inte anser att tid funnits.

Anhörigrträffar genomförs inte enligt ledningen men samarbete med anhöriga uppges finnas främst via telefonkontakt. Omvårdnadspersonalen uppger att anhörigrträffar är svårt då många av de boende inte har så många anhöriga, att det är vanligt bland denna grupp av klientel. Där det finns anhöriga sker löpande kontakt.

Omvårdnadspersonalen framför att i verksamheten har tidigare hållits kontinuerliga husmöten med de boende. Där har deras synpunkter, önskemål och idéer kring verksamheten lyfts. Det berättas att en sådan träff ägt rum sedan nya verksamhetschefen började sin tjänst för tre veckor sedan, innan dess var det enligt personalen länge sedan ett husmöte hölls.

3.4.2 Kontorets kommentar

Alla som bor vid von Bahr har en kontaktmann. Rutin för kontaktmannaskap finns. Dock kan kontoret inte se hur verksamheten arbetar med att fånga de enskildas, utifrån deras förmåga, inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges.

Anhörigrträffar och brukarråd genomförs inte strukturerat i verksamheten. Kontoret bedömer att verksamheten har många olika delar att arbeta med inom detta område och begär i handlingsplan hur verksamheten ska åtgärda ovanstående beskrivna områden.

3.5 Aktiv och meningsfylld tillvaro

3.5.1 Iakttagelser

Ledningen berättade att dagliga aktiviteter äger rum i verksamheten och att närvaron vid dessa aktiviteter följs upp via veckoplaneringen. Exempel på aktiviteter som ges är sittgymnastik, grillkväll och högtidsfirande. En aktivitetsansvarig finns i verksamheten. Kontoret tilldelades en aktivitetsplan av ledningen i samband med avtalsuppföljningen. Där beskrivs bland annat att individuella aktiviteter förekommer måndag till torsdag och på fredagar till söndagar är det säsongbetonade aktiviteter så som t ex grillning, utevistelse/promenader, utomhusspel etc.

Ledningen framförde att individuella aktiviteter dokumenteras i den sociala journalen men de kunde inte på ett djupare sätt beskriva hur personalen arbetade kring detta. Legitimerad och omvårdnadspersonalen framför att individuella aktiviteter inte förekommer i någon större utsträckning. I dagsläget uppges inga individuella aktiviteter finnas inplanerade och skulle det komma behov eller önskemål om detta uppger personalen att det behövs en långsiktig planering för att verkställa genomförandet. Omvårdnadspersonalen beskriver en frustration och en ledsamhet över att inte hinna med aktiviteter utifrån de boendes önskemål.

Omvårdnadspersonalen framförde att en person är utsedd aktivitetsansvarig och dagliga aktiviteter finns planerade men sällan genomförs på grund av personal och tidsbrist.

Nästkommande dag beskrivs sittgympa finnas inplanerat men redan nu framför personalen att den inte kommer kunna genomföras då endast en personal kommer vara i tjänst. Dock beskrivs att grillning förekommer och uppskattas av de boende. Det lyfts fram att ett förbättringsarbete kring aktiviteter ska starta efter sommaren.

Arbetsterapeut och sjukgymnast beskriver att de försöker stötta personalen inom området aktiviteter men att deras begränsade arbetstid försvårar detta arbete. Möjlighet till utökad tid i verksamheten för sjukgymnast har framförts till tidigare verksamhetschef men detta beskrevs inte genomförbart utifrån verksamhetens budget. Passiviteten hos de enskilda beskrivs av de legitimerade som ett stort problem där motivationsarbete tar tid. Resurser för detta upplevs av de legitimerade inte finnas fullt ut i dagsläget, vare sig för legitimerade eller omvårdnadspersonalen.

Ledningen framförde att det finns möjlighet för personalen att följa med de boende som önskar till t ex frisör, NA/AA möten³ om det sker en viss planering. Enligt omvårdnadspersonalen förekommer detta inte på grund av brist på personalresurser. Dock berättar omvårdnadspersonalen att två av de boende själva går till dessa möten.

Omvårdnadspersonal beskriver att de under förra sommaren lånade en bil från en annan verksamhet och åkte på utflykter så som golf, vilket var mycket uppskattat av de boende. Personalen berättade att de vid olika tillfällen använt egna bilar för att t.ex. åka på ärenden med boende men att detta inte är accepterat av ledningen pga. försäkringsfråga.

I verksamheten finns volontär/kulturombud. En av de intervjuade ur omvårdnadspersonalen är utsedd och berättar att bland annat Länkarna⁴ varit på besök i verksamheten vilket resulterade i att två av de boende nu själva besöker föreningen. En präst är på ingång utifrån en roll som ”medmänniska”. Ombudet uppger sig haft kontakt med CIA (centrum för ideellt arbete) för några månader sedan. Ombudet berättar att efter sommaren kommer mer att hända inom området och arbetet ska intensifieras.

3.5.2 Kontorets kommentar

Kontoret noterar att volontär/kulturombud finns i verksamheten i enlighet med avtalet. Kontoret ser dock att verksamheten har stora brister inom området trots ett påbörjat förbättringsarbete. HVK finner det anmärkningsvärt att verksamheten inte kommit längre i verkställandet av krav, och begär i handlingsplan en redogörelse för de åtgärder som nu måste vidtas samt planering av aktiviteter för kommande halvår.

3.6 Hälso-och sjukvård

3.6.1 Iakttagelser

I verksamheten finns en sjuksköterska som arbetar i snitt 20 timmar per vecka (på konsultbas). Sjuksköterskan har inga fasta dagar i verksamheten och är inte alltför flexibel

³ Möten – AA (anonyma alkoholister) NA(anonyma narkomaner)

⁴ Kamratföreningen Länken i Uppsala är en ideell förening för dem som vill försöka komma från sitt missbruk.

vilket beror på annat arbete. Den nytilträdde chefen är sjuksköterska och uppges även utföra hälso- och sjukvårdsinsatser när ordinarie sjuksköterska inte är på plats. På kvällar och helger är det Attendo Cares egen jourverksamhet som tillgodoser hälso- och sjukvårdsbehovet och på nätter är det kommunens natthemsjukvård. Sjuksköterskan har arbetat i verksamheten sedan i december 2013.

Sjuksköterskan är utfärdare av underlag för subventionerad tandvård, men uppger sig ännu inte ha skrivit några underlag. Inga årliga munhälsobedömningar har genomförts och omvårdnadspersonalen har inte gått någon utbildning inom området.

Samarbetet med boendets läkare uppges av legitimerad inte fungera fullt ut. Läkaren kommer inte alltid på bestämda dagar. Sjuksköterskan försöker anpassa sin tid för ronder med läkaren men då det inte går är en ur personalgruppen med. Dock brister informationsöverföringen ibland mellan dessa parter. Medicinsk vårdplanering genomförs årligen enligt sjuksköterskan.

Ledningen är osäker på om palliativt ombud finns i verksamheten. Sjuksköterskan uppger sig inte vara utsedd. Omvårdnadspersonalen vet inte om palliativt ombud finns dock uppger de att en rutin finns för vård i livets slut. Denna arbetades fram efter en incident som inträffade i verksamheten för ca två år sedan då en boende avled ensam. Sjuksköterskan framförde att en boende är svårt sjuk och att all personal inte upplevs trygga i ett palliativt förhållningssätt i syfte att stötta den enskilde.

Sjuksköterskan är inte utsedd som hygienombud men en ur omvårdnadspersonalen har utsetts, vilken roll denne har är oklart. Detta var inte känt hos sjuksköterskan. Någon egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har inte genomförts i verksamheten vad sjuksköterskan känner till.

Ledningen framförde att arbetet med kvalitetsregistrering i Senior Alert⁵ och Svenska palliativregistret⁶ borde fungera, att allt praktiska kring detta t ex inloggningsuppgifter är ordnat sedan tidigare. Legitimerade framförde att det inte arbetas i registren och att detta är ett förbättringsområde för verksamheten. Kontoret fick innan uppföljningen information från utvecklingsledaren för registren som bekräftar att ett stort förbättringsarbete krävs.

Sjuksköterskan framförde att tiden inte är tillräcklig i verksamheten för att hinna med sina åtaganden fullt ut. Sjuksköterskan framförde att de flesta boende klarar sig själva men om de vore sjukare skulle det inte vara en patientsäkervård på von Bahr. Omvårdnadspersonalen sade följande i sammanhanget *"Alltså ingen missvård, men vi gör bara det nödvändigaste, inget extra, för då måste nån annan missunnas"* och anledningen uppges bero på

⁵ Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Syftet är att utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg till de äldre.

⁶ Registret syftar till att på patientnivå mäta och jämföra god vård i livets slutskede såväl internt som externt i syfte att säkerställa ett kontinuerligt förbättringsarbete inom området.

bemanningen. Sjuksköterskan framförde dock upplevelsen av att bemanningen inte alltid är frågan utan att det handlar om att prioritera och planera det dagliga arbetet på ett annat och mer strukturerat sätt.

3.6.2 Kontorets kommentar

HVK bedömer att hälso- och sjukvården har stora brister och att ett flertal ska-krav inte uppfylls. Palliativt ombud saknas och stöttning till såväl boende som till personal saknas. Arbetet kring tandhälsan fungerar inte fullt ut. Hygienombud saknas fullt ut liksom en etablerad kontakt med vårdhygien. Det förekommer att läkaren genomför ronder utan sjuksköterska, vilket kontoret ser allvarligt på. Verksamheten arbetar inte i de nationella kvalitetsregistren Svenska palliativa registret och Senior Alert. Kontoret begär i handlingsplan svar hur ovanstående brister ska åtgärdas.

3.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

3.7.1 Iakttagelser

I verksamheten arbetar en arbetsterapeut och en sjukgymnast två timmar i veckan vardera. Dessa finns på plats på von Bahr varje fredag men uppger sig vara flexibla med tiden vid akuta behov.

Enligt legitimerade är ADL-bedömning och riskbedömning genomförd på alla boende vid von Bahr. En beskrivning över förflyttningsstatus finns i verksamheten. Dock framkommer att det inte finns skriftliga urvalskriterier för när omvårdnadspersonalen ska ta kontakt med de olika professionerna. Vid intervjun med omvårdnadspersonal framkommer att dessa olika professioners roller inte är helt kända. Sjuksköterskan saknade kännedom om några sådana rutiner finns.

När det gäller fallpreventionsarbete uppgav ledningen att det finns en tydlig rutin i verksamheten som är implementerad hos omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan hade inte kännedom om någon rutin. Arbetsterapeut och sjukgymnast framförde att detta arbete är otydligt i verksamheten. Fallorsaker är ofta alkoholrelaterade och kring detta finns ingen rutin. Omvårdnadspersonalen berättar att när något inträffar ska de skriva en fallrapport och enligt rutin alltid ta kontakt med sjuksköterska, vilket upplevs problematisk då sjuksköterska inte alltid finns på plats.

Strukturerade teamträffar uppges av samtliga intervjuade inte ske i någon större utsträckning. När arbetsterapeut och sjukgymnast kommer på fredagar avsätter de en stund tillsammans med den personal som arbetar just den dagen och sjuksköterskan om denna finns på plats. Detta resulterar i att direktkontakten med enskilda boende minskar. Att träffa olika personal och inte hela personalgruppen försvårar också arbetet kring enskilda enligt de legitimerade. Personalgruppens långa arbetspass (med många lediga dagar) försvårar för kontaktman att medverka vid teamträffar.

Arbetsterapeut beskriver sig tidigare ha deltagit på APT efter begäran av dåvarande verksamhetschef men inte i någon regelbunden form. Kvalitetsmöten har skett tidigare och

vid enstaka tillfällen medverkade arbetsterapeuten, dock finns en osäkerhet hos legitimerade om dessa möten fortfarande äger rum i verksamheten.

Under längre ledigheter som t ex den stundande sommarssemestern vet inte de legitimerade hur de kommer ersättas i verksamheten. Möjligtvis kan en kollega vara tillgänglig via telefon.

De legitimerade framför att det finns många förbättringsområden i verksamheten inom detta område. Arbetet på individbasis upplevs inte hinnas med i dagsläget, endast det allra viktigaste prioriteras. Det framfördes att arbetet mest handlar om att se över hjälpmedel och följa upp viss träning/aktivitet som personalen fått instruktioner till. De legitimerade uppger att tiden inte räcker för att de själva ska kunna arbeta med att öka, förbättra eller motivera enskilda till aktivitet eller träning. Att utreda, analysera och formulera mål tillsammans med boende är också önskvärt att det sker i större utsträckning än idag. Samarbetet och stöttningen mot omvårdnadspersonalen upplever de också som ett förbättringsområde. De legitimerade är samstämmiga i att de behöver mer tid i verksamheten. Den utökning på 30 minuter per vecka per yrkeskategori som skedde efter avtalsuppföljningen i oktober 2011 uppges gå till administrativa uppgifter.

3.7.2 Kontorets kommentar

Kontoret bedömer att det finns flera brister inom detta område i verksamheten och där avtalet således inte följs. Rutin för fallprevention finns och är implementerad enligt ledning vid intervjutillfället. Kontoret noterar dock att rutinen som tilldelats kontoret 19 juni 2014 är försedd med detta datum och uppges vara utgåva 1. Det fallpreventiva arbetet kan inte beskrivas i intervjuerna med personalen på ett tydligt och säkert sätt.

I verksamheten saknas ett teamarbete med tydliga strukturerade mötesformer som sker med en sådan regelbundenhet att en god och säker vård kan garanteras.

Arbetet som i anbudet s 55 beskrivs som allmän och specifik rehabilitering framkommer inte på ett tydligt sätt i intervjuerna. Det förefaller som om arbetsterapeut och sjukgymnast inte fullt ut har förutsättningar att utföra sitt arbete utifrån sin profession. Kontoret begär i handlingsplanen en redogörelse hur verksamheten ska arbeta för att fullt ut uppfylla kraven inom området.

Kontoret noterade under uppföljningstillfället att bemanningen för arbetsterapeut och sjukgymnast under juni – augusti var oklar. I den tidigare inskickade handlingsplanen (som beskrivs under punkt 4 kontorets avslutande kommentar) framkommer en planering hur behovet ska tillgodoses.

3.8 Dokumentation och informationsöverföring

3.8.1 Iakttagelser

I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en granskning i verksamheten av den sociala dokumentationen, totalt fyra akter granskades. Vid detta tillfälle framkom ett fåtal

förbättringsområden, bland annat att dokumentera uppföljnings/utvärderingsdatum i genomförandeplanerna samt tydligt formulera delmål och mål så dessa inte tenderar att vara av en övergripande karaktär. I journalanteckningarna ska tydligt dokumenteras datum för upprättande av genomförandeplan och uppföljning/utvärdering. Resultatet av uppföljningen och utvärderingen gällande delmål och mål måste förtydligas och det måste tydligt framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut i den löpande texten.

Verksamheten använder inte IT-systemet Siebel vid social dokumentation utan dokumentationen förs i pappersform. Legitimerade dokumenterar dock både i Siebel och i omvårdnadspersonalens pappersjournal under en specifik "HSL-flik". Ledningen framförde att personalen inte fått utbildning i social dokumentation men att dokumentationsstödjare kommer att utbildas. Enligt sjuksköterskan har personalen fått inloggningsdosor till systemet men ingen utbildning. Omvårdnadspersonalen uttryckte en önskan om utbildning i intervjutillfället.

Samtliga intervjuade uppger att alla boende har en upprättad genomförandeplan, vilket bekräftades vid granskningen, se bilaga 1. Vid upprättandet av genomförandeplanen medverkar kontaktman och enskild. I dokumentationsgranskningen framgick att enskild/legal företrädare varit med vid upprättande och underskrifter fanns i samtliga granskade planer, se bilaga 1.

Omvårdnadspersonalen framförde att arbetet kring mål och delmål för de enskilda är ett förbättringsområde i verksamheten. Ledningen framförde att de inte var fullt insatta i hur verksamheten arbetade i denna fråga. Dokumentationsgranskningen visade att mål/delmål var av övergripande karaktär och att ett förbättringsarbete krävs, se bilaga 1.

När det gäller överrapporteringstid mellan de olika arbetspassen berättade omvårdnadspersonalen att muntlig rapport sker och tid finns att ta del av skriftlig dokumentation. Dock framkom att omvårdnadspersonalen inte alltid hann dokumentera när de slutade sitt arbetspass kvällstid. Någon uttryckte att det långa passet gjorde att man inte riktigt orkade. Samtidigt underströk personalen att de själva valt att arbeta långa pass och såg fördelarna med att "hinna påbörja och avsluta saker", som de själva uttryckte det.

Den legitimerade personalen framförde att det var olika huruvida informationsöverföringen från legitimerade till omvårdnadspersonalen såg ut. Någon läste omvårdnadspersonalens dokumentation och någon annan framförde att informationsöverföringen bygger på att personalen säger något. Samtliga var dock överens om att omvårdnadspersonalens långa arbetspass resulterar i färre arbetsdagar på plats vilket inte medför en kontinuitet i personalgruppen. Sjuksköterskan framförde att det förekommer att personalen på morgonen inte läser dokumentationen och missar vad som skrivits dagen innan av sjuksköterskan, vilket kan gälla ordinationer eller instruktioner av olika slag.

3.8.2 Kontorets kommentar

Dokumentationsgranskning genomfördes av den sociala dokumentationen den 17 juni vid verksamheten och där framkom ett fåtal brister mot krav i avtal och andra styrande

dokument. Verksamheten fick efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick, se bilaga 1. Kontoret förutsätter att förbättringsarbete och åtgärder startades omgående efter att sammanställningen mottagits. Dokumentationsskyldighet åligger enligt lag och ska-krav och kontoret begär i handlingsplan en redogörelse för hur och när verksamheten ska uppnå de krav som ställs gällande dokumentationen.

Kontoret begär även svar i handlingsplan hur informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna ska säkras.

Ny dokumentationsgranskning kan komma att ske under hösten i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt författningar och krav i avtal.

3.9 Avvikelse och klagomålshantering

3.9.1 Iakttagelser

Vid intervju tillfället framkommer att rutin för avvikelshantering finns och denna förefaller vara implementerade i personalgruppen. Avvikelse ska lyftas och diskuteras på de kvalitetsmöten som ska ske månadsvis i verksamheten. Hur detta fungerat innan nuvarande chef påbörjade sin tjänst för tre veckor sedan är oklart från ledningens sida, dock uppger arbetsterapeuten att denne tidigare medverkat på kvalitetsmöten med tidigare chef och kvalitetssamordnare. Dessa möten planeras återigen starta i verksamheten inom kort. Kvalitetssamordnare är utsedd och utbildning för denna är på gång. Legitimerade framförde en viss osäkerhet kring vilken blankett som används vid hälso- och sjukvårdsavvikelse.

Hos samtliga intervjuade i personalgruppen förefaller rutinen för synpunkts- och klagomålshantering vara känd. I verksamheten finns en blankett där den som har någon synpunkt eller klagomål kan skriva ner dessa och lägga i en specifik låda. Omvårdnadspersonalen lyfte fram att de uppmuntrar de boende till detta men framför att denna låda inte kontinuerligt går igenom.

Skriftliga synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten sammanställs av chef och rapporteras in till Attendos kvalitetsavdelning. Återkoppling till enskild och/eller anhörig sker kontinuerligt enligt ledningen eller på husmötena och till personalen på arbetsplatsträffarna var fjärde vecka, vilka framkommer i intervjuerna inte är schemalagda eller obligatoriska.

Legitimerad personal berättar att muntliga synpunkter/klagomål inte dokumenteras av dem själva utan de hänvisar till omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen framför att de åtgärdar det uppkomna direkt eller ber den enskilde att lägga en lapp i lådan för synpunkter och klagomål. Men i vissa fall hänvisar de direkt till verksamhetschefen.

Lex Sarah var överlag känd och implementerad hos medarbetarna. En ur personalgruppen som var relativt nyanställd berättade att ingen information om detta delgavs i introduktionen.

3.9.2 Kontorets kommentar

Vid verksamheten förefaller rutin för avvikelshantering finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin för skriftliga klagomål och synpunkter finns, dock inte för muntliga. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkter och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap 5 §§6-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

Det systematiska kvalitetsarbetet framkommer inte på ett tydligt sätt, vilket är anmärkningsvärt. Dock beskrivs av ledningen att kvalitetsmöten planeras att starta inom kort. Kontoret begär en redogörelse för de åtgärder som planeras vidtas inom området.

Kontoret förutsätter att ledningen säkerställer att all personal har kännedom om Lex Sarah.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att vård- och omsorgsboendet von Bahr fungerar bra inom vissa områden. Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i flertalet av de uppföljda områdena, vilket visar att utföraren inte implementerat uppdraget i tillräcklig omfattning.

Med anledning av att denna uppföljning visat på liknande brister som vid uppföljningen 2011 beslutade kontoret att omgående kalla utföraren till möte, vilket hölls den 23 juni med ledningen för Attendo Individ och Familj. Utföraren beskrev muntligen de olika åtgärder som vidtagits. Då bristerna ansågs vara stora begärde kontoret att utföraren i handlingsplan senast den 30 juni skulle beskriva hur bemanning för verksamhetschef och legitimerade skulle tillgodoses över sommar månaderna juni-augusti, vilka kort- och långsiktiga åtgärder som ska vidtas för att åtgärda bristerna. Denna handlingsplan samt den som begärs senast den 11 augusti utifrån denna rapport kommer ligga till grund för det planerade mötet med ledningen den 22 augusti.

4.1 Tillsyn från MAS och MAR

Sedan 1 januari 2014 är funktionerna MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) centraliserade till uppdragskontoret, kontoret för hälsa, vård och omsorg. Den 21 mars genomfördes ett oplanerat tillsynsbesök från ovanstående med hälso- och sjukvården i fokus. En rad brister identifierades och handlingsplan upprättades för att åtgärda bristerna. Uppföljning genomfördes den 16 maj av MAS/MAR och påvisade att verksamheten vidtagit ett flertal förbättringsåtgärder. Det finns en samstämmighet mellan de brister som MAS och MAR identifierade och resultatet från avtalsuppföljningen som genomfördes 26 maj i verksamheten (inom aktuellt område). Framst resurser som legitimerad personal har i verksamheten förefaller inte tillfredsställande och det är tveksamt om en god och säker vård kan garanteras fullt ut.

För mer information se avsnitt **1. Sammanfattning**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under avsnitt **1.2 Krav på åtgärder**.

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning 2014-06-17

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Eva Erikson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Mari Larsson
Eva-Lena Tverå

Datum 2014-06-25

Granskning av social dokumentation vid Von Bahr, vård och omsorgsboende 2014-06-17.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-06-17.

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. Enligt verksamhetschef har 4 brukare samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i 4 akter utifrån det slumpmässiga urvalet som var framtaget. En journal har endast granskats gällande beställning på grund av att beställningsdatum gäller tom 2013-06-30.

Resultat

Samtycke

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

Beställning

- Beställning med giltigt beslutsdatum *finns* för 3 brukare. En beställning har giltighetstid tom 2013-06-30.

Genomförandeplan

- Genomförandeplaner *finns* för samtliga brukarna
- Namngiven kontaktman *finns* i samtliga planer
- Datum för upprättande av planen *finns* i samtliga planer.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i 2 planer
- Mål/delmål av övergripande karaktär *finns* i samtliga planer.

- Hur en insats ska utföras *finns* i planerna
- När en insats ska utföras är beskrivet "*morgon, lunch middag, kvällsrutin*" i samtliga planer. I någon plan är tidpunkt beskrivet med klockslag.
- Om brukaren deltagit vid upprättandet av genomförandeplan samt underskrift av brukare/legal företrädare *framgick* i planerna.

Journalanteckningar

- Datum för upprättande av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- På vilket sätt brukare/legal företrädare varit delaktig i utförande av insatser utifrån genomförandeplan *framgick* i löpande text i samtliga journaler. Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i löpande text i samtliga journaler.
- Ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut ska framgå i dokumentationen, detta *saknas* i samtliga journaler.

Samverkan

- Samverkan inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med sköterska, god man, närstående osv. gällande brukaren *framgick*.

Kommentar

Verksamheten använder inte IT-system Siebel vid social dokumentation. Dokumentationen förs i pappersform.

I en journal saknas aktuell beställning för brukaren men löpande dokumentation skrivs.

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 kraven utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

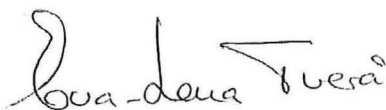
Åtgärds punkter

Genomförandeplan

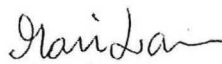
- Att dokumentera uppföljnings/utvärderingsdatum i samtliga planer
- Att formulera mål/delmål i samtliga planer.

Journalanteckningar

- Att dokumentera datum för upprättande av genomförandeplan
- Att dokumentera datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan.
- Att dokumentera resultat av uppföljning/utvärdering gällande mål/delmål.
- Att dokumentera ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut i den löpande texten.



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Camilla Furuskär
Uppdragsstrateg Mia Gustafsson

Uppsala 2014-06-28

Planering och tidig handlingsplan för von Bahr, Attendo Individ och familj AB

Kontaktuppgifter nyckelpersoner von Bahr juni-augusti 2014

Chef von Bahr juni-augusti

Chef på von Bahr nås på telefon:

018-727 26 20

070-298 98 30

19 – 26 juni- Anders Berg, kl 8-17

26 juni – 8 juli – Per Arvidsson, kl 8-13 på plats, 13-17 per telefon, Attendo Socionombemanning. Introduceras av Anders Berg

9 juli - 30 juli – Siv Bringetun, kl 8-17. Anette Eklind går bredvid Siv B i mitten av juli.

1 augusti-29 augusti- Anette Eklind, kl 8-17 Attendo Socionombemanning. Introduceras av Eva Rehnberg

De eftermiddagar chef inte är på plats tex vid inbokade möten utanför enheten eller oförutsedd sjukdom bokas en extra vårdpersonal in kl 12-17

Bakjour för chef på plats

Anders Berg 0709-29 07 28. I tjänst hela vecka 26,vecka 27 må-tis, vecka 28 måndag, sedan semester.

Eva Rehnberg Arvidsson; 073-600 17 92. I tjänst från 23 juli.

Mikael Josefsson: är i tjänst nästan hela tiden: 070-840 89 11 (sem v 32)

Eva Dall, semester v 28 och 29, annars i tjänst hela tiden: 073-600 72 20

I övrigt följs listan f bakjour för VC efter kontorstid som finns anslaget på enheten (som ni såg vid uppföljningen).

Legitimerad personal Von Bahr juni-aug

Patient ansvarig Sjuksköterska på plats:

Namn Marie Olsson

Telefonnummer 070-1434267

Mejl: marie.olsson@attendo.se

15-20 timmar/vecka hela sommaren (ingen ledighet planerad).

Övrig tid vardagar 07-17 när hon inte är på plats på Von bahr ansvar:

Attendo Fortuna i Uppsala med sjuksköterskebemanning som finns tillgänglig på telefon 018-162072 och självklart även åker ut till enheten vid behov mellan kl 07-17 vardagar.

I följande tider framgår alla inbokade tider för sommarperioden med Attendo Fortuna när INTE patientansvarig sjuksköterska är på plats. Efter semestern ska vi ta ställning till om denna lösning ska fortsätta vara permanent för att följa avtalet med sjuksköterska tillgänglig till von Bahr dygnet runt.

27/6	7-17
30/6	13-17
2/7	7-17
3/7	7-17
7/7	13-17
8/7	7-17
11/7	7-17
14/7	7-17
16/7	7-17
17/7	7-17
21/7	7-17
22/7	7-17
23/7	7-17
25/7	7-17
30/7	7-17
31/7	7-17
5/8	7-17
7/8	13-17
8/8	7-17

11/8	7-17
13/8	13-17
14/8	7-17
19/8	7-17
21/8	13-17
22/8	8-17
25/8	13-17
27/8	8-17
28/8	13-17
29/8	8-17

Ansvarig chef för sjuksköterskorna på Attendo Fortuna:

Ordinarie chef:

Ersättare under semester v 28,29,33-36:

Maria Hökervall
018-162070. 070-4485520
maria.hokervall@attendo.se

Carina Jällrud
0768-435500
carina.jallrud@attendo.se

Övrig tid kl 17-22 fortsätter samarbetet med Attendo sköterskejour i Uppsala och mellan kl 22-07 sjuksköterske-tillgång enligt avtalet med Er.

Ordinarie Arbetsterapeut: Amir Ebrahimi , semester 17/7-19/8, tid ca kl 08-10.30 fredagar Von bahr

Vik. Arbetsterapeut: Lena Blideskog, tfn 0708-764491

Ordinarie Sjukgymnast: Daniel Angesjö, semester v. 28, 31-33, tid ca 08-10.30 fredagar Von bahr

Vik Sjukgymnast: Anna-Karin Larsson, tfn 018-277885

Omgående åtgärder utifrån brister i verksamheten som kontoret framförde i mötet 2014-06-23

Bemanning och fullgöra sina åtaganden: Kontoret var nöjd med den bemanning av omvårdnadspersonal som redovisades in 2014-02-17 då personalen nu inte längre jobbar ensam mellan kl 08.30-12.00 utifrån ett nytt arbetsschema som tagits fram (hänvisar till svar från er daterat 2014-03-06). Varje helg sedan i höstas har det varit insatt extra bemanning mellan kl. 12-17 pga ökad vårdtyngd. Sedan mitten av juni har personalen även haft extra resurs vid behov vardagar mellan kl

12-17, något som ska utvärderas i höst. Syftet med denna resursökning just nu är att personalen ska klara, den ibland, ökade vårdtyngden i perioder, men även fokusera på aktiviteter kring kontaktmannaskap och administrativa uppgifter (kvalitetsarbete, kontakt med handläggare, anhöriga osv).

Kontoret ställde sig frågan om behovet av sjuksköterska på enheten kunde vara beständiga med 90 timmar/månad istället för tidigare 60 timmar/månad utifrån behovet, enligt svar 2014-03-06. När vi ser på den genomsnittliga arbetstiden som sjuksköterskan varit i tjänst på enheten så uppgår den fram till nu med i snitt 85-90 tim/månad vilket motsvarar ca 20 tim/v. I tillägg har den senaste chefen på enheten haft kompetensen som sjuksköterska och varit med och arbetat med rutiner och handlingsplaner från MAS senaste tiden.

Sjukgymnast och arbetsterapeut kommer till enheten vanligtvis på fredag förmiddag. Vi köper fortfarande tjänsten från underleverantören Attendo Care. Tiden som rehabpersonal varit på enheten har fortsatt, sedan senaste uppföljningen i början av året, varit ca 18 timmar/månad totalt. Brukarnas fysiska vårdbehov styr såklart behovet av denna yrkeskategori men även personalens kompetensutvecklingsbehov och därför kan behovet av denna yrkeskategori variera över tid i verksamheten. Tillgången till sg/at utöver vid akuta behov finns att tillgå vardagar kontorstid då dessa är i tjänst.

Teammöten på enheten har förekommit sporadiskt enligt HSL-personalen, man har då haft en sittning med tjänstgörande personal och ibland sjuksköterskan på fredag förmiddag. Det har varit en form av teammöten som behöver struktureras upp ytterligare och som beskrivs mer kring under rubriken *på längre sikt*.

Arbetsplatsträffar (APT): Att dessa forum inte varit helt systematiserade och planlagda senaste tiden sedan Per slutade beror såklart till viss del på saknaden av ledarskap i perioder, men det har genomförts APT som har protokollförts och alla ska ta del av protokollet. Detta har vi även med i åtgärdsplaner med facklig organisation och from nu finns följande inplanerade APT datum för 2014 på enheten anslaget i personalrummet: 16/7, 13/8, 16/9, 14/10, 12/11, 16/12 för detta år. Som vanligt finns det en dagordning med följande punkter stående: Föregående protokoll, ekonomi, kund, medarbetare, kvalitet, brukare, värderingar, arbetsmiljö, facklig information, synpunkter och klagomål samt övriga frågor.

Aktiviteter på gruppnivå: I minnesanteckningar från Er framgår att det saknas aktiviteter på gruppnivå i verksamheten vilket inte stämmer. Personalen har från v.48 förra året dokumenterat i en pärm i personalrummet "aktiviteter" som den som är aktivitetsansvarig har tagit ansvar för att planera in veckans aktiviteter med brukarna. Under veckan (mån-sön) har man erbjudit gruppaktiviteter och fört statistik på antal deltagare. Målgruppen är en utmaning att jobba med då missbruket styr deras vardag, men om det någon gång bara deltagit två-tre brukare så är det bättre än ingen och ibland har det inte genomförts någon aktivitet någon veckodag pga att intresset inte funnits just då, men man har erbjudit. Utmaningen hos personalen blir att ändå planera och genomföra aktiviteter trots att man känner dålig respons ibland från brukarna. Under midsommar arrangerades enligt anslag på enheten aktiviteter hela helgen och firandet var uppskattat hos brukarna med mat, klä midsommarstång, social samvaro, fika träffar osv. Grillkvällar har också arrangerats och kommer att fortsätta genomföras även vidare denna sommar när vädret tillåter. Filmkvällar erbjuds och även samvaro kring fotbolls-VM med lite småtugg är aktuellt i skrivande

stund. Man har även bjudit in till musikstunder på enheten tidigare i vår. Cheferna (enligt ovan) kommer fokusera mer nu på att personalen ska erbjuda och motivera samt genomföra aktiviteter på gruppnivå med start omgående.

Aktiviteter på individnivå: Här framgår också i minnesanteckningarna att det saknas denna form av aktiviteter, vilket kan stämma delvis. Personalen journalför enligt SoL när man utför individuella aktiviteter som kontaktperson med någon brukare. Det finns journalfört hos brukare om promenader, gå ut och fika, följa med till affären osv. Aktiviteter på individnivå kan också omfatta att tillsammans med personal planera in möten, planera för inköp, städa i lägenheten med stöd, ta ansvar för den gemensamma miljön ute i trädgården osv. Några brukare går även regelbundet till Länkarna på möten, men det har dem gjort utifrån eget önskemål själva. Vi kommer redan nu att få personalen att arbeta utifrån Värdegrundsgarantierna i Uppsala som finns anslaget i verksamheten. Där framgår att brukarna har rätt till egna tider med personal för promenader, följa med på besök osv. Vi vill skapa en förståelse för detta hos brukarna såklart, något som ansvariga chefer på enheten följer upp med brukarna. När man ser i genomförandeplaner hos några av brukarna så framgår det att brukarna inte så gärna vill delta på aktiviteter i gemenskap med andra men däremot få egentid med personal. Det finns förutsättningar för detta i nuvarande schema och det gäller att skapa arbetsmetoder kring detta som påbörjas nu och ska fortsätta framöver.

Planerade åtgärder på längre sikt utifrån brister i verksamheten som kontoret framförde i mötet 2014-06-23

Teammöten: Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kommer nu att kalla till en teamträff på von Bahr en gång per månad och har fått i uppdrag nu att planera in datum för detta och delge rehabpersonal och den tjänstgörande personalen vid den aktuella tidpunkten för mötet. Mötena kommer att vara på fredag förmiddag (när rehab är på enheten) en gång i månaden. Då diskuteras vården och omsorgen kring brukarna varje gång. Man tar upp 2-3 brukare per gång. Alla brukare kommer ha tagits upp i detta forum en gång varje halvår. Teammötena är planerade att starta i augusti. Deltagare i mötet är sjukgymnast, arbetsterapeut, vårdpersonal och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Diskussioner förs kring mål och uppföljningar. Man går igenom genomförandeplanen och eventuella förändringar samt information av medicinskt vikt. Personalen diskuterar även de aktiviteter som genomförts, hur brukarens missbruk sett ut senaste tiden, vad som fungerar bra på enheten och vad som fungerar mindre bra. Riskanalyser kring brukarna tas också upp i detta forum.

Kontaktmannskapet ska utvecklas i personalgruppen för att jobba mer individuellt kring sina brukare, det innefattar både aktiviteter kopplat till ADL, hjälpa till att etablera kontakter i brukarens nätverk, närmare samarbete med handläggare, jobba mer aktivt med genomförandeplaner i samråd med brukaren och delta i mötesforum kring brukaren. Målet är att skapa en större känsla av sammanhang för brukaren, dvs tydligare införa arbetsmetoden KASAM.

Samverkan med olika volontärer där volontärombudet i verksamheten får en tydligare roll och fokus på att hitta volontärer som kan komplettera arbetet kring aktiviteter hos brukarna (när önskemål finns från brukaren).

Bemanning ska finnas dygnet runt i verksamheten i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med uppdraget och avtalet vi har med Er, men även olika lagar och författningar. Vi har fått i uppdrag att driva Von bahr på ett kostnadseffektivt och kvalitetssäkrat sätt och det krävs att vi som utförare hela tiden ser till det behov som finns för tillfället i verksamheten för att uppnå en hög kvalitet som är kostnadseffektiv. Ansvarig verksamhetschef för Von Bahr har ansvaret för att se till vilket behov som i olika perioder finns i verksamheten och anpassa bemanning av olika yrkeskategorier utifrån detta. Vi har nu under sommaren valt att samarbeta med Attendo Care kring sjukskötersketillgång vardagar kontorstid när inte ordinarie sjuksköterska tjänstgör vissa tider, det samarbetet ska utvärderas i höst. Rekryteringen av en verksamhetschef till Von bahr som uppfyller kraven i anbudet pågår redan nu och vi hoppas hitta en person som uppfyller kraven snabbt (och inte bara kraven för enhetschef som finns i avtalet med er). Utmaningen för den nya chefen och även ledningen hos oss blir, när vi får en ny chef, att hantera den negativa trend vi nu befinner oss i kring hela Von Bahr. Att bygga upp en tilltro hos er, men även hantera processer med fack, personalärenden, brukare, handläggare, anhöriga och grannar är en komplex problematik med olika processer som måste prioriteras på olika nivåer. Vi behöver skapa ett lugn kring enheten och arbeta parallellt med alla processer systematiskt. Vi har byggt upp ett stöd från olika delar av företaget kring senaste cheferna kring detta och kommer att fortsätta med det. Det är inte helt problemfritt att hitta en bra chef som är redo för alla utmaningarna men vi har påbörjat rekrytering i dagsläget.

Värdegrundarbete på enheten ska stärkas kring brukarna. Redan idag finns anslaget på enheten för alla brukare Värdegrundgarantierna i Uppsala och detta ska implementeras mer i arbetsgruppen hur det ska fortsätta och vad det betyder för brukarna. TITORB har vi beskrivet i anbudet hur vi ska arbeta kring och det ska fokuseras mer på både hos ansvarig chef och alla medarbetare på enheten. Värderingscoachen på enheten kommer att jobba mer aktivt med att införa både företagets värdegrund och TITORB i hela arbetsgruppen.

Avtalet där vi beskrivet och lovat hur Von bahr ska bedrivas är centralt och en utgångspunkt i allt arbete. All personal på enheten ska på nytt läsa igenom och förstå innehållet och eftersom personalstyrkan har ändrats under åren så blir det viktigt att skaffa en gemensam syn på varför man är anställd och vad som ingår i uppdraget. En planeringsdag i höst med fokus på avtalet och sedan jobba vidare med olika delar i detta kommer att planeras in i höst med personalstyrkan.

Rutiner som ska finnas utifrån avtalet men även utifrån kraven i företaget måste revideras och arbeta med i hela personagruppen, inklusive legitimerad personal. Vi som utförare och arbetsgivare har även en utmaning med personalgruppen att man ska följa rutinerna och arbeta på samma sätt. Det finns tydliga grupperingar i denna arbetsgrupp på enheten som måste splittras och bilda en gemenskap med samma synsätt och arbetsmetoder. Orsaken till detta är såklart att man haft olika chefer och informella ledare bildats i gruppen. Det går tyvärr åt mycket energi och tid för att hantera denna personalproblematik som inte får gå ut över brukarnas tid. Vi är medvetna om detta och kommer hantera olika personalärenden med olika lösningar systematiskt över tid.

Husmöten kommer vi att ha oftare än två gånger per år nu för att följa upp synpunkter från brukarna och fortsätta skapa en trygghet hos brukarna som är viktig. Ett husmöte hade tidigare chef Camilla i början av juni och det ska planeras ett till i sommar när Siv tjänstgör.

Övrigt: Vi har sedan avtalet startade betalat brukarnas privata mediciner utifrån att tidigare ansvarig läkare ansåg det nödvändigt för att brukarna skulle få nödvändig mediciner. Enligt avtalet ska

brukarna själva stå för sina egna läkemedelskostnader, vilket vi befarar att man då inte kommer prioritera när man har hand om sin egen ekonomi (inget större problem om brukaren har god man/förvaltare). Men vi behöver prioritera denna utgift på andra sätt till brukarna i nuläget (kan motsvara omkring 30.000 kr/år). Vi har även stått för viss del av förbrukningsmaterial till brukarna som egentligen vårdtagaren själv ska stå för mest för att det är ett problem att få betalt från brukarna, men vi ser även på lösningar kring detta framöver för att prioritera utgifter rätt. Detta kommer såklart inte mottagas positivt från brukarna på kommande husmöten, men vi får hantera detta på bästa sätt.

Handlingsplanen sammanfattad och kommer att följas upp av:

Eva Arvidsson Rehnberg, Regional verksamhetschef

Anders Berg, verksamhetschef med samordningsansvar

Med vänliga hälsningar:

Eva Dall
Regionchef

Attendo
Individ och Familj
Malmgårdsvägen 63
116 38 Stockholm
073-600 72 20, 020-40 37 00
eva.dall@attendo.se
www.attendo.iof.se

Handläggare
Mia Gustafsson
Eva Erikson

Datum
2014-12-11

Diarienummer
ALN-2014-0181

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet von Bahr
Verksamhetschef: Britt-Marie Hansson

Handlingsplan inkom till kontoret 2014-08-11. Kompletteringar begärdes in och inkom 2014-09-15. Attendo Individ och Familjs svar från båda tillfällena framgår i denna handlingsplan.

Kontoret fann inte de svar som inkom 2014-09-15 tillfredsställande. Kontoret och ledningen för Attendo Individ och Familj träffades 2014-12-05 där handlingsplanen gick igenom och förtydligande svar lämnades, se bilaga 1 till denna handlingsplan. Denna bilaga är att se som en överenskommelse mellan kontoret och Attendo individ och familj. Att kontoret godkänner denna avtalsuppföljning sker under förutsättning att det överenskomna följs.

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet von Bahr (ALN-2014-0181)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/ Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 Värdegrundsarbete Beskriv kortfattat tidsplan för verksamhetens planerade värdegrundsarbete	Värderingscoach utses på APT-mötet i augusti På arbetsplatsträffarna (APT) har värdegrundsarbetet en stående punkt på dagordningen	V-chef	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Beskriv detaljerat vilka aktiviteter verksamheten planerar att vidta inom området för att få tillstånd ett fördjupat värdegrundsarbete.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Vår tidsplan; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Värderingsvecka i företaget och på von Bahr. Bland annat musikstund, tipspromenad m.m. ✓ Värderingsdiskussioner på samtliga APT.(Bilaga 1) ✓ Värderingscoach inleder ett samarbete med Attendo Äldreomsorgs värderingscoach i Uppsala för att säkerställa att Uppsala Kommuns och Attendos värdegrund efterlevs. ✓ Värdegrunden följs upp på boendemöten med de boende. (Bilaga 2) ✓ Planeringsdag där samtliga medarbetare arbetar aktivt med tema ”värdegrund i praktiken”. 	V-chef	V. 36 APT datum: 13/8,16/9, 14/10,12/11, 16/12 Samarbete inleds i oktober. Boendemöte 4/9, 17/10, 28/11, 18,12 Bokat 3 dec	Verksamhetschef, Regionchef, Värderingscoach, Uppföljning av Attendos HR avdelning.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/ Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	✓ Vid kvalitetsmöten analyseras ev avvikelser eller händelser i verksamheten utifrån värdegrunden.		Från och med september och löpande				
3.1 Värdegrundsarbete Beskriv implementeringsprocessen av äldre- och vårdnämndens värdegrund samt de lokala värdighetsgarantierna	<p>Alla aktiviteter kommer att vara anpassade efter varje boende och finns dokumenterade i deras individuella genomförandeplaner. De boende har själva rätt att besluta om den dagliga promenaden eller annan utevistelse ifall de är i nyktert tillstånd. Dock kan det vara svårt att få till kontinuerliga promenader eller utevistelser för varje boende eftersom missbruksproblematik finns. De boende är inte kapabla att delta i aktiviteter ifall de missbrukat.</p> <p>De boende kommer att vara med och bestämma veckomenyn tillsammans med ansvarig personal. Både personal och de boende hjälps tillsammans åt för att skapa en lugn och trivsamt måltidsmiljö. Tidpunkterna för måltiderna är anpassade efter de boendes egna önskemål. Läkemedelsgenomgång sker med läkare och boende varje år, eller efter önskemål från boende</p>	V-chef	1/8-30/9-14	V-chef Eva Dall Reg-chef Anna Eriksson Värderingsutvecklare IOF	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kompletterande svar krävs.</p> <p>Beskriv de aktiviteter som genomförts hittills i verksamheten men även det kommande planerade arbetet för att implementera äldre- och vårdnämndens värdegrund samt de lokala värdighetsgarantierna. Delge minnesanteckningar eller protokoll som styrker aktiviteterna.</p>

<p>Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:</p>	<p>Aktiviteter hittills: Trygghet: Alla individuella aktiviteter utifrån intresset hos brukaren är anpassade efter varje brukare och dokumenterade i deras genomförandeplaner. Läkemedelsgenomgång sker med husläkare. Ronder sker fredagar med ssk och brukare. (Vårdplanering vid behov, dock minst en gång per år.) Verksamhetschef säkrar så att alla medarbetare delges information på inplanerade APT samt veckomöten tisdag morgon. På dessa möten följer man upp hur veckan har gått kring värderingsarbetet i praktiken och delger varandra goda exempel. Inflytande: De boende som önskar är med och bestämmer veckomenyn för kommande vecka. Varannan helg (en dag) så har man frångått veckomenyn och boende får själva önska en maträtt som tillagas (ex grillat, pizza osv) utifrån brukarnas önskemål/delaktighet. Respekt: Både personal och de boende hjälps tillsammans åt för att skapa en lugn och trivsamt måltidsmiljö i gemenskap. Onyktra äter inte måltiden i gemenskap med nyktra. Tidpunkterna för gemensamma måltiderna är anpassade efter de boendes egna önskemål. Medarbetarna arbetar på ett respektfullt</p>	<p>Verksamhetschef Värderingscoach Aktivitetsansvarig</p> <p>Verksamhetschef Läkare Sjuksköterska</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare</p>	<p>Löpande</p> <p>Löpande på fredagar</p> <p>Löpande på tisdagar</p> <p>Mat beställs onsdagar för kommande vecka</p> <p>Löpande</p>	<p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.</p>
---	--	--	---	---	-------------------------------------	--------------------------	--

	<p>sätt och motiverar de boende till delaktighet.</p> <p>Kommande aktiviteter: Inflytande: Brukarna beslutar om den dagliga promenaden ska genomföras enskilt eller i grupp med stöd av personal eller ej. Boende motiveras av medarbetare till att genomföra aktiviteter med krav om nykterhet. Implementera arbetssättet vidare och ta fram goda exempel på APT för att öka lärande. Medarbetare sammanställer veckovis hur många brukare som valt att delta i beslutet om veckans måltider. Analys sker på kvalitetsmöten månadsvis där även en handlingsplan kan komma att upprättas. Uppföljning av måltidssituationer sker på APT, veckomöten och boendemöten. Bemötande: Vardagsnära värderingsfrågor diskuteras löpande gemensamt med enhetens värderingscoach och verksamhetschef. Samarbete med volontärer ses som en resurs och dialoger fortsätter med olika organisationer som har kunskap om målgruppen.</p>	<p>Verksamhetschef och medarbetare</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Värderingscoach</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare, kulturombud</p>	<p>Löpande på veckomöten, brukarmöten och APT</p> <p>Veckomöten på tisdagar</p> <p>Löpande i vardagen</p> <p>Löpande och vid möjlighet</p>	<p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Regionchef</p>			
<p>3.1 Värdegrundsarbete Beskriv hur det ska säkras så all personal får del av betydande</p>	<p>Information sker på inplanerade möten såsom obligatoriska Arbetsplatsträffar (APT-möten) samt veckomöten.</p>	<p>V-chef</p>	<p>1/8-30/9-14</p>	<p>V-chef Eva Dall Reg-chef Värderingscoach</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kompletterande svar krävs.</p> <p>Svaret på denna fråga hör ihop med ovanstående</p>

information							frågeställning. Därmed kan svar lämnas under ovanstående kolumn rörande värdegrundsarbetet.
3.2 Arbetsledning och bemanning Beskriv vilka åtgärder som ska vidtas för att åtgärda bristerna inom området så det säkerställs att enskildas behov tillgodoses fullt ut	Schema diskussion startar under september när ordinarie personal är åter. Viktigt att få till ett schema som schematekniskt fungerar bra och att hänsyn tas till kontinuitet- och mötestider	V-chef Reg-chef	1/9-31/10-14	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. För att svaret ska godkännas måste de åtgärder som vidtas gällande schema och bemanning utgå från enskilda boendes behov av vård och omsorg dygnet runt och inte av schematekniska lösningar.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Vi har utgått från vår analys kring vårdbehovet hos brukarna, kontinuitet och fördelningen dygnets alla timmar när vi tittat på nytt schema. Vi har för avsikt att starta ett nytt schema i oktober. Det har varit viktigt att få kontinuitet gällande brukarens tid med kontaktpersonen i den nya schemamodellen.	Regionchef	Oktober	Regionchef och Verksamhetschef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.3 Kompetens och utbildning Individuella kompetensutvecklingsplaner saknas för personalen	Enskilda medarbetarsamtal med samtlig personal utfördes under juni/juli månad och en sammanställd analys finns upprättad. Kompetensutvecklingsplaner skrivs på medarbetarna. Sammanställning av önskade utbildningar finns efter dessa samtal.	V-chef	15/8-1/9-14	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. HVK önskar en beskrivning av de aktiviteter som ägt rum under perioden 15/8-1/9 i syfte att tillgodose såväl

							medarbetarsamtal som kompetensutvecklingsplan för samtlig personal.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	<p>Aktiviteter under perioden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rekrytering av VC är klar och introduktionen har startat i september. Tillträde för den nya chefen sker i oktober och fadder har utsetts. Ett nätverk/samarbete med verksamhetschefer på Attendo Äldreomsorg ska initieras. ✓ Genomförda resultatsamtal: Resultatsamtal med medarbetare är genomförda av tf VC under denna period. I samtalen har man resonerat kring de mål i kompetensutvecklingsplanerna som satts (som utfördes och skrevs i juni/juli) och kopplat det till prestation och framtid. ✓ Ansvarsfördelningar: Ny kostansvarig och kvalitetsombud är utsedd utifrån önskemål. Ny fördelning i KP ansvar (medarbetare emellan) har skett i samråd med någon enskild brukare. ✓ Utveckla/revidera rutiner/arbetssätt: Vi har påbörjat arbetet under denna period och implementerat flera nya rutiner. 	<p>Regionchef</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare</p> <p>Verksamhetschef och medarbetare</p>	<p>Tillträde 1 okt</p> <p>Genomförda aktiviteter</p> <p>Genomförda aktiviteter</p> <p>Genomförda aktiviteter</p>	<p>HR avdelningen</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.

3.3 Kompetens och utbildning En grov planering för höstens planerade utbildningsinsatser ska beskrivas	Förslag på utbildningsinsatser: Social dokumentation Upprättande av genomförandeplaner Dokumentations systemet Siebel Brandutbildning	V-chef	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Beskriv de utbildningsinsatser som identifierats vid medarbetarsamtalen samt om förändringar i höstens planering kommer ske.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Önskemål från medarbetarna kring utbildningsinsatser: <ul style="list-style-type: none"> ✓Handledning efterfrågas (och har genomförts tidigare med dålig upplutning). Den är nu inbokad, se datum i denna handlingsplan. ✓Studiebesök på liknande verksamheter. En givande och utvecklande aktivitet som planeras gemensamt med medarbetarna under 2015. ✓Nuvarande sjuksköterska på enheten önskar stöd och hjälp att få bättre struktur och ordning i rutiner och arbetssätt. Stödresurs från sjuksköterska i företaget som jobbar med samma målgrupp är inbokad. De kommer starta med två dagars insats (egenkontroll) för att bilda sig en uppfattning om 	Verksamhetschef Verksamhetschef Verksamhetschef och ssk	Inbokade tillfällen redovisas nedan. Under 2015 Ssk besöker verksamheten v. 38	Regionchef Regionchef Regionchef och Kvalitetsavdelning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.

	<p>struktur och ordning kan förbättras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sjuksköterskan ska ingå i nätverket av ssk i Attendo Uppsala för att utbyta erfarenheter och känna ytterligare stöd. ✓ Finns önskemål från medarbetarna att enheten får ökad struktur och förbättrat arbetssätt. Att arbetsmiljöfrågor belyses. HR avdelningen ska medverka på APT/utbildningstillfälle för att belysa arbetsmiljöfrågorna. ✓ Brandutbildning bokad till den 29/10. ✓ Fortsatt utbildning i dokumentation. 	<p>Verksamhetschef och ssk</p> <p>Verksamhetschef HR avdelningen</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Verksamhetschef, dokumentationsstödjare</p>	<p>Hösten 2014</p> <p>Hösten 2014</p> <p>29/10</p> <p>Hösten 2014</p>	<p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p> <p>Regionchef</p>			
<p>3.3 Kompetens och utbildning Beskriv vilka åtgärder som ska vidtas för att beskrivning i anbud ska uppfyllas, se rapport inom aktuellt område för vidare information (gäller processinriktad handledning, salutogent synsätt, program för</p>	<p>Handledning med obligatorisk närvaro</p>	<p>V-chef</p>	<p>Pågående hela året</p>	<p>V-chef Eva Dall Reg-chef</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kompletterande svar krävs.</p> <p>Beskriv i tydlig tidsplan (datum) när handledning HAR skett (under året) och KOMMER att ske. Beskriv även syfte med handledningen samt hur det säkras att samtlig personal deltar vid handledningen.</p>

kompetensutv)					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Någon handledning under tidigare del av året är inte genomfört. Handledning med obligatorisk närvaro inplanerat och bokad med 4-6 veckors mellanrum. Handledare är Gunnar Lundegård, socionom med lång erfarenhet av målgruppen. Handleder medarbetarna i processinriktat arbetsätt ”situationer i mötet med brukarna”.	Verksamhetschef Verksamhetschef	Datum inbokat: 25/9,23/10, 27/11	Regionchef Uppföljning och utvärdering görs under december för att planera in första kvartal 2015 med handledning och innehåll.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.4 Kontaktmannaskap Beskriv hur verksamheten ska säkra enskildas inflytande, delaktighet och självbestämmande i den vård och omsorg som ges	Veckoplanering med varje boende, så att den boende själv är med och påverkar sin vecka.	V-chef	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Beskriv kontaktmannens möjlighet att planera och genomföra den enskildes individuella önskemål samt hur kontaktmannens kontinuitet säkerställs.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Veckoplanering med varje boende, så att den boende själv är med och påverkar sin vecka utifrån egna önskemål. Planeras in veckan innan mellan KM och brukare. ✓ Tidpunkt när denna planering genomförs styrs utifrån brukarens tillstånd/nykterhet under veckan. ✓ Vi använder benämningen ”egen tid” för brukaren. Ex på egen tid 	Kontaktman (KM)	Sep-okt	Verksamhetschef Aktivitetsansvarig på enheten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.

	<p>kan vara: städning, promenad, tvättning, spela spel, följa med och handla, läsa tidning, samtal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Är brukaren onykt utförs inte egen tid på planerad tidpunkt. Fungerar som ett sätt att motivera brukarna till nykterhet/drogfrihet. ✓ I genomförandeplaner beskrivs arbetet kring brukaren för att säkerställa inflytande, delaktighet och självbestämmande relaterat till kontaktmannaskap. Här utvärderas även alla insatser. ✓ Kontaktmanna lista finns. ✓ Kontaktmannens kontinuitet i verksamheten styrs av en schemamodell, där ny schemamodell tas fram till oktober för att öka kontinuiteten i verksamheten. Är KM frånvarande ska en vikarie ta över uppgifterna kring de brukare som KM ansvarar extra för. Rutin för detta finns. 	Verksamhetschef	Oktober	Regionchef			
<p>3.4 Kontaktmannaskap Brukarråd/anhörigräff far saknas i verksamheten</p>	<p>Så kallade "Husmöten"/ Boendemöten= Brukarråd sker varje månad sedan i maj och skall så fortsätta. Dessa sker med minnesanteckningar och där boende får återkoppling vid näst kommande träff. Dessa träffar påverkar innehållet i verksamheten. Många av de boende har dock få anhöriga vilket innebär att det kan</p>	V-chef	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kontoret ser att minnesanteckningarna från "husmötena" skulle kunna delges de boende på ett mer aktivt sätt. Beskriv hur detta ska uppnås.</p> <p>Delge datum för när</p>

	vara svårt att få till kontinuerliga anhörigträffar. Dock har varje enskild boendes kontaktman en god kontakt med de anhöriga genom exempelvis telefonsamtal. Anhörigmöten kommer att anordnas under hösten						anhörigmöten ska hållas under hösten.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Minnesanteckningar från brukarråd/husmöten skrivs ut och förvaras i en pärm i matsalen sedan tidigare. En kopia på senaste minnesanteckningarna kan även delas ut till alla brukare i nära anslutning till genomfört husmöte. ✓ Anhörigmöte i höst är planerat den 19/11 då ny chef har lärt känna verksamheten/brukare och vill presentera sig för anhöriga. Inbjudan skickas ut v. 45 	Verksamhetschef	Husmöten planerade 15/9, 17/10, 28/11, 18/12	Verksamhetschef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.5 Aktiv och meningsfull tillvaro Beskriv vilka åtgärder som ska vidtas för att åtgärda bristerna inom området, se rapport inom aktuellt område för vidare information	4 dagar i veckan finns det erbjudande om gemensamma aktiviteter. En gång i månaden sker även en större utflykt. Enskilda aktiviteter sker efter boendes veckoplanering.	V-chef	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Delge kontoret den rutin som finns gällande aktiviteter i verksamheten där även aktivitetsombudets ansvar framgår.
Kompletterande svar som framgår ovan	Bifogar lokala rutiner för Gemensamma aktiviteter samt Individuella aktiviteter.	Verksamhetschef	Sep-okt	Verksamhetschef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan,

under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:							bilaga 1.
3.5 Aktiv och meningsfull tillvaro Redogör för planerade aktiviteter under kommande halvår (juli-december)	Följande aktiviteter är inbokade: Juli: badutflykt till Fjällnora, Augusti: utflykt till Parksnäckan September: besök till Botaniska trädgården Oktober: utflykt till Mickelsmässan i Örsundsbro, November: Mickelsmässa och Älgsafari till Gårdsjö älgpark December: Julmarknad och Julkonsert	V-chef och kulturombudet	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Kontoret önskar en mer detaljerad beskrivning kring planeringen av aktiviteter. Svaret på denna fråga hör ihop med ovanstående frågeställning. Därmed kan svar lämnas under ovanstående kolumn rörande Aktiv och meningsfull tillvaro.
3.6 Hälso-och sjukvård Beskriv hur bristerna inom detta område ska åtgärdas, se rapport inom aktuellt område för vidare information	Palliativt ombud skall utses på APT i augusti. Tid bokas under augusti med tandhygienist, som skall utbilda personal och träffa alla boende för en tandgenomgång. Tandvårdsintyg utfärdas fortlöpande av sjuksköterska. Hygienombud skall utses i augusti på APT. Samordning med ronder fungerar nu med läkare och sjuksköterska. Nationella registret börjar användas i september.	V-chef och sjuksköterska	1/9-31/12-14	MAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Delge kontoret namn på den som utsetts till palliativt ombud och datum när denne utsågs. Delge kontoret namn på den som utsetts till hygien ombud och datum när denne utsågs. Delge datum för när tandhygienist besöker verksamheten och syftet med besöket.

							<p>Delge kontoret uppgift om de boende har intyg om nödvändig tandvård.</p> <p>Delge kontoret när utvecklingsledare för kvalitetsregistren är inplanerad att besöka verksamheten.</p> <p>Delge kontoret hur verksamheten samverkar med läkaren och vilka som medverkar vid medicinska vårdplaneringar.</p> <p>Delge kontoret den riskbedömning som ligger till grund för aktuell bemanning gällande insatser från sjuksköterska.</p>
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palliativt ombud är sjuksköterskan Marie Olsson på enheten, utsågs: 2014-09-12. ✓ Hygienombud finns sedan tidigare på enheten Sara Ahlström. Vi kommer att anmäla en ny medarbetare i nuläget då ordinarie person är frånvarande en tid. Utses på APT i september 	<p>Verksamhetschef</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>SSK</p>	<p>Sept</p> <p>Sept</p> <p>Sept</p>	<p>Regionchef</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Verksamhetschef</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tandhygienist är inbokad den 16/9 och skall utbilda personalen i två timmar (munvård) samt planera in träff med alla boende för en tandgenomgång. ✓ Intyg om nödvändig tandvård har sjuksköterskan ordnat till alla boende under augusti månad. ✓ Regionens kvalitetsutvecklare hade en heldagsutbildning för personalgruppen den 11/9 på enheten. Syfte: Genomgång av kvalitetsledningssystem, hur det ska fungera i praktiken samt SoL-dokumentation. ✓ Samverkan med läkaren på Von Bahr: Rond sker på enheten varje fredag, eftermiddagar. Tid finns för boende att träffa läkaren, bokas in genom ssk. ✓ Årlig medicingenomgång genomförs regelbundet. Vi arbetar med att få ta del av journalnotat från läkaren. Övrig tid vardagar får ssk försöka nå läkaren vid behov. Jourtid fungerar jourhavande läkare i kommunen. ✓ Medicinsk vårdplanering utförs i samband med läkemedelsgenomgång och årlig läkarundersökning med brukaren, ssk och läkare och ibland även omvårdnadspersonal. Vid akut 	<p>SSK</p> <p>Kvalitetsutv. Anna Eriksson Kvalitetschef Annette Sjöborg</p> <p>Läkare Sjuksköterska Verksamhetschef</p> <p>Ssk</p> <p>Läkare Sjuksköterska Verksamhetschef</p>	<p>16/9</p> <p>Aug</p> <p>11/9</p> <p>Sep</p> <p>Sep-nov</p> <p>Sep-okt</p>	<p>Kvalitetschef V-chef Regionchef</p> <p>Verksamhetschef, Läkare</p> <p>Ssk</p> <p>Ssk, Verksamhetschef</p>			
--	---	--	---	--	--	--	--

	<p>försämrat tillstånd och palliativvård sker en akut vårdplanering (anhöriga erbjuds vara delaktiga då).</p> <p>✓ Riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition samt boendes behov av HSL insatser ligger till grund för sjuksköterskans tjänstgöringsgrad. Behovet av HSL insatser kan variera över tid och då även bemanningen av sjuksköterska på enheten. Tillgång till sjuksköterska vardagar kontorstid säkras genom fortsatt samarbete med Attendo Fortuna, utvärdering i oktober.</p>	Verksamhetschef Regionchef	Sep-Okt	Verksamhetschef Regionchef			
<p>3.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov Beskriv hur bristerna inom detta område ska åtgärdas, se rapport inom aktuellt område för vidare information</p>	Möte med sjuksköterska och arbetsterapeut och sjukgymnast sker varje fredag. Team möten sker en gång i månaden där vi tillsammans med omvårdspersonal har genomgång och planering för 2-3 boende.	V-chef	Pågående hela året	MAS/MAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kompletterande svar krävs. Beskriv när (datum) och hur rutin för fallprevention har implementerats i verksamheten. Beskriv hur teammöten en gång per månad säkrar en god och säker vård. (Observera, om 2-3 boende tas upp på teammötet innebär detta att genomgång av samtliga boende har skett efter ca sex månader).</p>

Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	<p>Reviderad rutinen för Teamträff-Fallprevention finns i rutinpärmen sedan juli 2014. Togs upp på APT 11/7.</p> <p>Hänvisar till texten i avtalet där vi lovat/ni accepterat teammöten en gång per månad. I gruppen ingår samtliga professioner som redogör för sina olika riskbedömningar och åtgärdsförslag kring 2-3 brukare/möte. Uppföljning av riskbedömningar sker då efter 6 mnd eller tidigare om behov uppstår, när nytt teammöte inplaneras. Som komplement genomförs medicinska vårdplaneringar en ggr/år och möten med social-handläggaren utifrån behov kring varje brukare för att totalt sett säkra en god och säker vård.</p>	Verksamhetschef		Regionchef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
<p>3.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov</p> <p>Beskriv vilka åtgärder som ska vidtas så det säkerställs att arbetsterapeut och</p>	<p>Använder Dowton Fallrisk index, se ovan. Utifrån den bedömning som görs på team mötet, beslutar arbetsterapeut och sjukgymnast om de insatser/ hjälpmedel som behövs och upprättar ett träningschema som personal följer under veckan och tränar aktuella vårdtagare. Behovet av deras insatser varierar och</p>	SjuksköterskaArbe tsterapeut Sjukgymnast Ansvarig chef	Pågående hela året	MAS/MAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Kompletterande svar krävs.</p> <p>Delge kontoret den riskbedömning som ligger till grund för aktuell bemanning gällande insatser från arbetsterapeut</p>

sjukgymnast fullt ut kan utföra sitt arbete utifrån sin profession.	säkerställs genom kommunikation med ansvarig chef.						och sjukgymnast.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Bedömning kring aktuell bemanning av sjukgymnast och arbetsterapeut baserar sig på det behov som finns hos boende för rehabiliterande insatser utifrån bl.a. aktuella riskbedömningar . Riskbedömningar för bl.a. fallrisk görs var 6:e månad eller oftare vid behov.	Verksamhetschef	Sep-okt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.8 Dokumentation/informationsöverföring Beskriv hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda de förbättringsområden som dokumentationsgranskningen påvisade	Personalen/kontaktpersonen till respektive boende har gått igenom samtliga genomförandeplaner-och sociala journaler och åtgärdat de påpekade bristerna i dokumentationen	V-chef	1/8-31/8-14	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Kontoret har delgetts information att von Bahr deltar i Siebelutbildning 10/10. Beskriv hur många ur personalgruppen som ska delta samt hur det efterföljande arbetet planeras.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	7 platser fanns att tillgå det aktuella datumet och vi har bokat upp alla platser. (Vikarier och personal som är sjuka kvarstår). Personalen ska sedan implementera Siebel i verksamheten och dela kunskapen till kollegor. Målet är att dokumentation i systemet ska vara infört i skarpt läge i slutet av december.	Verksamhetschef	Okt-dec	Verksamhetschef Personalgrupp	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.8 Dokumentation/informationsöverföring	Team-möten 1g/månaden sker mellan sjuksköterska, arbetsterapeut,	Alla yrkeskategorier av	Pågående hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs.

<p>ing Beskriv hur informationsöverföringen ska säkras mellan de olika yrkeskategorierna i verksamheten</p>	<p>sjukgymnast, omvårdnadspersonal, verksamhetschef. Tid finns för muntlig överrapportering mellan tjänstgörande personal dag/kväll/natt.</p>	<p>tjänstgörande personal</p>				<p>Specificera i den mötesförteckning som kontoret tagit del av tydliga syften med respektive möte.</p>
<p>Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:</p>	<p>APT: Ett forum för medarbetarna, syfte dialog, förankra beslut, sprida information på ett tydligt sätt till hela gruppen samtidigt. Protokoll skrivs som alla ska ta del av. Morgonrapport: Muntlig rapport om brukarna, gå igenom dagens planeringar, följa upp arbetssätt/rutiner från nattpersonal till dagpersonal. Journalnotat ska läsas av personal som påbörjar arbetspasset. Kvällsrapport: Muntlig rapport om brukarna, följa upp dagens planeringar samt arbetssätt/rutiner som utförts. Journalnotat ska läsas av kvällspersonal. Veckoplanering med boende planerar varje KP in med sina brukare (som beskrivet tidigare). Syftet är att ta hänsyn till brukarens önskemål och tillgodose individuella aktiviteter. Husmöte/brukarråd: Ett forum i gemenskap för boende. Syftet är att skapa gemenskap i boendet och att brukarna ska känna delaktighet över sitt boende. Beslut tas som återkopplas på APT och till</p>	<p>Verksamhetschef</p>		<p>Regionchef</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.</p>

	<p>personal i gruppen med olika ansvarsområden.</p> <p>Anhörigmöte: Syftet är att skapa förtroende och trygghet för anhöriga till brukarna som vi ger vård och omsorg. Även delge information samt ibland bjuda in någon föreläsare för att sprida kunskap inom olika områden. Denna målgrupp har ofta dålig kontakt med anhöriga och ett uppdrag för oss är att försöka skapa nya relationer mellan brukare och anhöriga på olika sätt, bla. genom anhörigmöten.</p> <p>Kvalitetsmöte: Syftet är att dessa forum är en del av det totala kvalitetsarbetet på enheten som ska säkra att kvalitet och ledningssystemet fungerar i verksamheten och en god och säker vård utförs. Forumet är en viktig länk i utvecklingen av kvalitetsarbetet på enheten.</p> <p>Teammöte: Syftet är att olika yrkesprofessioner delar med sig av erfarenhet och olika bedömningar kring varje brukare, som en del av kvalitetsarbetet för att utföra en god och säker vård kring varje brukare.</p> <p>Läkemedelsgenombgång: Syftet är att säkra att varje brukare har rätt förskrivet läkemedel av ansvarig läkare och att vård och behandling ges så långt som möjligt på Von Bahr. Ingår i kvalitetskrav enligt riktlinjer.</p>						
3.9 Avvikelse och klagomålshantering	Vid Muntliga synpunkter/klagomål ska den personal som tar emot detta	V-chef All personal	Pågår hela året	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs.

Redogörelse för rutin gällande hantering av muntliga synpunkter/klagomål	dokumentera i blanketten Synpunkter och Klagomål som sedan lämnas till verksamhetschefen och registreras samt återkopplas omgående till berörd person. Det är viktigt att frågor besvaras av rätt person med rätt kompetens. Om synpunkterna är svåra att hantera på enheten ska hänvisning ska till regionledning, tex om någon önskar kontakt med företagets ledning. Alla ärenden tas upp på kvalitetsmötet och återkopplas på APT-mötet för att all personal ska bli informerad och att vi ska kunna förbättra/förändra/utveckla oss som verksamhet						Kontoret begär att få ta del av rutin för avvikelsoch synpunktshantering samt hur och när (datum) denna har implementerats i personalgruppen.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Hänvisar till bifogade rutiner: Lokal rutin händelsehantering samt Lokal rutin Synpunkter och klagomål. Rutinerna finns i den lokala Rutinpärmen som alla medarbetare ska ta del av och signera. Implementerats i personalgruppen på Kvalitetsutbildningen 11/9 med kvalitetsutvecklaren.	Verksamhetschef All personal	Sep	Verksamhetschef	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.9 Avvikelse och klagomålshantering Redogörelse av rutin för sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6-8	Alla Synpunkter och Klagomål som kommit in under året sammanställs och analyseras årligen skriftligt (januari). Analysen ska finnas med i verksamhetsberättelsen/kvalitetsberättelsen med en åtgärdsplan som visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.	V-chef	Pågår hela året	V-chef Eva Dall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Kontoret begär att få ta del av rutinen.

Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Hänvisar till samma rutin som ovan: Lokal rutin Synpunkter och klagomål där det framgår i rutinen.				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.
3.9 Avvikelse och klagomålshantering Beskriv vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens systematiska kvalitetsarbete	Nytt kvalitetssystem från Attendo ska introduceras i höst där all personal själva lägger in avvikelserapporter. Kvalitetsråd varje månad före den 10:e. Där redovisas samtliga avvikelser som skett under månaden, åtgärder och uppföljning. Återkoppling som stående punkt på varje APT.	V-chef	Aug-sep	V-chef Eva Dall Reg-chef	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kompletterande svar krävs. Beskriv verksamhetens rutin för kvalitetsråd samt delge kontoret protokoll från augusti mötet.
Kompletterande svar som framgår ovan under punkt – krav på ytterligare åtgärd/kommentar:	Hänvisar till samma rutin: "Lokala rutin händelsehantering" där det framgår hur kvalitetsgruppen träffas samt vilka som deltar. Protokoll från kvalitetsmötet i augusti (avvikelse för juli månad) ur ADD-systemet bifogas.				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se medföljande bilaga till denna handlingsplan, bilaga 1.

Handläggare
Ingrid Jansson

Datum
2014-12-08

Diarienummer
ALN-2014-0181

Minnesanteckningar från möte den 5 december gällande von Bahr

Närvarande:
Eva Dall
Britt-Marie Hansson
Cecilia Addamshill
Eva Erikson
Mia Gustafsson
Ingrid Jansson

Mötet är påkallat för att beställare, Uppsala kommun och utföraren, Attendo Individ och familj, (nedan kallad Attendo) gemensamt ska gå igenom de förändringar som vidtagits på von Bahr utifrån att utföraren meddelat att avtalet nu uppfylls.

Uträkning gällande ersättningsreducering för tiden 28 augusti-30 oktober överlämnas till Cecilia Addamshill.

Följande punkter på åtgärdslistan som inte var uppfyllda föregående möte diskuterades

Värdegrundsarbetet. Värdegrundsarbetet har kommit igång och är dels en stående punkt på APT-möten nu även ett levande diskussionsämne i verksamheten vilket innebär inspiration och ett förverkligande i det dagliga arbetet. Det finns ett samförstånd om att värdegrundsarbetet på von Bahr bara startat och att kraftfulla åtgärder ska vidtas för att förankrar fullt ut i verksamheten. Äldrenämndens värdighetsgarantier ska implementeras och säkerställas i verksamheten. Att så sker ska följas upp av ledningen.

Arbetsledning och bemanning. Två personer är inte tillräckligt för att tillgodose god och säker omvårdnad. En tredje person har därför anställts för att förstärka framför allt i köksarbetet där det tidigare fattats personal. Personen finns på plats kl 12-17 på helg och kl 11-15 övriga dagar. Den bemanningen är enligt Attendo permanent. Om i framtiden det bedöms att den förstärkningen inte längre behövs ska borttagandet först diskuteras och tydligt motiveras skriftligt hos beställaren innan förändring kan ske. Ytterligare förstärkningar kan naturligtvis ske utan att beställaren tillfrågas.

Kompetens och utbildning. Attendo anser att den bristande kontinuiteten i ledningsfunktionen inte längre är något problem, frågan har prioriterats och Attendos stödfunktioner har fungerat. Handledning förekommer, Fungerande rutiner har implementerats. Hospitering kommer att ske på andra vård- och omsorgsboenden som Attendo driver i Uppsala.

Ytterligare samarbete med övriga enheter ska ske. T ex planeras att träffar i studiecirkelform kommer att hållas på onsdagar, kvällstid.

Handledning förekommer nu kontinuerligt och permanent. Beställaren påpekar att det kan kännas problematiskt för personalen om det finns andra kopplingar mellan handledare och ledning än rent professionella. Utföraren förstår detta och kommer att vara mycket lyhörd för sådant.

Siebelutbildning har trots stora problem genomförts och alla utom en kan hantera den tekniken.

Kontaktmannaskap

Rutinerna för egentid ska preciseras så att personalen lättare ska kunna ta ansvar för att tiderna verkligen utnyttjas och blir av.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

Egentiden kommer att bli mera anpassad till den enskildes personliga intressen, både i grupp och på individnivå. Tiden ska vara planerad och förhoppningsvis kommer aktiviteten att bli så lockande att andra intressen får vika för dessa aktiviteter. Nya rutiner kommer att utarbetas och när dessa finns önskar beställaren få del av dessa.

Attendo informerade om att en bil kommer att finnas i verksamheten, förhoppningsvis vid årsskiftet och det kommer att underlätta ovanstående arbete.

Anhörigmötet som skulle skett den 19/11 utgick p g a att inga brukare önskade sådant. Fler försök ska göras. Nya aktivitetsombud/kulturombud finns, med nya sådana kommer nya inriktningar och intressen att följas och tillgodoses.

Hälso-och sjukvård Attendo har gjort en muntlig utvärdering av hälso- och sjukvården. HSL- rutinerna visade då brister, vilka Attendo arbetar med att avhjälpa på olika sätt. Attendo finner att den nu införda tydliga rutinen räcker 50% SSK vilket även medför att usk tillåts göra sina arbetsuppgifter, vilket säkerställer kvaliteten i vården och ger undersköterskorna större meningsfullhet i arbetet.

En skriftlig analys kring detta och övriga förändringar ska lämnas till beställaren. Även den utvärdering som skulle skett i oktober som Attendo hänvisar till i handlingsplanen ska delges kontoret.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov AT och SG utnyttjar Ferlins lokaler för att bedriva strukturerad träning. Tiden har dock tidigare inte räckt till för de arbetsuppgifter som åligger AT och SG. Nu uppges tiden vara utökad till 3 timmar och bedöms tillräcklig. Oklarhet konstateras när det gäller hur och av vem tiden utökats. Mötet konstaterar dock att detta är ett Attendo-internt problem, beställaren är nöjd med att tid nu tillskapats så att avtalet kan anses uppfyllt i detta hänseende. Dock vill beställaren bli informerade när det är utrett och klart vilka överenskommelser som skett. Beställaren förutsätter att dessa timmar är bestående om inte behovet förändras och om ene neddragning sker ska beställaren underrättas.

En uppföljningshandläggare har haft en specialuppdrag bestående i att göra individuppföljningar på von Bahr. Hon har genomfört sitt uppdrag och har meddelat att de boende på von Bahr i stort sett är nöjda med sitt boende och den vård och omsorg de får.

Utifrån en samlad bedömning av de åtgärder Attendo redogjort för och de förändringar som kunnat iakttas konstaterar beställaren att Attendo nu uppfyller sitt avtal och dessutom gjort ett mycket gott förändrings- och förbättringsarbete.

Dessa minnesanteckningar innehåller redogörelser för flera vid mötet träffade överenskommelser och vad ovan anges ska därför fortsättningsvis gälla för den verksamhet som Attendo bedriver på von Bahr.

Vid anteckningarna



Ingrid Jansson

Justeras



Cecilia Addamshill

