



Stadsledningsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-05-08
ON/2023:38

Yttrande över betänkandet Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans – Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet (SOU 2023:9)

Dnr S2023/00990 Socialdepartementet

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden antar tjänsteskrivelsen som sitt yttrande och överlämnar yttrandet till Kommunstyrelsen.

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

Solna stad har beretts tillfälle att yttra sig över betänkandet ”Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans – ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet, SOU 2023:9”.

Omvårdnadsförvaltningen har tagit fram ett förslag till yttrande utifrån en analys av betänkandets konsekvenser för brukare och det allmänna.

Utredningens uppdrag har varit att analysera och lämna förslag på hur insatsen personlig assistans enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, hädanefter LSS, och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) ska organiseras i ett statligt huvudmannaskap.

Solna stad tillstyrker förslaget som helhet och bedömer att fördelarna med ett samlat statligt huvudmannaskap klart överväger nackdelarna med en sådan ordning. Detta särskilt utifrån att en sådan ordning gagnar den enskilde. Solna stad instämmer med utredningens bedömning att ett samlat statligt huvudmannaskap leder till ökad likvärdighet, möjligheter för personer som har insatsen att flytta över kommungränser samt att staten har bäst förutsättningar att hantera insatsen som helhet. Solna stad har heller inga invändningar att, i likhet med vad som gäller enligt dagens ordning, fortsätta utföra insatsen om den enskilde begär det. Däremot invänder Solna stad mot det alternativa förslaget om kvalifikation där Försäkringskassan ska göra en sammanvägd bedömning av grundläggande och andra personliga behov. Solna stad instämmer i stället med utredningens huvudförslag om att nuvarande kvalifikation bör behållas.

Sammanfattningsvis ser Solna positivt på de föreslagna åtgärderna.

Veronika Hässelborg
tf förvaltningschef

Won Lovén Bergman
Avdelningschef LSS



SOLNA STAD

SID 2 (2)

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen



Socialdepartementet
Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik

SOU 2023:9 Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans

Remissinstanser

Autism Sverige

Almega

Avesta kommun

Barnombudsmannen

Bodens kommun

Borgholms kommun

Borås kommun

Botkyrka kommun

Brottsförebyggande rådet

Båstad kommun

DHR - Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet

Demensförbundet

Diskrimineringsombudsmannen

Domstolsverket

Ekobrottsmyndigheten

FQ – Forum Kvinnor och funktionshinder

Fremia

Frösunda Omsorg AB

Funktionsrätt Sverige

Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB)

Föreningen Sveriges Socialchefer

Företagarna

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Linköping

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Stockholm

Förvaltningsrätten i Umeå

Gotlands kommun

Göteborgs kommun

Haparanda kommun

Huddinge kommun

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft

Humana assistans AB

Independent Living Institute

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för vård och omsorg

Integritetsskyddsmyndigheten

Intressegruppen för assistansberättigade

Jämställdhetsmyndigheten

Kalmar kommun

Kammarrätten i Göteborg

Kammarrätten i Stockholm

Karlskrona kommun

Katrineholms kommun

Kommunala företagens arbetsgivarorganisation Sobona

Landskrona kommun

Linköpings kommun

Lunds kommun

Malmö kommun

Mark kommun

Markaryds kommun

Mora kommun

Mullsjö kommun

Myndigheten för delaktighet

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Neuroförbundet

Norrköpings kommun

Näringslivets regelnämnd

Nätverket unga för tillgänglighet (NUFT)

Piteå kommun

Personskadeförbundet RTP

RBU - Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar

Regelrådet

Region Jämtland Härjedalen

Region Skåne

Region Stockholm

Region Västra Götaland

Region Östergötland

Riksförbundet DHB

Riksförbundet FUB

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Riksföreningen JAG

Riksrevisionen

Rädda Barnen

Simrishamns kommun

Skatteverket

Småföretagarnas riksförbund

Socialstyrelsen

Solna kommun

Specialpedagogiska skolmyndigheten

Staffanstorps kommun

Statskontoret

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

STIL - Stiftarna av independent living i Sverige

Stockholms kommun

Strömstads kommun

Sundsvalls kommun

Surahammars kommun

Svenska kommunalarbetsförbundet

Sveriges Kommuner och Regioner

Särnmark assistans AB

Södertälje kommun

Uddevalla kommun

Umeå kommun

Upplands Väsby kommun

Uppsala kommun

Valdemarsvik kommun

Vårdföretagarna Almega

Västerås kommun

Växjö kommun

Åre kommun

Örebro kommun

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in **senast fredagen den 9 juni 2023**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2023/00990 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmberg
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com



Remiss

2023-03-14
KS/2023:73

Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans- SOU 2023:9

Härmed överlämnas bifogade remiss till omvårdnadsnämnden för yttrande.
Yttrandet förväntas **senast den 25 maj 2023** till kommunstyrelsens registrator.
Samordnat utskick av yttrande till ON och KS.

Ansvarig handläggare på stadsledningsförvaltningen, Anders Offerlind.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-04-06
ON/2023:28

Avtalsuppföljning av vård- och omsorgsboende i Solna 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2022

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober 2022 till februari 2023 och omfattar sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, ett boende som drivs av egen regi samt ett boende som drivs i enskild regi.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamheternas utvecklingsplan för 2022, verksamheternas arbete för att minska ensamhet, verksamheternas åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser för verksamheter som drivs på entreprenad enligt Lagen om offentlig upphandling har följts upp. Sammanlagt har 45 boende och 33 medarbetare intervjuats i samband med uppföljningsbesöken.

Under 2022 har verksamheternas möjlighet till att skapa förutsättning för en långsiktig och stabil verksamhetsutveckling tagit fart efter pandemin. Verksamheterna har återupptagit arbetet för att involvera de boende i frågor som berör dem. Verksamheterna har påbörjat ett strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. De upphandlade verksamheterna har i varierande grad arbetat för att infria sina anbudsloften. Anpassning av kommunikationsverktyg särskilt för personer med demenssjukdom har i vissa fall påbörjats. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har utvecklats. Innehållet i genomförandeplanerna har utvecklats.

Bland utvecklingsområden, som i stort gäller inom samtliga verksamheter, kan följande nämnas: utveckla innehållet i den sociala dokumentationen, öka förståelsen för vikten av att rapportera även icke hälso- och sjukvårdsrelaterade avvikelser, fortsätta utveckla det systematiska arbetet för att minska den besvärande ensamheten, öka möjlighet till utevistelse samt säkerställa hantering av muntligt framförda klagomål. Vidare behöver verksamheterna säkerställa att de boende ges större möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem samt anpassa kommunikationen efter den enskildes kommunikationsförmåga.

Verksamheterna har under mars 2023 presenterat sina utvecklingsplaner. Arbeta för att öka den enskildes delaktighet samt minska den besvärande ensamheten kommer att stå i fokus under 2023.

Veronica Hässelborg
Tf. Förvaltningschef

Mona Zakeri
Kvalitetsutvecklare

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

VÅRD OCH OMSORGSBOENDEN I SOLNA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	6

Inledning

Omvårdnadsförvaltningen i Solna har tecknat avtal respektive överenskommelse med olika utförare för driften av stadens vård- och omsorgsboenden. Avtal och överenskommelse tillsammans med lagstiftning och övriga regelverk reglerar hur verksamheten ska bedrivas och hur god kvalitet ska uppnås. Staben för kvalitetsutveckling genomför årliga uppföljningar av verksamheterna. Syftet med uppföljningen är att säkra att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheten bedrivs enligt gällande regelverk. Vid uppföljningen identifieras styrkor och förbättringsområden vilka sedan ligger till grund för verksamheternas utvecklingsarbete.

Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Tillvägagångssätt och metod

Avtalsuppföljningen har under 2022 omfattat nio verksamheter, varav sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, ett boende som drivs av egen regi samt ett boende som drivs i enskild regi. Totalt bodde ca 480 solnabor på vård- och omsorgsboenden i Solna under 2022.

Avtalsuppföljningen har under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamheternas utvecklingsplan för 2022, verksamheternas arbete för att minska ensamhet, verksamheternas åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser för verksamheter som drivs på entreprenad enligt Lagen om offentlig upphandling har följts upp.

Verksamheternas ledningsgrupp, 45 boende och 33 medarbetare har intervjuats i samband med uppföljningsbesöken.

2022 års avtalsuppföljning påbörjades oktober 2022 och avslutades februari 2023.

Verksamhetschefen har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden utifrån avtal, observationer samt anbud framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att presentera en utvecklingsplan där det framgår tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudslöften ska fortgå under 2023. Dessa planer följs upp under 2024.

Sammanfattande bedömning

Under 2022 har verksamheternas möjlighet till att skapa förutsättning för en långsiktig och stabil verksamhetsutveckling tagit fart efter pandemin. Stort fokus har legat på att anordna gemensamma aktiviteter för de boende samt satsa på kompetensutveckling.

Bland identifierade styrkor kan följande nämnas: I genomsnitt är 90 % av de tillsvidareanställda utbildade undersköterskor. Under 2022 har 15 medarbetare fått möjlighet att utbilda sig till specialistundersköterska på arbetstid. Verksamheterna kännetecknas av ett välfungerande kontaktmannaskap och de boende är nöjda med personalens bemötande. Samtliga verksamheter har tydliga rutiner för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd och introduktionens längd anpassas i flera fall utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Verksamheterna samverkar med vård- och omsorgsskolorna och har tagit emot ca 140 undersköterskeelever. Det systematiska arbetet med att minska den besvärande ensamheten har utvecklats i samtliga verksamheter under 2022.

Verksamheterna har återupptagit arbetet för att involvera de boende i frågor som berör dem. Verksamheterna har påbörjat ett strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. De upphandlade verksamheterna har i varierande grad arbetat för att infria sina anbudslöften. Utveckling av kommunikativa verktyg särskilt för personer med demenssjukdom har i vissa fall påbörjats. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har utvecklats. Innehållet i genomförandeplanerna har utvecklats.

Bland utvecklingsområden som i stort gäller samtliga verksamheter kan följande nämnas: utveckla innehållet i den sociala dokumentationen, öka förståelsen för vikten av att rapportera även icke hälso- och

sjukvårdsrelaterade avvikelser, fortsätta utveckla det systematiska arbetet för att minska den besvärande ensamheten, öka möjlighet till utevistelse samt säkerställa hantering av muntligt framförda klagomål. Vidare behöver verksamheterna säkerställa att de boende ges större möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem samt anpassa kommunikationen efter den enskildes kommunikationsförmåga.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
SBA	Brandskyddspolicy

Område	Delområde
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Risk och säkerhetsarbete	Tillbudsrapportering och uppföljning
	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
Ekonomisk kontroll	Avfallshantering
	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.





































- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

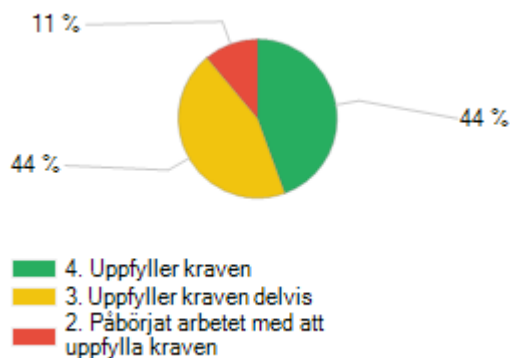
Område	Resultat 2021		Resultat 2022	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	33 (%)	 4. Uppfyller kraven	44 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
			 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven	22 (%)
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	22 (%)	 4. Uppfyller kraven	11 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	78 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)
Samverkan	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	11 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)
			 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven	11 (%)
Självbestämmande och integritet	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	78 (%)	 4. Uppfyller kraven	67 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	22 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	11 (%)	 4. Uppfyller kraven	11 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)
Aktiviteter och fritid	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	11 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	44 (%)	 4. Uppfyller kraven	56 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	56 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	44 (%)
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	89 (%)	 4. Uppfyller kraven	89 (%)

	Skoga	Hallen	Tryggheten	Björkgården	Frösunda	Oskarsro	Polhemsgården	Ametisten	Berga	Summa
Ledning & organisation	3	3	2	4	4	3	4	4	2	29
Personal & utbildning	3	3	3	3	3	3	3	4	3	28
Samverkan	3	3	3	4	3	3	3	3	3	28
Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Social dokumentation	3	3	2	3	3	3	3	3	3	26
Själv-bestämmande & integritet	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Bemötande & anhörigstöd	4	4	4	4	3	3	4	3	4	33
Mat & måltider	3	3	4	3	3	3	3	3	3	28
Aktiviteter & fritid	3	3	4	3	3	3	3	3	3	28
Säkerhet	3	3	4	4	3	3	4	4	3	31
Ekonomisk kontroll *	-									
Summa	31	31	32	34	31	30	33	33	30	

* För verksamheter i kommunal regi genomförs ej ekonomisk kontroll.

Området ekonomisk kontroll bedöms endast som godkänt/ej godkänt och genererar därför inga poäng i tabellen.

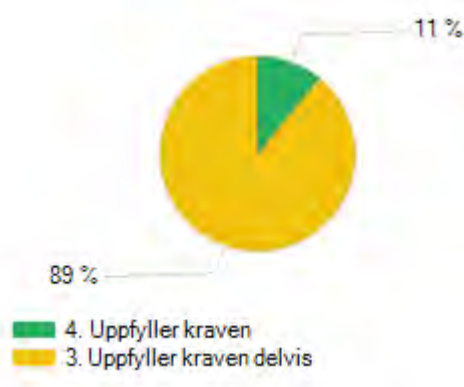
Ledning och organisation¹



Det har skett chefsbyte i fem av nio verksamheter och fyra av sex verksamheter har bytt enhetschefer. Chefsbyten har i vissa fall lett till att arbetet med utvecklingsplanerna inte har fortlöpt som väntat.

En tydlig mötesstruktur finns i alla verksamheter men vissa möten har prioriterats bort eller genomförts mindre frekvent. Agenda finns för alla möten, protokoll skrivs och finns tillgängliga i de flesta verksamheter.

Personal och utbildning



Cirka 90 % av de tillsvidareanställda har en undersköterskeutbildning. Andel medarbetare med undersköterskekompetens har minskat med fyra procentenheter sedan 2021. Anledning till detta behöver analyseras närmare.

Samtliga verksamheter har rutin för introduktion av nya medarbetare med checklista som stöd. Uppföljning av introduktion sker i de flesta verksamheter men behöver struktureras.

De flesta verksamheter arbetar med kompetensutveckling på såväl generell som individuell nivå. Förvaltningens Strategi för kompetensutveckling är känd och samtliga verksamheter har påbörjat ett strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Några verksamheter har börjat införa reflektion som inlärningsmetod i samband med överrapportering.

Samtliga verksamheter har rutiner och arbetsätt för att säkerställa bemanningen, dels vid planerad, dels vid oplanerad frånvaro. Samtliga verksamheter uppfyller bemanningskravet i enlighet med anbudet.

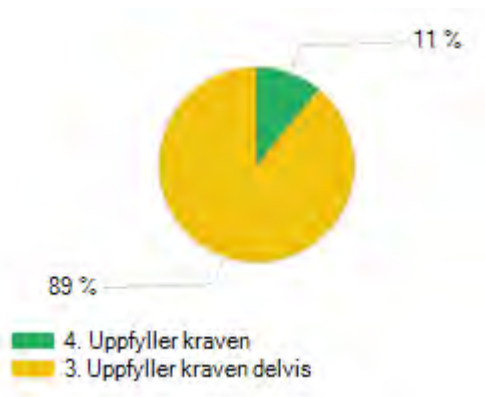
Ombudens kompetens behöver säkerställas och det ska i större utsträckning skapas förutsättningar för att de ska kunna arbeta inom sina ansvarsområden.

Under 2022 har 15 medarbetare fått möjlighet att specialisera sig inom äldre och hälsa, psykiatri, demens,

¹ Färgfördelningen i cirkeln är inte korrekt. Den rätta ska vara 22% rött, 33% gult och 44% grönt.

akutvård och välfärdsteknologi. Arbetsgivare och medarbetare har i vissa fall tecknat ett överenskommelseavtal om hur kompetensen ska användas i verksamheten.

Samverkan

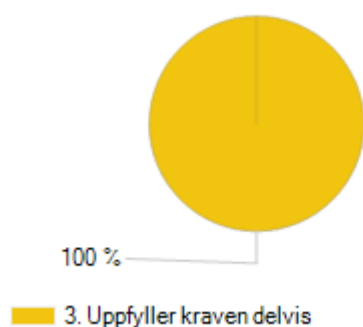


Rutin för extern samverkan finns i samtliga verksamheter.

Verksamheter har i varierande grad samverkat med vård- och omsorgsskolor samt högskolor under 2022. Antal praktikanter i verksamheterna har varierat men generellt varit färre under 2022 pga. lägre efterfrågan på praktikplatser. Totalt har ca 140 elever praktiserat på vård- och omsorgsboendena under 2022.

Verksamheterna beskriver i rutin hur den interna samverkan sker, gällande bland andra informationsöverföring och forum för möten med specificerat syfte. Informationsöverföring i samband med passbyte behöver generellt struktureras. Verksamheterna behöver skapa förutsättning för medarbetarna som arbetar natt att bidra till en personcentrerad vård. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har förbättrats under 2022 men är fortsatt ett utvecklingsområde.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Generellt behöver verksamheterna organisera det systematiska kvalitetsarbetet så att engagerade och kompetent personal från alla yrkeskategorier och särskilt omvårdnadspersonalen inkluderas i detta.

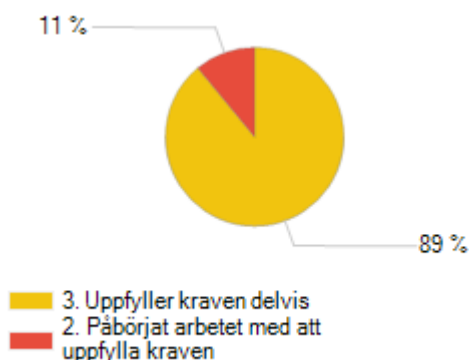
I samtliga verksamheter finns ombud inom områden såsom palliativ vård, kost, kvalitet och aktivitet. Ombudsrollen samt vilket ansvar som åligger ombuden behöver förtydligas. Ombuden behöver också få förutsättning i form av fördjupad kunskap och tid för att kunna bidra till verksamhetsutveckling.

Samtliga verksamheter har en tydlig avvikelshanteringsprocess men kunskap om vad som betraktas som avvikelser och varför avvikelser ska rapporteras behöver förankras hos medarbetarna. Detta är ett förbättringsområde för samtliga verksamheter.

Verksamheterna har rutin för hantering av muntligt framförda klagomål och synpunkter men den behöver förankras hos medarbetarna samt följas upp.

I samtliga verksamheter bedöms risker, om än i varierande grad, på såväl verksamhets- som individnivå och egenkontroller genomförs i vissa områden för att säkerställa att vården och omsorgen är av god kvalitet.

Social dokumentation



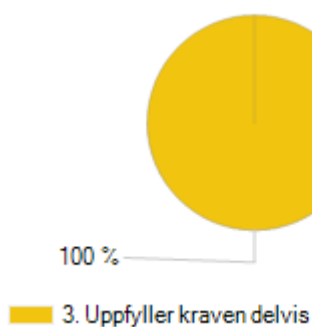
Samtliga verksamheter har IT-system för social dokumentation. Flera verksamheter dokumenterar redan enligt IBIC och några kommer att introducera medarbetarna i arbetssättet under 2023. I de flesta verksamheter finns dokumentationsstödjare men bara i vissa fall har de tillräcklig kunskap för att kunna stötta sina kollegor. Webbaserad utbildning i Social dokumentation finns tillgänglig i samtliga verksamheter. Byte av dokumentationssystem pågår i flera verksamheter vilket kan ha påverkat kvaliteten på innehållet.

Generellt har innehållet i den enskildes genomförandeplan utvecklats. Den enskildes önskemål om nattinsatser utgår alltmer från den enskildes önskemål och behov. Samtliga verksamheter har en strukturerad modell för uppföljning av genomförandeplanen men däremot behöver egenkontroll av löpande anteckningar förbättras. Verksamheterna behöver höja medarbetarnas kunskap kring hur biståndsbeslut, genomförandeplan och löpande anteckningar ska samverka för att skapa en god vård och omsorg.

I samband med granskning av social dokumentation i verksamheterna framgick det att det finns utmaningar gällande dokumentation kring avböjda insatser samt utvärdering och uppföljning av vidtagna åtgärder. Den enskildes kommunikativa förmåga och hjälpbehov har förtydligats men är fortsatt ett utvecklingsområde.

Verksamheterna är väl medvetna om att den sociala dokumentationen är ett område som behöver utvecklas.

Självbestämmande och integritet



Kontaktmannaskapet är väl förankrat i verksamheterna. De flesta verksamheter har utbildat medarbetarna i vilket ansvar det innebär att vara kontaktman. Alla verksamheter informerar om rätten att kunna byta kontaktman om den enskilde så önskar.

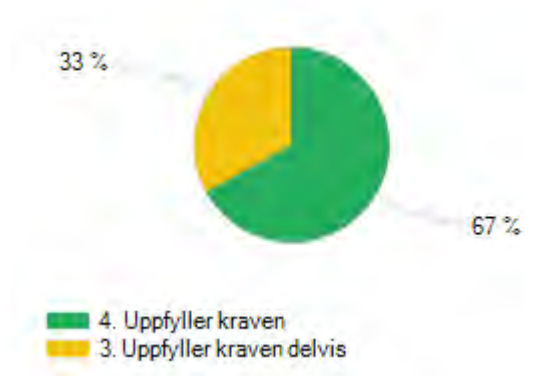
Samtliga verksamheter har förankrade rutiner för mottagande av nya boende. Sju av nio verksamheter skickar månadsvis informationsbrev till anhöriga. Brevet kommer inte alltid de boende till kännedom. Kommunikation

och information om tillfälliga förändringar till de boende, särskilt till personer med kognitiv svikt behöver förbättras. Generellt behöver samtliga verksamheter säkerställa att den enskilde ges större möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem. Förvaltningen har valt att under 2023 fokusera bland annat på att följa upp verksamheternas arbete för att öka den enskildes delaktighet.

Arbetet med att anordna träffar där boende kan framföra synpunkter och önskemål om maten och aktiviteter tog fart under hösten 2022 allteftersom pandemirestriktionerna inom vård- och omsorgsverksamheter lättade.

Verksamheternas arbete med att kontinuerligt utvärdera och följa upp vidtagna skyddsåtgärder behöver struktureras och förbättras.

Bemötande och anhörigstöd

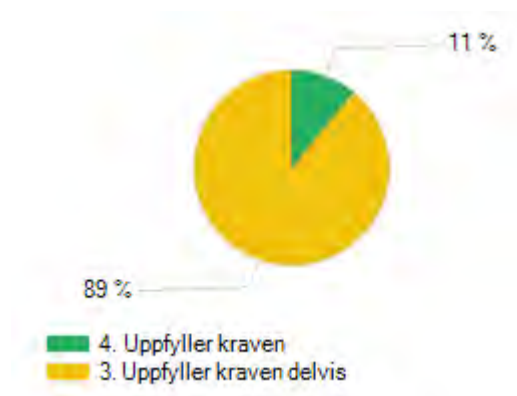


Bemötande- och värdegrundsfrågor har diskuterats i olika forum. Verksamheter har erbjudit reflektionsträffar enligt krav för Silviaomcertifiering. Några verksamheter har börjat införa kortare reflektionsstunder i samband med överrapportering.

Skriftlig rutin för hur anhörigas behov av stöd ska identifieras och vilka stöd som kan erbjudas finns i de flesta verksamheterna. Verksamheterna har erbjudit anhörigträffar eller närstående råd fysiskt och/eller digitalt under hösten 2022.

Samtliga boende som deltog i samtal var mycket nöjda med personalens bemötande.

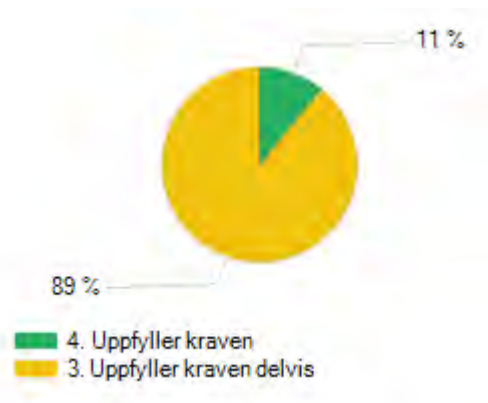
Mat och måltider



I de flesta verksamheterna erbjuds ett i förväg utvalt alternativ per måltid men det finns möjlighet att få annat om den enskilde meddelar i förväg. De flesta verksamheter utför eller planerar att utföra strukturerade måltidsobservationer i syfte att förbättra måltidssituationen för de boende. Flera verksamheter har haft mat och måltider som fokusområde och arbetat aktivt för att förbättra måltidssituationen.

Samtliga verksamheter har utsett några medarbetare med särskilt uppdrag att förbättra måltidssituationen, så kallade kostombud. Ombuden har delvis arbetat strukturerat och i vissa fall saknar fördjupad kunskap för att kunna utföra sitt uppdrag. Kostrådsmöten tillsammans med de boende har inte hållits regelbundet under 2022. Nattmål och mellanmål erbjuds om den enskilde så önskar.

Aktiviteter och fritid



De flesta verksamheterna inhämtar de boendes önskemål om aktiviteter och dessa ligger till stor del till grund för de aktiviteter som erbjuds. Aktiviteter har erbjudits gemensamt, våningsvis eller individuellt under 2022. Vikten av en meningsfull vardag och dess effekt på välbefinnande uppenbarades än mer under pandemin. Därför har verksamheterna påbörjat ett arbete för att erbjuda någon form av trevlig tillställning även under kvällar och helger.

Generellt behöver verksamheterna säkerställa att alla boende erbjuds en meningsfull tillvaro oavsett fysisk eller kognitiv förmåga. Det finns goda exempel inom verksamheterna där de boendes förmåga tas till vara för att bidra till en meningsfull vardag.

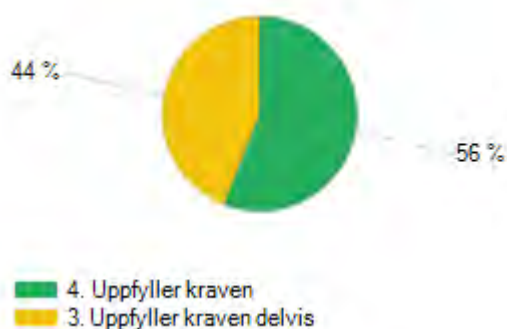
Individuella aktiviteter, utevistelse och egentid erbjuds men behöver säkerställas. Generellt önskar de boende större möjlighet till utevistelse/uteliv.

Verksamheterna har med stöd av tilldelat stimulansmedel införskaffat digitala verktyg för att bredda aktivitetsutbudet. Exempel på dessa är Tover tofel, sinnesstolar, fågelkvitter, odlingslådor, Yeti tablet och robohundar och -katter.²

Verksamheterna har påbörjat eller utvecklat sitt systematiska arbete för att minska den besvärande ensamheten. Detta är ett fortsatt fokusområde under 2023. Förvaltningen kommer under 2023 att fortsätta att följa upp verksamheternas arbete för att minska den besvärande ensamheten.

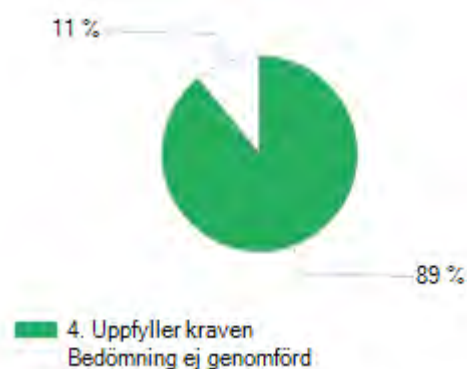
² Tover tofel är en spelkonsol som spelar upp interaktiva spel med ljus och ljud, och som reagerar på spelarnas rörelser. Yeti tablet är en aktivitetskärm som erbjuder mängder med olika aktiviteter genom appar som har sorterats i olika kategorier.

Säkerhet



De flesta verksamheter utför strukturerad egenkontroll av larmets svarstid. Allt fler har börjat använda talenheter för att komma i kontakt med dem som larmar.

Ekonomisk kontroll³



Samtliga verksamheter är momsregistrerade, godkända för F-skatt och är registrerade som arbetsgivare. Verksamheterna har rating mellan 62-90 vid kontrolltillfället.

³ För verksamheter i kommunal regi genomförs ej ekonomisk kontroll.

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

AMETISTEN



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	8

Inledning

Verksamheten på Ametistens vård- och omsorgsboende drivs av Vardaga. Den 1 mars 2019 slöts ett nytt avtal med Vardaga som fortsätter driften av Ametisten. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Verksamheten har 80 lägenheter uppdelade på fem våningar med två enheter per våning. Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende och boende för personer med demenssjukdom. Omvårdnadsboendet har två våningar med 16 boende vardera, totalt 32 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har tre våningar med 16 boende vardera, totalt 48 boende.

Avtalsuppföljningen har under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, fyra boende och fyra medarbetare intervjuats.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 1 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat aktivt med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna under 2022.

Verksamheten arbetar systematiskt med att höja kvaliteten och erbjuder medarbetarna möjlighet till att vara delaktiga i verksamhetsutvecklingen.

De boende önskar få information om frågor som berör verksamheten. De önskar mer utvistelse samt forum för att få fram sina synpunkter.

Enligt brukarundersökningen 2022 känner 82 % av de boende sig trygga med boendet.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.


Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Tillbudsrapportering och uppföljning	
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
Ekonomisk kontroll	Avfallshantering
	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

 För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver se till att kompetensutveckling 0–18 månader efterlevs.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta att förbättra samverkan mellan natt- och dagpersonal
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver förstärka samverkan mellan dag- och nattpersonal i enlighet med det anbud som har lämnats. Vidare behöver verksamheten möjliggöra för nattmedarbetare att delta i utbildningar samt reflektionsträffar.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att information av vikt når ut och tas emot av medarbetarna.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att personalen är väl förtrogen med hur, när och varför avvikelser ska rapporteras.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Dokumentation av vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa behöver förbättras.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Fortsätta förtydliga på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande av genomförandeplaner.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Fortsätta utveckla hur insatserna nattetid ska ges.

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ha arbetssätt för att delge de boende information som berör dem.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	De boende behöver få information om vart de kan vända sig med synpunkter och klagomål.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att det finns forum för att fånga upp de boendes synpunkter och önskemål
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att kontaktman gör veckoavstämning i syfte att ta reda på den enskildes synpunkter och önskemål.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: verksamheten ska utbilda medarbetarna i kommunikationsstöd bildstöd/AKK ska används i samtal med boende vid behov.

Bemötande och anhörigstöd

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver fortsätta arbeta för att förbättra de boendes och anhörigas upplevelse av personalens bemötande.

Mat och måltider

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.




Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver vidta åtgärder för att förbättra måltidssituationen maa det låga resultatet i brukarundersökningen.

Aktiviteter och fritid

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Vidta åtgärder för att förbättra möjlighet till utevistelse.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Vidta åtgärder för att identifiera och i möjligaste mån undanröja faktorer som kan leda till besvärande ensamhet.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska se till att boende med stora fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar erbjuds en meningsfull tillvaro.

Säkerhet

-  4. Uppfyller kraven




Verksamheten är godkänd inom delområdet. Rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll


-  4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	Det finns en mötesplanering för halvårsperiod med fast agenda för respektive möte. För att möjliggöra för medarbetarna att delta har mötena schemalagts. Minnesanteckningar skrivs och mailas ut till samtliga medarbetare samt finns i gemensamma mappen på intranätet. Rutiner är tillgängliga i pärmar och på intranätet för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt. Uppföljning av rutiner sker kontinuerligt i det dagliga arbetet. Närmaste chef eller ansvarigt ombud följer upp avsteg från rutiner via individuella samtal, på teamsmöte, våningsmöte, HSL-möte, kvalitetsråd eller APT.
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	Ledningsgruppen består av en verksamhetschef, en enhetschef samt fem gruppchefer. En gruppchefstjänst har varit vakant sedan november. Under rekryteringen har en annan gruppchef fått utökat ansvar. Gruppcheferna ansvarar för arbetsledning i det dagliga arbetet. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. Hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för att handleda medarbetarna i det dagliga arbetet. Detta sker exempelvis genom att hålla i interna kurser när behov har identifierats samt delta i omvårdnadsarbete för att säkerställa att medarbetaren har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften. Sjuksköterska som arbetar natt har gått utbildning "Att leda utan att vara chef".
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg. Föreståndaren är godkänd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Närmaste chefen ansvarar för uppföljning av introduktionen. Enhetschef följer upp introduktionen fortlöpande och efter två-tre månader. I samband med uppföljning säkerställs att den nyanställda har tagit del av webbaserade utbildningar såsom Kontaktmannaskap, Social dokumentation, Basala hygienrutiner, Socialstyrelsens webbaserade värdegrundsutbildning och Palliation ABC. Enligt anbud ska introduktionen fortsätta och kompletteras med andra utbildningar

Delområde	Kommentar
	<p>enligt en plan vilken sträcker sig till 18 månader efter anställning. Exempelvis ska medarbetaren få utbildningar i Arbetsmiljöutbildning grund, Måltidsupplevelsen, Kost och näring för äldre, Att möta människor vid livets slutskede, Etik och bemötande, Qualimaxutbildning (ledningssystemet) och Allmän brandskyddsutbildning.</p> <p>Efter 12 månader erbjuds utbildningar i Våga fråga – Våga se! (psykisk ohälsa bland äldre), Livsmedelshygien, Brandutbildning för brandskyddsansvarig, Måltidsombudsutbildning, Livsmedelshygien- fördjupning, Miljöutbildning, Lågaffektivt bemötande i äldreomsorgen – att hantera och förebygga, Mångfalds- och jämställdhetsutbildning. Under 2022 har ansvar för att följa utbildningsplanen fördelats till gruppcheferna. De har planerat utbildningarna, uppmuntrat och stöttat medarbetarna att delta samt följt upp resultatet. Samtliga medarbetare med tillsvidareanställning och längre vikariat har deltagit i utbildningarna. Samtliga medarbetare på demensavdelningarna har deltagit i webbaserad utbildning i lågaffektivt bemötande.</p>
<p>Kompetensutveckling</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>94 % av tillsvidareanställda (93 % 2021) har en undersköterskeutbildning.</p> <p>Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket.</p> <p>Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, egenkontroll samt samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven. Flera medarbetare har fått möjlighet att gå på specialistutbildning på arbetstid. Det finns överenskommelse om vilket uppdrag de har efter avslutade studier.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. På agendan för APT finns en stående punkt där goda exempel lyfts. Verksamheten upplever att medarbetarna är engagerade och utvecklingsbenägna.</p> <p>94 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Fem medarbetare har med stöd av statliga stimulansmedel fått utbildning till specialistundersköterska på arbetstid.</p> <p>Flera medarbetare har utbildat sig till språkombud och språkcafé erbjuds två gånger i månaden till de medarbetare som vill utveckla sitt språk. Språkombud har tagit fram stödmaterial för att underlätta för medarbetarna att använda rätt uttryck. Enligt medarbetarna är språkträffarna ett trevligt sätt att förbättra det svenska språket men framför allt viktigt för att stärka teamkänslan.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds bl.a. korta reflektionsstunder där tre standardfrågor tas upp "vad har gått bra, mindre bra och vad har vi lärt oss". Teammöten är utöver ett informationsforum även ett lärande forum. Det finns planer på att medarbetare ska byta väningsplan för att lära av varandra.</p> <p>Enligt ledningen erbjuds reflektionsträffar månadsvis. Det finns en plan för Silviaomcertifiering.</p> <p>Hygienbox som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används enligt ledningen i verksamheten. Medarbetarna kände inte till att den använts mer än en gång. Information om Metodikum Solna (kliniskt träningscentrum i Solna) verkar inte heller ha nått alla medarbetare.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Ametisten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Ametisten uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet. Medarbetarna har behovsanpassat schema som förnyas var tionde vecka. Dagtid har två omvårdnadspersonal ansvar för 8 boende. Efter kl 16 ansvarar 3 personer för 16 boende varav en är löpare. Enligt verksamhetschef har timmarna fördelats så att finns överlappningstid mitt på dagen för att ge personalen möjlighet att delta i olika möten, hjälpa till med aktiviteter samt erbjuda utevistelse. Verksamheten har tagit fram rutiner för vart medarbetarna kan vända sig i fall de behöver förstärkning. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde det stressigt att behöva arbeta på kvällarna. Med anledning av detta kommer ledningen att se över bemanningen kvällstid.</p>




Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Fram till uppföljningstillfället har verksamheten tagit emot 20 undersköterskeelever och fyra HSL-studerande. Samverkansrutin för externa parter finns. Av rutinen framgår vilka man samverkar med, vem som ansvarar för samverkan och hur samverkan ska ske. Ametisten medverkar i lokala Vård- och omsorgscollege Nordväst.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Enligt anbud ska nattmedarbetarna delta i teammöten. En plan har framtagits för nattpersonalen att delta på APT och på kost- och kvalitetsrådsmöten. Frågor från natten finns med på agendan både på APT och teammötena. Minnesanteckningar från möten finns tillgängliga för all personal för ökad delaktighet. Gruppchefer arbetar ibland nattetid främst när det saknas personal. Verksamhetschef har varit på anmälda och oanmälda besök nattetid. Enhetschef träffar nattpersonalen dagligen. Värdegrundsfrågor diskuteras på APT. Medarbetarna uppgav att det finns anteckningar från APT att ta del av men exempelvis värdegrundsdiskussioner är svåra att anteckna eller återberätta för andra. Endast en per enhet deltar i APT vilket gör att kommunikation och information kan falla mellan stolarna eller i värsta fall förmedlas felaktig/bristfällig information. Nattens delaktighet och medverkan följs upp på medarbetarsamtal/målsamtal. Representant från natten deltar i nätverksträffen "Sätt ljus på natten" som omvårdnadsförvaltningen kallar till. Verksamheten fortsätter att ha dialog med nattmedarbetarna kring hur insatserna nattetid kan säkerställas.


Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har mötesforum med fast agenda för kvalitets- och utvecklingsfrågor. Verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, gruppchefer samt särskilt utsedda kvalitetsansvariga deltar i kvalitetsrådet. Tid för att delta i möten är schemalagd. Generellt behöver verksamheten säkerställa att information om diverse slag tas emot av medarbetarna. Även om information skickas direkt till medarbetarna är det inte säkert att den har mottagits. Under uppföljningen togs det upp flera exempel där information inte hade nått alla medarbetare. Särskilt svårt är för de medarbetare som arbetar deltid eller studerar på halvtid. Ombuden ska delta i olika möten och bär ansvar för att sprida information till de övriga. Detta fungerade inte optimalt enligt medarbetarna. Medarbetarna kände inte heller till vilka som hade vilken ombudsroll.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har utfört flera aktiviteter för att öka personalens kunskap om vikten av att rapportera klagomål och avvikelser. Avvikelser tas upp på APT, kvalitetsråd, ledningsgruppsmöte, våningsmöte och HSL-möte. Språkbud/dokumentationsstödjer stödjer vid behov medarbetarna att skriva avvikelser. Resultatet är ett ökat antal inrapporterade avvikelser i systemet. Om en avdelning inte rapporterar avvikelser så försöker ledningen ta reda på anledningen. I samtal med medarbetarna framkommer det att de flesta avvikelser handlar om fall och läkemedel. Verksamheten rapporterade en händelse enligt Lex Sarah under 2022.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetat aktivt med att förbättra brukar- och anhörignjdheten. Brukarundersökningsresultatet har presenterats för boende, anhöriga och medarbetare och i samråd med dem har det tagits fram åtgärdsplan. Teambarometer görs var sjätte vecka där medarbetare svara på frågor om arbetsmiljö. Vardagas kvalitetsavdelning har genomfört två egenkontroller under 2022. Egenkontrollerna genomförs för att säkerställa att gällande föreskrifter och rutiner följs. Verksamhetschefen tillsammans med medarbetarna ansvarar för att svara på frågorna. Intern brukar och anhörig undersökning genomfördes under 2022. Resultat är generellt något bättre än Socialstyrelsens brukarundersökning.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Tidigare har gruppchef eller dokumentationsombud hjälpt till och skrivit alla genomförandeplaner. Under 2022 har ansvar för att upprätta planerna lagts på kontaktmän. Nattmedarbetarna dokumenterar och upprättar genomförandeplan avseende natten.</p> <p>Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Genomförandeplaner var uppdaterade och hade en tydlig struktur för hur en insats ska genomföras. Det framgår tydligt av genomförandeplanerna hur kommunikation ska ske med den enskilde. Kommunikationshjälpmedel finns tydligt beskrivet. Den enskildes hjälpbehov framgick tydligt, men däremot vad den enskilde klarar av framgår bara delvis av planerna. Planen skrivs med respekt för den enskildes integritet. Det framgår delvis hur den enskilde varit delaktig i upprättande av planen. Insatserna nattetid framgår delvis och skrivs under olika sökord vilket försvårar sökningen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Bland styrkor kan det nämnas att allt fler anteckningar handlade om händelser av vikt och avböjda insatser även om information om aktiviteter och besök från anhöriga förekommer i vissa fall.</p> <p>Anledning till varför en insats avböjts framgår delvis av anteckningarna. Det fanns många anteckningar från natten i journalen. Det förekom anteckningar att en boende har sovit dåligt flera nätter i rad och vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa fanns i många fall väl dokumenterade.</p> <p>Verksamheten har börjat med att, i enlighet med anbud, införa veckosamtal mellan den enskilde och kontaktman. Syftet är att ta reda på vad den enskilde tyckte var bra eller mindre bra den senaste veckan. Det har tagits fram några frågor för att strukturera samtalet. Enstaka anteckningar från veckosamtalen fanns dokumenterade i granskade journaler. Veckoavstämningar har införts på samtliga avdelningar under 2022. Veckoavstämning görs i samband med den planerade egentiden som erbjuds veckovis. Detta efter förslag från medarbetarna. Veckoavstämningar dokumenteras under rubriken "Information av vikt" i Safe doc. I ett fall förekom namnförväxling i anteckningarna.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>All personal har gått på webbaserad utbildning i social dokumentation. Det finns dokumentationsstödjare och språkombud som stöttar medarbetarna med allt från vad som ska dokumenteras till hur man formulerar sig på ett tydligt och respektfullt sätt.</p> <p>Fyra gånger per år utför gruppcheferna en strukturerad egenkontroll av den sociala dokumentationen. Egenkontrollen görs enligt en framtagna mall där även språkbruk granskas. Veckoavstämning finns med på checklistan. Resultat av egenkontrollerna följs upp vid mål- och medarbetarsamtal.</p> <p>Utöver de strukturerade egenkontrollerna görs stickprov varannan månad.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten kommer under hösten att erbjuda samtliga medarbetare att delta i Hörselutbildning via Solna stads kompetensportal.</p> <p>Verksamhetens utför egenkontroll för att säkerställa att skyddsåtgärder inte förekommer. Skyddsåtgärder tas upp på teammöte och följs upp regelbundet. Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Dokumentation om skyddsåtgärder innehåller information om, beslut om skyddsåtgärd, vilka andra åtgärder som provats utan resultat, riskbedömning, vilka som medverkat i beslutet samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Samtliga planer omprövas/utvärderas och information om åtgärderna finns både i den enskildes SOL- och HSL-journal. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Boråd erbjuds två gånger per termin. Enligt de boende som deltog i samtal har boråd erbjudits en gång under 2022 vilket de anser är för sällan. Verksamheten kommer att se över detta och erbjuda boråd oftare under 2022.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 53% att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är en ökning med nio procentenheter sedan 2020.</p> <p>Enligt anbud ska kommunikation med personer med kognitiv svikt anpassas och flera kommunikationsverktyg såsom bildstöd/AKK ska användas. Idag använder sig verksamheten i enstaka fall av bildstöd eller översättningsappar för att kommunicera med den enskilde som inte har svenska som modersmål. Vid behov används hörsel förstärkare för att underlätta kommunikation. Polhemsgården har påbörjat ett projekt för att anpassa kommunikationen. Ametisten kommer att följa projektet fortlöpande. Aktivitetsansvarig har provat bildstöd i samband med information om aktiviteter.</p> <p>Under veckoavstämningar samtalar kontaktmannen och den enskilde om hur veckan har varit. Samtalen dokumenteras. Bland de synpunkter som har kommit fram aktivitetsutbud och utevistelse nämns. De boende kände inte igen att veckoavstämning görs varje vecka.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Lokal rutin för information om tillfälliga förändringar till boende förtydligar vad, vem, till vilka och på vilket sätt information ska förmedlas. Arbetsterapeuten använder sig av bildstöd vid behov.</p> <p>Gruppchefer skriver veckovis kort brev till alla anhöriga om förändringar på avdelningarna. Verksamhetschef skickar månatligen ut ett informationsbrev till anhöriga. Brevet anslås på tavlan på våningarna så att de boende kan ta del av det. De boende som deltog i samtal har inte sett informationsbrevet.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 29% att de får information om tillfälliga förändringar, vilket är en minskning med 19 procentenheter.</p> <p>De boende önskade att de fick information om när läkare är i huset eller när läkaren inte hinner besöka dem trots att sjuksköterska har lovat det. En framförde synpunkter på att telefonnätet inte fungerade vilket försvårade den sociala kontakten med vänner och anhöriga.</p> <p>De boende känner sig trygga och upplever att personal lyssnar på dem men önskade att personalen hade mer tid för samtal. En undrade om personalen tog rast samtidigt eftersom hen upplevde att vissa stunder inte fanns någon personal på avdelningen. De visste inte heller vart de ska vända sig med sina klagomål och synpunkter eftersom avdelningens gruppchef hade avslutat sin tjänst och någon ny hade ännu inte rekryterats.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Medarbetare som arbetar på demensheterna har deltagit i utbildningen "Lågaffektivt bemötande". I nästa steg ska samtliga medarbetare på somatiska avdelningar delta i den utbildningen.</p> <p>77 % av de boende nöjda med personalens bemötande (100% 2020). Verksamheten har tagit fram flera åtgärder för att förbättra bemötandet. Bland annat har det tagits fram en checklista som kan användas i kommunikation med anhöriga.</p> <p>De boende som deltog i samtal var nöjda med personalens bemötande.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Det finns en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Sjuksköterska erbjuder stöd till anhöriga. Synpunkter från anhöriga bemöts och gruppchef ansvarar för återkoppling. Anhörigmöte erbjuds två gånger under 2022.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har under 2022 fortsatt sitt utvecklingsarbete för att förbättra måltidssituationen. Arbetsterapeuten gör måltidsobservationer två gånger per år på varje avdelning. I samband med observationen kontrolleras extra att maten är varm under hela serveringstiden. Kostråd hålls en gång i månaden där kostombud deltar och diskuterar inkomna synpunkter och resultat av genomförda måltidsobservationer. De boende bjuds in. Färskt bröd till frukost bakas dagligen.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Frukostbuffé erbjuds på söndagar.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 71% av de boende att maten smakar bra (84% 2020) och 47% upplever att måltiderna är en trevlig stund på dagen (68% 2020).</p> <p>Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituationen på en demensavdelning. De boende satt vid två olika bord. Val av placering hade gjorts utifrån de boendes kommunikativa förmåga. Två medarbetare hjälptes åt med serveringen. Maten var uppställd på en vagn och visades för de boende. Det var trevligt dukat med duk, underlägg och blommor på bordet. Förkläde användes. De boende tillfrågades vad de ville dricka till maten. Flera dryckesalternativ fanns att välja bland. Personalens bemötande var professionellt, de som behövde stöd till självhjälp fick det på ett respektfullt sätt.</p> <p>Avdelningar som ligger på samma plan samarbetar och fördelar ansvar i samband med förberedelse av måltider.</p> <p>Bland förbättringsområden kan följande nämnas:</p> <p>Dryckesalternativen presenterades samtidigt vilket gjorde det svårt för den enskilde med kognitiv svikt att välja mellan. Servering av dryck tog tid vilket gjorde att maten som stod på vagnen hann bli kall. Samverkan mellan avdelningarna gjorde att personal var i rörelse hela tiden och dörren öppnades och stängdes vilket påverkar matron.</p> <p>De boende var nöjda med matens smak men önskade regelbundna träffar för att framföra synpunkter kring maten. De berättade att om de inte är nöjda med maten så äter de lite och det händer sällan att de ber om annat alternativ.</p> <p>Verksamhetschefen frågar två gånger per månad personligen vad de boende tycker om maten. Maten smakas av dagligen innan servering. Appen sur/glada miner har hittills inte använts- vilket har lovats i anbudet.</p> <p>Utbildningen Näringslära ingår i konceptet "mat som hemma". Till varje måltid som lagas finns information om sammansättningen. Det finns en webbaserad utbildning som all personal har genomgått.</p>

Aktiviteter och fritid



Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Aktivitetsansvarig är hälsopedagog och arbetar salutogent. Hon deltar på teammöten och stödjer kollegorna i det salutogena synsättet samt är med på ledningsgruppen en gång i månaden. Aktivitetsansvarig har haft enskilda samtal med boende för att få reda på deras intressen och önskemål.</p> <p>Det erbjuds aktiviteter under helger främst med stöd av Ung Omsorg som är i verksamheten på helger. Med stöd av stimulansmedel har Tovertofel köpts in och Clownmediciner har besökt verksamheten. Tovertofel är en spelkonsol som spelar upp interaktiva spel med ljus och ljud, och som reagerar på spelarnas rörelser.</p> <p>Cykeltaxi har använts för en trevligare utevistelse och åkåsar används för att underlätta för den enskilde att komma ut oftare även när det är kallt.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 56% av de boende nöjda med aktiviteterna (75% 2020) och 59% upplever att möjligheten att komma ut är bra (52% 2020). 37% anger att de inte besvärar sig av ensamhet. (motsvarande data saknas för 2020).</p> <p>Ametisten har arbetat för att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten. För att systematisera arbetet används enkäter. Information ges på APT och tillämpningsgraden följs upp på ledningsgruppsmöten. Frågan om den enskildes ensamhet tas upp på teammöten dels för att följa upp om vidtagna åtgärder har haft effekt och dels för att initiera nya åtgärder.</p> <p>De boende upplevde att de inte hade någon annan än kontaktmannen att prata med. De önskar att personal erbjuder oftare utevistelse. Generellt upplevde de boende att det inte händer så mycket på avdelningen under dagarna.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Larm</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en skriftlig rutin för regelbunden egenkontroll av kvalitet och funktionalitet av trygghetslarmet. Larmfunktionen kontrolleras dagligen och signeras.</p> <p>Det finns lokal rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att fungera. Verksamheten utför månatligen systematisk egenkontroll av larmsvar, d.v.s den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat. Ledningen känner</p>

Delområde	Kommentar
	<p>sig trygg med att larmsvaren inte är oskäligt långa. I de fall larmsvar har dröjt görs en utredning.</p> <p>Verksamheten har säkerställt att det under kvällar, nätter och helger finns larmadministratör som kan se till att boendes larm fungerar.</p> <p>Talenheter används för att främja trygghetskänslan. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp.</p> <p>De boende kände sig överlag trygga med larmet men berättade att det händer att de får vänta för länge på att få hjälp. Enligt brukarundersökning 2022 upplever 80% att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov, vilket är en ökning med 12 procentenheter jämfört med tidigare år. Upplevelse av trygghet är 82%. (79% 2020).</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar												
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 62												
Skattekontroll  3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> <th>AVISERINGSDATUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>feb-23</td> <td>20 027 135</td> <td>2023-03-08</td> </tr> <tr> <td>jan-23</td> <td>20 664 522</td> <td>2023-02-08</td> </tr> <tr> <td>dec-22</td> <td>18 897 873</td> <td>2023-01-11</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM	feb-23	20 027 135	2023-03-08	jan-23	20 664 522	2023-02-08	dec-22	18 897 873	2023-01-11
PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM											
feb-23	20 027 135	2023-03-08											
jan-23	20 664 522	2023-02-08											
dec-22	18 897 873	2023-01-11											

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

BERGA



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	9

Inledning

Verksamheten på Berga vård- och omsorgsboende drivs sedan 1 mars 2019 av Ansvar och Omsorg Temabo AB. Berga har 96 lägenheter uppdelade på tolv våningar. Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende och boende för personer med demenssjukdom. Omvårdnadsboendet har sex våningar med åtta boende vardera, totalt 48 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har sex våningar med åtta boende vardera, totalt 48 boende. Berga ansvarar för drift av två dagverksamheter en med demensinriktning (Gläntan) och en med funktionsbevarande inriktning (Bergas dagverksamhet) som har öppet två vardagar i veckan.

På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser har under 2020–2022 endast 64 av 96 platser varit belagda.

Avtalsuppföljningen under 2022 har bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbetssätt med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, fyra boende och fyra medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning vid ett personligt möte för Omvårdnadsförvaltningen den 9 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudslöften ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Under 2022 har verksamheten arbetat systematiskt med att utveckla medarbetarnas kunskap inom identifierade utvecklingsområden. Flertal medarbetare studerar till specialistundersköterska på arbetstid.

Verksamheten har under 2022 arbetat aktivt med sina utvecklingsområden. Bergas resultat i brukarundersökningen 2022 förbättrades inom flertal områden. Enligt brukarundersökningen 2022 är 86 % av de boende nöjda med personalens bemötande.

Verksamheten behöver fortsätta förbättra de boendes delaktighet i frågor som berör dem, förbättra möjligheten till utevistelse samt öka medarbetarnas medvetenhet kring vikten av att rapportera avvikelser.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk

utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Tillbudsrapportering och uppföljning	
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara

aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

■ Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning


Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven

Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.






Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Företagsledningen ska säkerställa att verksamheten har stöd och förutsättningar för driften av verksamheten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att de möten som bedöms behövas för utveckling av verksamheten också äger rum.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska se till att ledningen förstärks genom att utbilda kvalitetshandledare som kan driva utvecklingsfrågor tillsammans med ledningen.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis




Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska se till att de befattningar som har angetts i anbudet ska finnas i verksamheten.
 Aktiviteten pågår enligt plan	Verksamheten ska se till att snarast möjligt uppfylla kriterierna för Silviaomcertifiering.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ta fram riskanalys med anledning av de långa arbetspassen för att säkerställa patientsäkerheten.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Ombudens roll och ansvar ska förtydligas och förankras hos varje ombud.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Erbjuda möjlighet till utbildning till medarbetarna som arbetar natt och på dagverksamheterna.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis




Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska möjliggöra för dag- och nattpersonal att samverka i syfte att skapa helhetssyn utifrån den enskildes behov.
 Aktiviteten pågår enligt plan	Anbud: Verksamheten behöver inom tre månader ta fram en plan för implementering av ett standardiserat verktyg för kommunikation vid överrapportering som SBAR.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver förbättra förutsättningarna för att stärka den tvärprofessionella samverkan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver upprätta en plan för att skapa förutsättning för medarbetarna att delta i kvalitetsarbetet.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta arbeta för att öka medarbetarnas kännedom om hur, när och varför en avvikelser ska rapporteras.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att rutin för hantering av muntligt framförda synpunkter är förankrad hos samtliga medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur välfärdsteknik kan användas för att skapa ökad trygghet
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: En medarbetare som arbetar nattetid ska vara kvalitetshandledare.
■ 1. Arbetet avbrutet eller har inte startat.	Anbud: Genomgång av verksamhetens arbete i kvalitetsledningssystem ska genomföras för att säkerställa att lagar och föreskrifter efterlevs.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att uppföljning av händelser av vikt samt utvärdering av vidtagna åtgärder kopplas till den enskildes dagliga livsföring.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver förtydliga på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande eller uppdatering av genomförandeplanen.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska verka för att löpande anteckningar och genomförandeplanen går hand i hand.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes kommunikationsförmåga inklusive behov av hjälpmedel/förhållningssätt för att stärka den kommunikativa förmågan behöver förtydligas.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att det finns arbetssätt för att informera de boende om tillfälliga förändringar.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver förtydliga vilken funktion som har ansvar för att följa upp skyddsåtgärder och på vilket sätt.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver skapa forum för att ta del av de boendes synpunkter. Återkoppling av vidtagna åtgärder behöver förbättras.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att de boende får information vem som är kontaktman.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver ha ett arbetssätt för att hålla de boende informerade om frågor som de berörs av.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att information om verksamheten delges de boende.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur diplomering av kontaktmän kan ske.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan för hur arbetssätt för anpassad kommunikation i enlighet med anbudet kan tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter på mat och måltidssituation kan tillvaratas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska hålla kostråd då boende kan framföra synpunkter.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver se till att medarbetarna har den kompetens som behövs för att kunna erbjuda en trivsamt måltidssituation.

Aktiviteter och fritid

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta arbetet för att minska upplevelsen av den besvärande ensamheten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver förbättra möjligheten till att skapa en meningsfull tillvaro för de boende under helger.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att den enskilde erbjuds egentid.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Egentid två timmar i veckan ska erbjudas.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har inplanerade, schemalagda möten så att alla medarbetare kan delta. Det finns en matris för årets möten. Medarbetare som är lediga kan mot ersättning delta i mötet hemifrån via teams. Verksamheten har utbildat medarbetare hur man kopplar upp sig hemifrån. Vid behov har medarbetarna fått stöd i hur man kopplar upp sig på teams för att delta i möten på distans. Mötena är planerade när så många medarbetare som möjligt kan vara med. Verksamheten har önskemål att schemalägga APT träffar med medarbetare godtog inte den lösningen utan de som är på arbetsplatsen deltar och övriga är med via teams.</p> <p>Alla möten protokollförs och samtliga medarbetare har tillgång till anteckningar som läggs på den lokala mappen på datorn. Medarbetarna får information om viktiga händelser och planerade aktiviteter på morgonmöten och dessa återfinns även i dagplaneringen. Veckobrev skickas ut varje fredag där informeras medarbetarna om kommande möten.</p> <p>Ombudsträffar med tydlig mötesagenda hålls regelbundet och de ombud som är i tjänst deltar. Det finns planer på att lägga in de tiderna i schemat.</p>
Verksamhetens organisation och ledning ■ 1. Ej godkänd	<p>Ledningen består av verksamhetschef, enhetschef, samordnare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det har saknats en enhetschef på 50 % under större delen av 2022. Samordnaren har avlastat ledningen med det administrativa arbetet under rehabiliteringsprocessen.</p> <p>Utbildning i arbetsmiljö erbjuds vartannat år till chefer och legitimerad personal med arbetsledande funktion. Chefer och ett flertal nyckelpersoner har också deltagit i den Ledarskapsutbildning som Solna stad bjudit in till.</p> <p>Ledningen upplever att stödet från huvudkontoret har saknats under större delen av året. Ingen internrevision/ egenkontroll har genomförts under 2022. Information om förändringar i organisationen har varit bristfällig. Förutsättningar för att driva verksamhet såsom inköpskort för att inhandla nödvändiga saker har saknats. Vidare har stödfunktioner så som kvalitetsutvecklare, personalavdelning och IT avdelning saknats under året som varit.</p> <p>Enligt anbud ska ledningen förstärkas med bland annat diplomerade kontaktmän, kvalitetshandledare och teamledare som ska kunna handleda kollegorna i omvårdnadsarbetet. Kvalitetshandledarutbildningen pågår och kommer att bli klar i januari 2023. Två kvalitetshandledare är utsedda och kommer att arbeta enligt anbudet så fort de fullföljt utbildningen. I väntan på utbildningen ska bli klar har kvalitetshandledarna fått möjlighet att gå specialistutbildning samt ledarskapsutbildning för att handleda kollegorna i omvårdnadsarbetet. Verksamheten ska ta fram en ansvarsbeskrivning och skapa förutsättningar för att "kvalitetshandledarna" kan fullgöra sitt ansvar.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har erforderliga tillstånd för att driva vård och omsorgsboende och dagverksamhet för äldre. Verksamhetschef är godkänd av IVO och står på tillståndet.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Verksamhetens introduktion är tre dagar, varav en dag avsätts för webbaserade utbildningar i basala hygienrutiner och värdegrund inom äldreomsorg. I första hand utses medarbetare med handledarutbildning till mentor eller handledare att hålla i</p>

Delområde	Kommentar
	<p>introduktionen. Datum för uppföljning framgår av den checklista som används vid introduktionen.</p> <p>Verksamheten följer upp introduktionen på ett systematiskt sätt. Verksamhetschef eller enhetschef följer upp introduktionen inom 2 månader utifrån checklistan.</p>
<p>Kompetensutveckling</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Av verksamhetens tillsvidareanställda medarbetare är 94% utbildade undersköterskor. (97% 2021) Verksamheten har därutöver åtta undersköterskor som studerar till specialistundersköterska på arbetstid. Samtliga medarbetare har en egen kompetensutvecklingsplan där behov av utbildning framgår.</p> <p>Berga är Silviacertifierade och enligt tidigare plan skulle verksamheten om certifieras 2023. Reflektionsledare finns i verksamheten. 75 % av all personal har genomgått steg 1 och 2 och reflektionsträffar hålls varje månad. Med anledning av kommande stambyte kommer om certifieringen att skjutas upp till 2024. Reflektionsträffar kommer fortsätta att hållas månadsvis under 2023. Reflektionsträff enligt Silviacertifieringen metoden hålls för nattpersonalen i samband med nattmöte.</p> <p>Under 2022 har verksamheten vidtagit en rad åtgärder för att kvalitetssäkra nattinsatserna. Nattmedarbetare har tillfrågats om utbildningar samt planerats in för obligatoriska utbildningar såsom förflyttningsteknik, brandutbildning och inkontinens. Varje nattmedarbetare har en egen kompetensutvecklingsplan.</p> <p>Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket.</p> <p>Ledningen anser att de har organisation och struktur för att bedriva kompetensfrågor på ett strategiskt sätt. För att identifiera och tillgodose kompetensbehovet tillämpas strukturerad observation, egenkontroller, kundundersökning och självskattning. Under medarbetarsamtal lyfts frågan om medarbetaren besitter kompetens som inte har tillvaratagits. Aktivitetscoachen fångar upp medarbetarnas "dolda talanger" som kan nyttjas i verksamheten. Vi nyanställning ställs frågan om digital kompetens. Verksamheten har medvetet rekryterat medarbetare med de särskilda kompetens som behövs i verksamheten såsom särskilt intresse för måltid och aktiviteter samt kompetens och erfarenhet från psykiatri.</p> <p>Flertal medarbetare har utbildats i BPSD, bemötandepan upprättas och följs upp på teammöte varje vecka.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. På agendan för APT och veckobreven finns en stående punkt där goda exempel lyfts. Verksamheten uppger att organisering och planering och vikarietillsättning i samband med utbildningar tar mycket tid i anspråk.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds reflektionsstunder och frågestunder i samband med såväl fysiska som webbaserade utbildningar. Vidare erbjuds nätverksträffar, ombudsträffar och daglig handledning av hälso- och sjukvårdspersonal. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Webbutbildningar erbjuds helst i grupp och kombineras med workshops för bättre effekt. Tydliga ansvarsbeskrivningar finns för alla befattningar och överenskommelse med de som går specialistutbildningar finns och följs upp.</p> <p>Verksamheten skapar förutsättning för medarbetarna att lära på jobbet. genom strukturerad daglig handledning av andra professioner som deltar i omvårdnadsarbetet. Teammöten har blivit alltmer ett lärande forum.</p> <p>Enligt anbud ska verksamheten certifieras inom fyra år från avtalsstart till Kompetenscentrum (KC), Kunna, driva och leda. Vidare anges i anbudet att det ska finnas medarbetare nattetid som har vidareutbildning i demens. En medarbetare ska vara certifierad BPSD-utbildare. Aktiviteter för att uppnå dessa utfästelser har inte genomförts.</p> <p>Under 2022 har verksamheten skapat förutsättningar för att kunna bli ett kompetenscentrum. Samtliga medarbetarna har fått korta utbildningar i en rad</p>

Delområde	Kommentar
	<p>identifierade kompetensområden där både ordinarie personal och timvikarier deltar i utbildningstillfällena. Flertal medarbetare utbildar sig till specialistundersköterska. En specialistsjuksköterska inom palliativ vård har anställts. Vidare har flera medarbetare deltagit på utbildningar som har erbjudits på Metodikum Solna.</p> <p>En medarbetare som arbetar natt går specialistutbildning med inriktning Multisjuka äldre.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Alla schemarader är tillsatta med tillsvidareanställda eller vikarier. Då verksamheten har haft flera medarbetare som har varit/är studielediga har behov av vikarier och timanställda varit stort.</p> <p>Verksamheten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Bergas uppfyller täthetskravet men lever inte upp till det avtalade bemanningskrav då det har saknats en enhetschef under större delen av 2022.</p> <p>Hälsocoachen har avslutat sin tjänst och verksamheten har redovisat åtgärder i väntan på att tjänsten ska tillsättas.</p> <p>Vid medarbetarintervjun framkom att schemat inte upplevs optimalt. Enligt schemat arbetar man ensam på våningarna långa stunder under dagen. Utöver de schemalagda ensamarbete kan man vara ensam på våningen i samband med utbildningar, möten och raster vilket innebär att man är två korta stunder under dagen.</p> <p>Det är i princip inte många timmar på dagen man inte är ensam. Några uppgav god dagplanering och en rutinerad och samarbetsvillig kollega är en förutsättning för att hinna med arbetsuppgifterna. Det finns rutin för var man ska vända sig om man behöver hjälp och de upplever att rutinen fungerar bra.</p> <p>Medarbetarna har synpunkter på de långa arbetspassen under helger och uppger att det kan äventyra patientsäkerheten då man har svårt att koncentrera sig när arbetspassen är så långa. Enligt ledningen har längre arbetspass varit ett alternativ bland många som medarbetarna själva har valt.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Ledningen upplever att det blir allt svårare att rekrytera kompetenta medarbetare även om antal inkomna ansökningar ökar. Verksamheten gör en enklare språktest i samband med intervjun, där den sökande lösa en fiktiv omvårdnadssituation där både kunskap och språk utvärderas. Som ett led i kompetensförsörjning tar Berga emot studenter och elever från skolor och högskolor.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Skriftlig rutin för extern samverkan finns. Verksamheten deltar i nätverksträffar som omvårdnadsförvaltningen anordnar. Verksamhetschefen är ledamot i vård- och omsorgscollege Nordväst. Verksamheten har tagit emot tio elever och åtta sjuksköterskestudenter under 2022.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har en överrapportering inför varje arbetspass där medarbetare ska läsa anteckningar i Safe doc. Den inplanerade rapporttiden mellan natt- och dagpersonal är fem minuter och finns i schemat. Nattsjuksköterska tar emot rapport och rapporterar över till nattpersonalen runt kl. 22. Enligt medarbetarna är det viktigt med muntlig överrapportering och därför väljer man stanna på obetald arbetstid för att hinna ta del av rapporten.</p> <p>Verksamheten har vidtagit flera åtgärder för att förbättra samverkan mellan natt- och dagpersonal. Nattpersonal turas om att delta på arbetsplatsträffar och en dagpersonal deltar på nattmöten. Nattmedarbetarna deltar i nätverksträff för natten. Nattsjuksköterska arbetsledarroll har förtydligats o följts upp.</p> <p>Enligt anbud ska SBAR, som är ett standardiserat verktyg för kommunikation vid överrapportering, användas. Detta används idag av hälso- och sjukvårdspersonalen. Samtliga medarbetare har fått utbildning i SBAR. Implementeringen har utvärderats och nya utbildningsinsatser har erbjudits för att öka nyttjandegraden.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att det inte alltid fanns möjlighet att delta i de olika mötena. Den som deltar i möten hinner inte informera om vad som har sagts. Risken att missa informationen ökar om man är ledig några dagar.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Alla medarbetare har tilldelats olika ombudsroller där varje roll har en tydlig ansvarsbeskrivning. Agenda för ombudsmöte finns. En medarbetare kan ha flera ombudsroller vilket kan leda till att man inte alltid hinner fullfölja sitt uppdrag. Ombudens arbete följs upp på våningsmöten. Våningsmöten har erbjudits på vissa våningar. De våningar som har saknats enhetschef har inte haft våningsmöte.</p> <p>För att öka medarbetarnas delaktighet provade ledningen att under en begränsad period tillämpa rullande ordförandeskap på arbetsplatsträffar men ändringen resulterade i att allt färre kom till mötena och därför återgick man till den gamla ordningen.</p> <p>Egenkontroller görs enligt företagets årshjul samt verksamhetens egna behov. Resultatet tas upp på olika ombudsmöte samt APT. Handlingsplan upprättas där det framgår vem som är ansvarig för åtgärderna. Planerna följs upp.</p> <p>Enligt anbud ska tre medarbetare, en av de tjänstgör natttid, vara diplomerad kvalitetshandledare med fördjupade kunskaper i personcentrerade arbetsätt och ledningssystemets rutiner. En av nattmedarbetare ska bli kvalitetshandlare för natten. Denna kommer då att vara med på mötena dagtid.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Ledningen har tagit fram en lathund om varför man ska skriva avvikelse och om vad en avvikelse kan omfatta. Vikten av att skriva avvikelserapport och varför dessa ska skrivas påtalas på APT.</p> <p>Legitimerad personal lägger in rapporterade avvikelser gällande fall och läkemedel digitalt i Safe doc. Övrig avvikelser skrivs på papper och lämnas till verksamhetschefen eller framförs muntligen till ledningen. Verksamheten kommer att byta det befintliga dokumentationssystemet Safe doc till Epsilon. I och med detta kommer avvikelserna rapporteras i systemet.</p> <p>Antal rapporterade SoL avvikelser har ökat. Ledningen tror att det kan vara på grund av att legitimerad personal deltar i omvårdnadsarbetet som ser brister och uppmanar/hjälper personal att skriva avvikelserapport. Ledningen och medarbetarna upplever att förståelse för varför man ska skriva avvikelser har förbättrats och rapporteringen betraktas inte lika ofta som ett personangrepp.</p> <p>Verksamheten har skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Blanketter finns tillgängliga både på våningar och i entré. Ledningen informera medarbetarna om vikten att skriva ner klagomålen och frågar aktivt vid varje teamforum om något klagomål har framkommit. Klagomålen åtgärdas oftast på en gång och rapporteras inte.</p> <p>Under 2022 har två händelser enligt lex Sarah rapporterats och utretts i verksamheten.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Riskbedömningar i bland annat arbetsmiljö, risk för hot o våld, personalbrist och värmebölja har gjorts. Egenkontroller har genomförts bl.a. avseende boendes privata medel, brand, nyckel, socialdokumentation, hygien, begränsningsåtgärder, trygghetslarmets svarstid, delegeringar och måltidsobservationer.</p> <p>Brukarundersökningens resultat har presenterats för boende, anhöriga och utifrån diskussionerna har en handlingsplan tagits fram. Åtgärderna går igenom på ledningsmöten för att säkerställa att de löper på enligt plan.</p> <p>Brukarundersökningens resultat har presenterats för boende, anhöriga och utifrån diskussionerna har en handlingsplan tagits fram. Aktiviteterna går igenom på ledningsmöten för att säkerställa att de löper på enligt plan.</p> <p>Verksamheten ska enligt anbud införa digitala sensorer, nattkameror och olika typer av mobila enheter. Verksamheten har under 2022 arbetat för att installera Wifi men har i dagsläget inte en fungerande uppkoppling. Begränsad tillgång till Wifi påverkar inte bara införande av välfärdsteknik utan för övrigt deltagande i teammöten och webbaserade utbildningar.</p> <p>Enligt anbud ska utföraren förse med andra högteknologiska utrustningar för att bl.a. skapa bättre arbetsmiljö och aktivitetsutbud. Verksamheten har under 2022 fått ett antal mobiltelefoner av äldre modell som inte går att använda till att ladda ner appar som Spotify, nollvision eller skicka sms med bilder till anhöriga. Internrevision har inte genomförts under 2022.</p>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Den enskildes kommunikativa förmåga, behov av kommunikativa hjälpmedel samt nattinsatser beskrivs tydligt. Vad den enskilde vill göra på sin egentid samt vilka aktiviteter som den enskilde önska delta i beskrivs väl i planerna. Det framgår delvis av planerna på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande eller uppdatering av planen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I den sociala journalen framkom anteckningar om händelser av vikt med vidtagna åtgärder, uppföljning av vidtagna åtgärder behöver förbättras. Det dokumenteras övervägande information om aktiviteter och besök från anhöriga i journalerna. I några fall fanns information om hörapparat, timbalkost eller upprepade fallrapporter i löpande anteckningar men inget av dessa beskrevs i genomförandeplanen. Enligt ledningen använder vissa medarbetare översättningsprogram som gör att ordvalet kan bli opassande. Generella uttryck som mår bra eller mår dåligt används utan närmare beskrivning.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har utbildade dokumentationsstödare som kan hjälpa arbetskollegor vid upprättande av genomförandeplan. Dokumentationsstödjaren ansvarar också för att säkerställa att information finns under de olika livsområden i planen. HSL personal läser dagligen socialdokumentationen och på det sättet får kännedom om vad som har dokumenterats eller vad som borde ha dokumenterats men inte gjorts. Dokumentationsombudet gör stickkontroll och granskar genomförandeplanerna tillsammans med berörd kontaktman. Det har tagits fram en lathund i syfte att göra det lättare för medarbetare att dokumentera händelserna under rätt sökord. Nytt dokumentationsprogram är inplanerat och utbildning av medarbetare kommer ske så även utbildning i social journal. Alla dokumentationsombud har gått webbaserad utbildning i dokumentation.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Boenderåd erbjuds en gång i månaden på varje våning där boendes synpunkter och önskemål på bland annat aktiviteter och måltider fångas upp. Aktivitetscoacher och/eller omvårdnadspersonal håller i mötena. På våningsmöten går aktivitetscoacherna igenom inkomna synpunkter. Anteckningar från mötet lämnas till ledningen. Personalen får återkoppling på vidtagna åtgärder och informerar de boende om det. Åtgärderna läggs in vartefter i protokollet som läses upp av personal vid nästa möte. Boendes synpunkter på demensavdelning fångas upp genom observation. Boende saknade forum för att framföra synpunkter och önskemål. I det fall de hade framfört synpunkter saknades det återkoppling på vidtagna åtgärder. Enligt medarbetarna framförs inte alltid synpunkter till ledningen utan de kan lösas på egenhand. Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer och svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Granskningen visar att dokumentationen innehåller information om beslut om skyddsåtgärd, vilka andra åtgärder som provats utan resultat, riskbedömning, vilka som medverkat i beslutet samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Planer har delvis omprövats/utvärderats. Information om åtgärderna finns delvis i den enskildes SOL- och HSL journal. Skyddsåtgärderna följs upp av hälso- och sjukvårdspersonalen på teammötet. Samtliga medarbetarna inklusive de som arbetar natt har fått särskild utbildning i begränsnings- och skyddsåtgärder. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 50 % att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är en ökning med 22 procentenheter sedan 2020. De boende

Delområde	Kommentar
	<p>som deltog i samtal upplevde att de kan påverka vilka tider de kan lägga sig eller gå upp på morgonen.</p> <p>Enligt anbud ska verksamheten använda inläsningstjänster om den enskilde är synskadad, ha tillgång till information på lättläst svenska, pictogramsymboler eller bilder, anpassade kommunikationsverktyg (t.ex. surfplattor) samt anlita en kommunikationspedagog för att säkra delaktighet och inflytande över utformning och genomförande av aktiviteter och sysselsättningar.</p> <p>Surfplattor används som stöd i kommunikation, bildstöd används sporadiskt och hörsel förstärkare används. Pictogramsymboler håller på att tillverkas till varje våning, en pärm för varje våning. Användandet av individanpassat kommunikationsverktyg behöver ses över. Kommunikationspedagog har inte anlåtats.</p>
Kontaktmannaskap  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och alla medarbetare ska gå en webbaserad utbildning i kontaktmannens ansvar. Verksamheten har tagit fram en fortsättningsutbildning, Steg II -utbildning men ingen medarbetare har gjort utbildningen vid uppföljningstillfället.</p> <p>Några boende i verksamheten saknade kännedom om vem som var deras kontaktman.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har skriftlig rutin för hur och vem som ska informera om tillfälliga förändringar för de som bor i verksamheten. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 44 % att de får information om tillfälliga förändringar. (33 % för år 2020).</p> <p>Verksamheten skickar ut månadsbrev till anhöriga och de som bor i verksamheten vill också ta del av det brevet. Boende önskar också få information om tillfälliga förändringar däribland när en boende avlider.</p> <p>Enligt anbud ska bolltäck/elektronisk kalender med markerad dag och natt / automatisk lampa vid uppstigning/sänggående/ledljus till toaletten/dämpad belysning i korridorer för att markera tiden på dygnet. Dessa används inte idag i verksamheten. Elektronisk kalender används. Tyngdtäcke ordineras av rehabiliteringspersonal som kan användas för att minska oro nattetid. Dämpad belysning/ledljus används.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Verksamhetens alla medarbetare ska göra värdegrundstrappan där varje trappa belyser etiska dilemman inom ett visst område till exempel bemötande, delaktighet, måltider och aktiviteter. Avvikelser från professionellt bemötande samt goda exempel lyfts på arbetsplatsträffar. Enligt brukarundersökning 2022 uppger 86 % att de får bra bemötande från personalen (76 % år 2020).</p> <p>De boende var nöjda med personalens bemötande men nämnde några förbättringsförslag såsom knacka på innan man kommer in, stänga dörren när man går ut samt att inte avfärda, ifrågasätta eller förneka när man berättar något.</p> <p>Enligt anbud ska verksamheten ge professionell extern handledning till all tillsvidareanställd omvårdnadspersonal och legitimerad personal med minst åtta tillfällen per år och två timmar eller fler per tillfälle. Verksamhet har tillgång till kurator som håller i etikforum tre gånger per termin. Utöver dessa möten anordnas möten för värdegrundsombuden. Kuratorn går på extern handledning.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Det finns en rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Informationsbrev om verksamheten skickas ut till anhöriga.</p> <p>Anhöriga får träffa kuratorn i samband med välkomstsamtal. Kurator erbjuder stödsamtal under boendes vårdtid, vid bortgång samt efterlevnadsamtal. Anhöriga till personer med demenssjukdom bjuds in till att träffa andra i samma situation. Om anhöriga så önskar kan utbildning anordnas.</p> <p>Kurator deltar vid anhörigmöten. Anhörigmöten har erbjudits en gång på varje avdelning under 2022.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har tillgång till dietist som observerar måltidssituationen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen samt håller i utbildningar och ger handledning till personalen.</p> <p>Utbildning i mat och måltid ingår som en del i introduktionen och är en punkt i checklistan som handledaren går igenom med den nyanställda om hur måltiden ska gå till. Handledaren visar pärm samt information som finns i verksamhetsstödet. Verksamheten har köpt in porslin, stora dukar för att tydligare markera vardag från helg och det finns kryddor på bordet.</p> <p>Verksamheten har hållit i workshops för att förbättra kunskapen kring mat och måltider. Medarbetare har fått uppleva hur det känns att bli "matad". Med stöd av stimulansmedel har Berga köpt en bakvagn som kan lånas mellan avdelningar. Bakingredienser och utrustning finns på vagnen för att lättare kunna baka.</p> <p>Profilledarna hjälper till med frukosten på våningarna och skapar en meningsfull stund och trevlig start på dagen. Det sker genom att läsa tidningen, initiera till samtal så de boende kan fortsätta och prata om i syfte att skapa gemenskap. Detta har också lett till att allt fler väljer att äta tillsammans i stället för i respektive lägenhet.</p> <p>Enligt rutin ska alltid finnas två personal på plats vid måltiderna. De boende som behöver hjälp med maten kan få hjälp innan eller efter att de andra har ätit. Detta för att skapa en lugnare och trevligare måltidssituation då personal kan hjälpa till med samtal. Detta följs upp av dietist vid måltidsobservationer.</p> <p>Kostråd hålls månadsvis där kocken, dietist, kostombuden och verksamhetschef deltar. Verksamheten har provat att ha kostmöten tillsammans med kökspersonal men ledningen upplevde att de boende hade svårare att uttrycka sina synpunkter när kökspersonalen var med. Därför bjuds boende och kökspersonal in till separata möten.</p> <p>De boende saknade ett forum då de kan framföra synpunkter på maten.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 75 % av de boende att maten smakar bra (52 % år 2020) och 52 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (29 % år 2020).</p> <p>Restaurangen i fastigheten är stängd på grund av renovering och varm mat levereras utifrån. De som bor i verksamheten tyckte att maten har blivit bättre men ganska ensidig. De tyckte att det serveras för mycket kyckling och maten är ibland för stark. Ibland är maten och kokta grönsakerna kalla vid servering. De får kvällsmål om de frågar efter det.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en avdelning med demensinriktning:</p> <p>Matleveransen var en halvtimme försenad. Ingen satt vid matbordet när maten äntligen kom. Information om aktiviteter fanns på bordet men inte meny. En personal hjälpte alla boende till bords. Sju boende åt vid tre separata bord. Val av bordsplacering var genomtänkt. Maten och de olika dryckesalternativen presenterades och visades för de boende. Förkläde användes vid serveringen. Personalens bemötande var professionellt.</p> <p>Bland förbättringsförslag kan följande nämnas: Den boende som behövde hjälp med maten fick vänta 20 minuter innan hon fick hjälp. Dukningen var torftig. Personalen delaktighet att tillskapa en socialsamvaro kan förbättras. Generellt behöver personal få stöd i hur man uppmanar eller avråder en person med demenssjukdom på ett professionellt sätt.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Det finns aktivitetsschema för så väl vardagar som helger. Profilledaren ansvarar för att följa upp att aktiviteter erbjuds och genomförs. Omvårdnadspersonal ansvarar för att erbjuda aktiviteter på våningarna under handledning av profilledarna. Profilledarna håller även i aktiviteter på våningarna för att inspirera personalen och för att göra fler boende delaktiga i aktiviteter.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten har tillgång till två profilledare som planerar och genomför gemensamma aktiviteter. På det sättet finns alltid tillgång till en profilledare vid semester eller kortare frånvaro. Profilledarna har skapat en aktivitetslåda till varje våning som kan fyllas på veckovis. Genomförandet följs upp av profilledarna. Boende har möjlighet att vara i arbetsterapilokalen under helger. Arbetsterapilokalen används av dagverksamhetens gäster men de dagar det inte finns gäster kan lokalen användas av de som bor i verksamheten.</p> <p>En dag varje helg besöker elever från musikskolan verksamheten och spelar musik. Aktiviteten är uppskattad av alla. Med stöd av stimulansmedel har verksamheten iordningställt ett gym som boende, anhöriga och personal har tillgång till.</p> <p>De boendes önskemål om egentidsaktiviteter har kartlagts och noterats och utförandet följs upp av profilledare. De som tackar nej till aktiviteterna fångas upp och annan aktivitet erbjuds. De boendes synpunkter om aktiviteter fångas upp på borådet.</p> <p>Aktiviteter är en stående punkt och tas upp på teammöte. Profilledare o kurator är med framför allt för att uppmärksamma personalen om aktiviteter och om en boende upplevs besväras av ensamhet. Omvårdnadsförvaltningen har köpt in och delat ut åkpåsar till verksamheten i syfte att underlätta utevistelsen för de boende. Åkpåsarna används och har lett till ökad utevistelse. Promenader erbjuds enskild eller i grupp.</p> <p>De boende känner att de får god information om aktiviteter och tycker att utbudet är varierande. En tyckte att det var för många aktiviteter och en önskade att de boende kan själva hålla i någon aktivitet.</p> <p>Enligt anbud ska två timmars egentid erbjudas i veckan. Enligt ledningen får vissa två timmar men majoriteten erbjuds en timme egentid i veckan. Tid för egentid planeras av medarbetarna i samband med dagplaneringen.</p> <p>Enligt anbud ska samverkan ske med LSS-verksamheter vilket ännu inte har påbörjats.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 61 % av de boende nöjda med aktiviteterna (47% år 2020) och 39% upplever att möjligheten att komma ut är bra (24% år 2020). 46 % anger att de inte besväras av ensamhet vilket är en ökning med 14 procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>Under 2021 - 2022 har en uppföljningsenkät för att redogöra tillämpade arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten lämnats in till förvaltningen.</p> <p>För att minska den besvärade ensamheten anordnar kurator samtalsgrupper men har även enskilda samtal med boende. Dietisten arbetar för med att skapa en trivsam måltidssituation där samtal får större utrymme. Reminiscensgrupper och livsberättargrupper hålls för att de boende ska få samtala om minnen och händelser ämnen som känns viktiga för dem.</p> <p>Aktivitetscoachen bjuder in aktivitetsombuden på respektive våning och berättar om hur arbetet med aktiviteter har fortlöpt och om det är något som kan ändras på eller förbättras.</p> <p>Under året har verksamheten haft som mål att kartlägga vad den enskilde tycker är meningsfullt. Kontaktmannen har i olika forum fått information om varför egentid är viktig och hur den ska användas utifrån individens behov och önskemål. De boende tyckte at möjligheten att komma ut är god.</p> <p>Med stöd av stimulansmedel köptes det in bla. Tovertofel och motionsutrustning till de boende. Tovertafel är en spelkonsol som spelar upp interaktiva spel med ljus och ljud, och som reagerar på spelarnas rörelser. Dessa används flitigt.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutin för hot och våld finns och har kompletterats med hur stöd ges till medarbetare som utsätts för hot och våld.
Larm ● 3. Godkänd	Systematisk kontroll av larmsvar sker månadsvis eller oftare vid klagomål eller andra händelser på förekommen anledning. Larmanvändningen kan användas vid kartläggning av oro under dygnet. Larmombud kontrollerar larmens funktionalitet en gång i månad. De kontroller

Delområde	Kommentar
	<p>att larmet går fram till personalens larmtelefoner samt att larmet är helt och armbandets rent.</p> <p>Talenheter används för att öka trygghetskänslan. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 75 % att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov (64 % 2020). Upplevelse av trygghet har ökat från 59 % (2020) till 77 % 2022.</p> <p>De boende kände sig generellt trygga med larmet men det har hänt att man har väntat länge på att få hjälp. I dessa fall har de inte framfört något klagomål till ledningen.</p> <p>Några boende undrade över brandsäkerheten och om personal hade tillräcklig kunskap att hjälpa dem vid händelse av brand.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 90		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM
	feb-23	20 027 135	2023-03-08
	jan-23	20 664 522	2023-02-08
	dec-22	18 897 873	2023-01-11

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

BJÖRKGÅRDEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	8

Inledning

Verksamheten på Björkgården vård- och omsorgsboende drivs av Förenade care sedan 1 mars 2019. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende och boende för personer med demenssjukdom. Verksamheten har 51 lägenheter uppdelade på fem enheter i fyra plan.

Omvårdnadsboendet har fyra enheter varav två med tolv boende vardera, ett med elva boende samt ett med fem platser, totalt 40 platser. Boendet för personer med demenssjukdom har 11 platser. På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser har 48 platser varit belagda sedan 2020.

Avtalsuppföljningen under 2022 har bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, sex boende och tre medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 20 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudsloften ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en god struktur med ett nära ledarskap och engagerade medarbetare. Trots att utvecklingsplanen inte lämnades in i tid har verksamhetens arbete med utvecklingsplanen fortlöpt under tiden.

Björkgården har arbetat strukturerat för att förbättra dokumentationen.

Enligt brukarundersökningen 2022 var 100 % av de boende nöjda med personalens bemötande och 94% har förtroende för personalen.

Verksamheten behöver fortsatt arbeta för att förbättra möjligheten till utevistelse och skapa större möjlighet till delaktighet för de boende.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.


Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Tillbudsrapportering och uppföljning	
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

 För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

■ Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska redovisa ett nytt bemanningsschema våren 2023.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att medarbetare som behöver stöd i svenska får hjälp via samtal och språkcafé.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att all medarbetare introduceras i digitaliseringen i enlighet med anbudet. IT-ombudets roll och ansvar behöver förtydligas.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Extern handledning och nätverksträff inom företaget för vidareutveckling ska erbjudas.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Enligt anbud ska varje tillsvidareanställd fortbildas/kompetensutvecklas en vecka per år (ca 7 dagar)

Samverkan

4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska utöka samverkan med skolorna och ta emot fler praktikanter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att ombuden har den kunskap som krävs för att utöva sitt uppdrag.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förbättra informationen till de boende om hur klagomål och synpunkter tas emot. Vidare behöver verksamheten säkerställa att muntligt framförda klagomål hanteras enligt rutin.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver vidta åtgärder för att öka medvetenheten hos personalen att rapportera avvikelser samt rapportering enligt bestämmelserna för lex Sarah.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Internrevisorer behöver utses och utbildas för att få möjlighet att arbeta i enlighet med anbudet.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Planeringsdagar två gånger per år ska erbjudas.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes delaktighet, kommunikationsförmåga behöver utvecklas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns en röd tråd mellan genomförandeplan och sociala dokumentation.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Händelse av vikt, vidtagna åtgärder samt uppföljningen behöver dokumenteras.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska upprätta och förankra rutin för hur, vem och när information om tillfälliga förändringar ska ges.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att kommunikationssättet är anpassat till den enskildes kommunikativa förmåga.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Uppföljning av skyddsåtgärder behöver struktureras för att säkerställa att dessa åtgärder är tidsbegränsade och väl motiverade.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att forum för att diskutera värdegrund upprätthålls enligt anbud. Vidare ska all personal erbjudas utbildning i värdegrund och meningsfull vardag.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Kommunikationsverktyg såsom pictogram, bildstöd ska användas för att underlätta kommunikation med personer med kognitiv svikt. Vidare ska personliga bemötandepplaner upprättas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska på strukturerat sätt och med stöd av Qualid mäta livskvaliteten hos personer som själva inte kan uttrycka sig.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska fortsätta utveckla tillämpning av adekvat kommunikationsverktyg i kontakt med den enskilde med kognitiv svikt.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Arbetsledare ska säkerställa att den enskilde får sina insatser utförda i enlighet med behov/önskemål i genomförandeplanen.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Samtliga medarbetare ska gå utbildning i kontaktmannaskap.

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten ska skapa ett Leva Livet-team som tillsammans med värdegrundsombud förbättrar och utvecklar det professionella förhållningssättet.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Leva livets inspiratörs ansvar och åtagande ska genomföras enligt anbud.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten fortsätta arbeta för att måltiderna är en trevlig stund på dagen.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att det finns strukturerat forum där boendes synpunkter på mat och måltidssituation kan hanteras.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Dietist ska finnas tillgänglig för att utbilda personal i mat och näringslära.

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver förbättra de erbjudna aktiviteterna samt förbättra möjligheten till utevistelse.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att den enskilde erbjuds egentid enligt den enskildes önskemål.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten ska se till att skapa förutsättningar som behövs för att kunna använda utflyktsbussen.

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom det granskade delområdet. Rutiner finns och tillämpas.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Varje vardagsmorgon har sjuksköterska ett avstämningsmöte med omvårdnadspersonalen på respektive våning. Därefter har hälso- och sjukvårdspersonal och ledningen ett kort morgonmöte där bl.a. allmän information, bemanningsläget, aktiviteter och boendes planerade läkarbesök tas upp.

Delområde	Kommentar
	Avvikelseråd har hållits varje månad. Anteckningar från dessa möten finns i Safe doc. Quinyx är ett bemannings- och lönesystem som alla medarbetare dagligen besöker. Detta innebär att alla medarbetare kan dagligen ta del av mötesanteckningarna eller annan viktig information som ledningen har förmedlat. Teammöte har hållits en gång per månad. Arbetsplatsträffar upprätthålls månadsvis och nattmöte har skett två gånger under 2022. Verksamhetschefen har haft för avsikt att träffa nattmedarbetare minst en gång i veckan under 2022. Detta har delvis skett.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledningsgruppen består av verksamhetschef som sedan maj 2022 arbetat 50 % och biträdande verksamhetschef (100 %). Ledningen har förstärkts med en gruppchef 50%. Enligt medarbetarna är ledningen närvarande på avdelningarna.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheter har tillstånd hos IVO där aktuell föreståndare framgår av tillståndet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Det sker systematisk uppföljning av introduktionen. Två veckor efter introduktionen går biträdande verksamhetschef och den nyanställde igenom checklistan och säkerställer att samtliga punkter på listan är godkända. Den nyanställdes digitala kunskap framför allt förmågan att kunna hantera olika verksamhetssystem tas upp och kontrolleras. Basala hygienrutiner, Demens ABC, Demens ABC plus samt 0-Vision ingår i introduktionen. Hygienboxen användas i samband med handledning av studenter för att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner. Under 2022 har det inte varit aktuellt med anställning av undersköterskor.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	90 % av tillsvidareanställda medarbetare har en undersköterskeutbildning. (90 % 2021). Silviaomcertifiering pågår och månatliga reflektionsträffar erbjuds och har genomförts planenligt. Medarbetarna som inte är i tjänst den dagen samt nattmedarbetarna erbjuds möjlighet att delta. Nattmedarbetarnas deltagande är obefintligt. En medarbetare som arbetar nattetid har gått utbildning i BPSD och är administratör. Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket. Verksamheten anser att de har organisation och struktur för att bedriva kompetensfrågor på ett strategiskt sätt. Månadens utbildning anslås på tavlan i personalrummet. Ledningen har i samband med nyrekrytering medvetet valt medarbetare utifrån verksamhetens behov. Vid behov kan arbetspasset ändras/ förlängas för att möjliggöra för medarbetare att delta i utbildningar, möten och ombudsträffar. Metodikum Solna används för att utbilda medarbetare i praktiska moment. För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheter deltar medarbetarna i nätverksträffar. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Medarbetare tycker att det är roligt och givande att sjuksköterskorna berättar om olika sjukdomar i samband med teammötet. För att utvärdera och förbättra kompetensen använder sig verksamheten av självskattnig, observation samt handledning av sjuksköterskor som deltar i omvårdnadsarbetet. Dagliga reflektionsstunder tillämpas inte. Bland uppmaningar uppges tidsbrist och avsaknad av metod för uppföljning av de nya kunskaperna. Ingen medarbetare har gått handledarutbildning steg 1 och 2. Enligt anbud ska det finnas ett IT-ombud i verksamheten. Biträdande verksamhetschef är IT-ombud. Ansvarsbeskrivning finns.

Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten kommer att byta verksamhetssystem från Safe doc till Sekoia. I skrivande stund saknas plan för införandet.</p> <p>Vidare står i anbudet att verksamheten i första hand rekryterar undersköterskor med specialistutbildning. Nyrekrytering har inte varit aktuell under 2022 då de som har tillsvidareanställts hade sedan innan en timanställning. Medarbetare på Björkgården har fått information om möjlighet till vidareutbildning på betald arbetstid men intresset för det har varit svalt.</p> <p>I anbudet har Förenade care beskrivit en rad aktiviteter för att höja den digitala kompetensen hos samtliga medarbetare. Bland annat "Alla kan surfa", fem filmer om användare som berättar om välfärdsteknik utifrån aktivering, delaktighet, mobilt arbetssätt, självständighet, trygghet och delaktighet. Dessa har fortfarande inte genomförts.</p> <p>Ledningspersonal, värdegrundsledare, Leva Livet-inspiratörer och ombudet ska gå "E-hälsa och välfärdsteknik". Hittills har Leva-livet inspiratören gått denna utbildning.</p> <p>Enligt anbud ska de medarbetare som behöver stöd i svenska språket få hjälp med samtal och vårdsvenska. Språkcafé ska hållas en gång i månaden. Verksamheten har under 2022 startat och hunnit ha ett diskussionscafé där man utifrån ett ämne t.ex. "dö bra" diskuterat vanligt förekommande uttryck och ord. För att få igång en dialog använder man sig av kortlek. Verksamhetschef håller i caféet. En medarbetare från varje avdelning deltar.</p> <p>Enligt anbud ska extern handledning erbjudas, i t.ex. demensfrågor, krissituationer, specifika ärenden och palliativ vård. Verksamheten har anlitat en konsult från BPSD-team vid ett tillfälle. De svåra situationerna har kunnat hanteras internt. Enligt ledningen har personal inte efterfrågat extern handledning.</p> <p>Nätverk finns inom företaget för vidareutveckling. Dokumentationsombud har haft nätverk. Utöver det har det inte varit andra träffar via företaget.</p> <p>Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal med närmaste chef.</p> <p>Medarbetarna har deltagit i bl.a. olika utbildningar på Metodikum. Ledningen behöver säkerställa att alla medarbetare erbjuds 7 dagars utbildning i enlighet med anbudet.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>I samband med uppföljning har verksamheterna redovisat täthetsschemat för månsön vecka 35. Tätheten har beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Björkgårdens redovisade täthet är i enlighet med avtalet.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas en gruppleddare under helger, vilket saknas i det redovisade schemat. Dessa avvikelser kommer att följas upp närmare under våren 2023.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för extern samverkan finns och inkluderar samverkan med överförmyndarmyndigheten och dödsboudredare.</p> <p>17 undersköterskeelever samt två sjuksköterskestuderande har tagits emot under 2022.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Förutom överrapporteringstillfällen finns andra möten där samverkan sker: morgonmöte, teammöte samt avvikelseråd.</p> <p>Verksamheten har under 2022 utbildat medarbetarna i överrapportering enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation).</p> <p>Arbetet med att göra BPSD-skattningar fortgår på demensavdelningen och görs tillsammans med de övriga i teamet. Enligt personal har skattningarna hjälpt dem för att hitta adekvat förhållningssätt i svåra fall. En medarbetare önskar att liknande förhållningssätt kan tillämpas även på somatiska avdelningarna.</p> <p>De medarbetarna som deltog i samtal upplever att samverkan mellan dag- och nattpersonal är god och att det finns tillräckligt med tid för överrapportering i samband med skiftbyten.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor. Verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal deltar i avvikelserådet. Det finns planer på att bjuda in omvårdnadspersonalen (dag- och natt) till avvikelserådet. Information från dessa möten delges på APT och anteckningar skickas till alla i Quinyx.</p> <p>Verksamheten har utsett några medarbetare (dag och natt) som internrevisorer. De ansvarar för granskning och uppdatering av rutinerna inom sitt ansvarsområde. Internrevisorer har arbetat delvis med att uppdatera rutinerna och har i enlighet med anbud inte erbjudits utbildning under 2021–2022.</p> <p>Flera ombudsroller finns i verksamheten. Enligt anbud ska ombuden få extra utbildning inom sitt specialområde. Verksamheten har tagit ett omtag avseende ombudsrollerna. Rollerna tilldelas efter medarbetarnas intresse och därefter kommer de att utbildas inom det tilldelade området. Tydliga ansvarsbeskrivningar för ombuden håller på att tas fram. Arbetet har påbörjats och är inte slutfört. Verksamheten kommer att byta verksamhetssystem i maj 2023. Inför detta kommer dokumentationsombuden att utbildas till Super users för att kunna stötta medarbetarna.</p> <p>Två planeringsdagar per år i enlighet med anbud har inte erbjudits under 2021–2022.</p> <p>Rutiner läggs in på teams dit samtliga medarbetare har tillgång.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Månatliga avvikelseråd med representanter från alla avdelningar samt nattpersonal, rehab och sjuksköterska har hållits. Enligt ledningen har antalet avvikelserapporter har fortsatt varit lågt.</p> <p>Arbete pågår för att tydliggöra vad som är god kvalitet för att sedan fånga upp det som avviker. Avvikelseerna skrivs i Safe doc. Enligt medarbetarna skrivs avvikelser när det gäller fall och läkemedel eller tillbud som sker, men för övrigt händer det sällan att det skrivs avvikelser beträffande omvårdnaden.</p> <p>Enligt anbud ska avvikelserna analyseras med fem varför-metoden. Fem varför-metoden innebär att man ställer sig frågan "varför?" fem gånger i rad för att komma åt roten till ett problem. Detta görs idag. Enligt ledningen har metoden väckt intresse för analys av orsak hos medarbetarna. Medarbetarna är delaktiga i diskussionerna och har större medvetenhet kring varför avvikelserapporter ska skrivas. Nattmedarbetare turas om och deltar i avvikelseråden.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Ledningen har gjort oanmälda tillsynsbesök för att kvalitetssäkra arbetet nattetid. Det fanns inget avvikande men vissa rutiner har behövt förtydligats.</p> <p>Rutiner, information och protokoll från mötena finns på teams och skickas direkt till medarbetarna via Quinyx.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>I samband med uppföljning granskades fem sociala journaler. Den enskildes delaktighet nämns i dokumentationen men beskrivs inte på vilket sätt detta har skett. Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av hörapparat beskrivs delvis i genomförandeplaner. I ett fall beskrev detta exemplariskt.</p> <p>Behov av hjälpmedel och hur dessa ska användas beskrivs väl. Det framgår av planerna vad den enskilde klarar av. Behov av insatser nattetid framgick tydligt. Den enskildes önskemål om aktiviteter och egentid samt vad hen vill göra på den planerade egentiden framgår tydligt. Hur vissa insatser ska genomföras finns tydligt beskrivet.</p> <p>I flera planer stod det information om skyddsåtgärder som sänggrindar där det framgick tydligt att man måste fråga den enskilde varje gång åtgärden vidtas.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Händelser av vikt, åtgärder samt uppföljning av dessa antecknas.</p> <p>Det förekommer en del anteckningar av ringa betydelse i sociala journaler. Nattpersonalen dokumenterade exempelvis hur många gånger de hade gjort tillsyn under natten utan koppling till genomförandeplanen. I flera fall fanns dokumentation om att den enskilde har sovit gott vilket inte kunde ses som en händelse av vikt. Det förekommer anteckningar om aktiviteter och besök från anhöriga i journalen.</p>

Delområde	Kommentar
	Det förekommer värdeladdade ord som sur, dåligt humör, klaga och vägra i sociala dokumentationen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Ledningen har arbetat aktivt med att förbättra dokumentationen. Medarbetarna har fått utbildning i vad genomförandeplan är till för och hur innehållet ska se ut. Det har skapats stödfraaser och uttryck för att underlätta formuleringar. Utöver de regelbundna egenkontroller som sker fyra gånger per år och redovisas till förenade Care, görs stickkontroller. Vid egenkontroll används Förenade cares egna blankett. Resultatet återkopplas till medarbetarna. Det finns en dokumentationsgrupp bestående av 10 ombud. Allt fler medarbetare efterfrågar stöd. Egenkontrollerna visar att utebliven insats dokumenteras allt oftare. Enligt ledningen kommer detta att vara ett utvecklingsområde även under 2023.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Boråd erbjuds två gånger per år. Brukarundersökningen har presenterats på boråd och diskuterats. Information om vart man kan vända sig med synpunkter har förtydligats i informationsbroschyrer. Som ett led att förbättra kommunikationen har medarbetare under december 2022 deltagit i hörselutbildning. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 56% att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är en ökning med sex procentenheter sedan 2020. Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Granskningen visar att dokumentationen innehåller information om beslut om skyddsåtgärd, riskbedömningar, vilka som medverkat i beslutet men däremot saknas det information om vilka andra åtgärder som provats utan resultat samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Några planer har omprövats/utvärderats men inte alla. Information om åtgärderna finns delvis i den enskildes SOL- och HSL-journal. Skyddsåtgärder föreslås i dialog med boende och anhöriga som efter överenskommelse dokumenteras i den boendes genomförandeplan av kontaktpersonen. I förekommande fall tas skyddsåtgärder upp och diskuteras på teammöten och på det sättet säkerställs att medarbetarna har tillräcklig kunskap kring dessa åtgärder. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder. Enligt anbud ska kommunikationshjälpmedel användas, t.ex. pictogram, bildstöd, för att underlätta kommunikation med den enskilde med kognitiv svikt. Under hösten 2022 har Leva livet inspiratör påbörjat ett projekt tillsammans med personal från demensavdelningen där bildstöd samt egna fotografier provats vid upprättande av bemötandeplaner. Försöket har fallit väl ut och ska utvecklas och även användas på andra avdelningar. Enligt anbud ska metoden Qualid tillämpas för att mäta livskvalitet hos den enskilde med kognitiv svikt. (Qualid Quality of life in late-stage dementia scale). Sjuksköterska och Leva livet inspiratör har testat utvärderingsmetoden på en avdelning med gott resultat. Planer finns på att implementera det på flera avdelningar.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Enligt anbud ska alla medarbetare (inkl. intermittentanställd personal) gå utbildning i kontaktmannaskap, uppgifter/ansvar, personcentrerad vård och omsorg, att skapa god relation med kund och närstående, vikten av egna berättelser och hur man utformar genomförandeplan. Företaget kommer att lansera en webbaserad utbildning i enlighet med anbudet under 2023. Timanställda har inte erbjudits utbildning i kontaktmannaskap eftersom de inte tilldelas ansvar som kontaktman. För övrigt har inga nya medarbetare rekryterats och därför har det inte varit aktuellt med utbildning i kontaktmannaskap. Information om vad det innebär att vara kontaktman ges vid medarbetarsamtal. Verksamheten ska säkerställa att forum för att diskutera värdegrund upprätthålls

Delområde	Kommentar
	enligt anbud. Vidare ska all personal erbjudas utbildning i värdegrund och meningsfull vardag. Värdegrundsledare är utsedda men de arbetar inte enligt anbudet. En tanke är att få in värdegrunden i diskussionscaféet.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Av informationsbroschyren som delas ut i samband med inflyttning framgår vart man kan vända sig vid synpunkter och klagomål. Boende har tillgång till en förslagslåda.</p> <p>Verksamheten skriver månadsbrev som skickas till anhöriga och delas ut till de boende. De boende kände inte till detta. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 38% att de får information om tillfälliga förändringar (45 % 2020).</p> <p>Enligt anbud ska arbetsledare dvs. sjuksköterskor säkerställa att den enskilde får sina insatser utförda och att utförandet stämmer mot behov/önskemål i genomförandeplanen. På grund av hög personalomsättning bland sjuksköterskorna har detta genomförts delvis under 2022. Planen är att Leva livet-inspiratör ska följa upp att de genomförda aktiviteterna stämmer överens med den enskildes önskemål. Arbetsterapeut följer upp att förflyttning sker enligt ordination och att den enskildes eventuella önskemål tas i beaktande.</p>


Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	<p>Utbildning för BPSD-administratörer är genomförd. Arbete med tillämpning och uppföljning av bemötandeplaner pågår och väntas bli klart innan året är slut. Sjuksköterska följer upp planerna dagligen.</p> <p>Enligt anbud ansvarar Leva livet-inspiratör för att hålla i Leva Livet-råd som sker en gång per månad där representanter för de boende, närstående, frivilligorganisationer samt Leva Livet-teamet deltar. Dessa möten har inte ägt rum under 2022.</p> <p>Värdegrundsombud finns i verksamheten men är inte aktiva. Vidare ska alla medarbetare gå värdegrundsutbildning enligt anbud. Alla boendes levnadsberättelser ska läsas två gånger per år av berörd personal. Dessa har inte genomförts.</p> <p>Värdegrundsledare går utbildning i "Att stödja äldre personer med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja" och handleder övriga personal. Detta har inte genomförts.</p> <p>Enligt ledningen har värdegrundsarbetet inte prioriterats under 2022 eftersom 100% av de boende är nöjda med personalens bemötande. Ledningen är medveten om att värdegrundsarbetet är ett ständigt pågående projekt och behöver aktualiseras.</p>


Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har arbetat aktivt med att förbättra måltidssituationen samt matens smak under 2022.</p> <p>De flesta boende som deltog i samtal tyckte att maten smakade bra och var anpassad efter deras generation. De boende önskade mer samtal och konversation vid måltider. Kvälls- och nattmål erbjuds.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en avdelning med demensinriktning. Nio boende åt vid tre olika bord och tre medarbetare arbetade. Enligt personal ska det alltid presentera allt som serveras, både mat och fika. Medarbetarna använde förkläde vid serveringen. Två medarbetare hjälpte två boende med maten och en serverade mat till de övriga. Avdelningen har tillgång till ett köksbiträde som hjälper till med förberedelse av maten samt hjälper till med serviceuppgifter efter måltiden. Personalens bemötande var professionellt. Dukningen var torftig. Det saknades duk och underlägg.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 56% av de boende att maten smakar bra (77% 2020) och 53% upplever att måltiderna är en trevlig stund (77% 2020).</p> <p>Enligt anbud ska det utses ett kostombud per enhet som utbildas 3 timmar av dietist i mat och måltider. Dietisten utbildar personalen i specifika utbildningar de två första avtalsåren. Dietist har bokats in i nov 2022 och kommer att anlitas under 2023 för att förbättra måltidssituationen.</p> <p>Kostråd har inte hållits under 2022.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>Det finns två aktivitetsombud per avdelning som ser till att erbjuda avdelningsvisa aktiviteter. Aktiviteterna är anpassade efter olika kulturer och högtider. Leva livet-inspiratör (LLI) kallar ombuden till möte en gång i månaden. Hon följer upp att egentid erbjuds, bland annat genom att fråga de boende om de har haft egentid. Det har köpts in och delats ut material till avdelningarna för att medarbetarna själva ska initiera och hålla in enklare aktiviteter. Hon följer också upp att aktiviteter, utevistelse och egentid erbjuds.</p> <p>Utevistelse sker främst i form av utevistelse på balkonger vilket enligt ledningen är det som de boende efterfrågar. Hur den enskilde vill ha sin utevistelse står delvis i genomförandeplaner. Cykeltaxin som används under sommaren är en uppskattad aktivitet. Utflyktsbussen som enligt anbud ska användas, finns men har hittills inte använts.</p> <p>På varje avdelning utses en medarbetare som aktivitetsansvarig. Olika spel samt bordscurling har köpts in. Tips på olika aktiviteter finns för varje dag och varje avdelning. Utöver dessa spontana aktiviteter finns det fyra gemensamma aktiviteter i veckan. Gemensamma aktiviteter upplevs bidra till minskad ensamhetskänsla.</p> <p>Musik används ofta för att liva upp tillvaron på avdelningarna. Alla medarbetare har under 2022 gått utbildning i "Mötas i musik". Enligt brukarundersökning 2022 är 40% av de boende nöjda med aktiviteterna (67% 2020) och 28% upplever att möjligheten att komma ut är bra (55% 2020). 39% anger att de inte besväras av ensamhet vilket är en ökning med sex procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>De boende uttrycker starkt önskemål om mer "uteliv" och aktiviteter som bryter vardagen. De önskade också någon form av aktivitet under helger. De som hade idéer tyckte inte att deras idéer togs tillvara. De saknade "samtal och sällskap" och önskar att personalen främjar samtalen så att man kan berätta om det man har varit med om i livet. De boende upplevde att det inte händer särskilt mycket på helgerna.</p> <p>Det finns planer på att LLI anordnar promenadgrupper i syfte att erbjuda utevistelse oftare.</p> <p>En strukturerad observation har gjorts för att kartlägga upplevelse av ensamhet bland de boende. I de fall en boende riskerar att besväras av ensamhet diskuteras olika förslag på åtgärder på teammöte och en ansvarig utses för att leda arbetet. Vidtagna åtgärder följs upp och utvärderas. Frågan om upplevd ensamhet tas om möjligt upp vid vårdplanering som sker ett par veckor efter inflyttningen eller vid enskilt möte. Leva livet-inspiratör och sjuksköterska fyller i enkäten som sedan skickas till omvårdnadsförvaltningen. Hittills har sex enkäter skickats in till förvaltningen.</p> <p>Verksamheten har med stöd av stimulansmedel köpt digitala terapidjur samt en Bike around som på grund av tekniska fel inte har kunnat användas. Omvårdnadsförvaltningen har köpt in och delat ut åkpåsar till verksamheten i syfte att underlätta utevistelsen för de boende. Dessa har använts sparsamt.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm  3. Godkänd	<p>Kontroll av larmsvar (dvs. den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat) sker en gång i veckan genom stickprov. Handhavandefel är oftast anledning till att kvittering av larm har dröjt och i något fall har utredningen visat att det har varit fel på sändaren.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 78% att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov (77% 2020). 77% upplever att de känner sig trygga på boendet (81 % 2020).</p> <p>För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen under 2019 köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp. Talenheterna har använts i de fall den boende har känt sig orolig.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83.		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM
	feb-23	23 255 947	2023-03-08
	jan-23	24 907 845	2023-02-08
	dec-22	23 006 092	2023-02-08

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

FRÖSUNDA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	8

Inledning

Verksamheten på Frösunda vård- och omsorgsboende drivs av Attendo Care i egen regi. Frösunda har 41 lägenheter uppdelade på fyra våningar. Verksamheten har inriktningarna omvårdnads-boende och boende för personer med demenssjukdom. Omvårdnadsboendet har två våningar med 11 lägenheter vardera, totalt 22 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har två våningar med 9 respektive 10 lägenheter vardera, totalt 19 boende. Vid uppföljningstillfället bor 18 solnabor på Frösunda.

Avtalsuppföljningen 2022 har bestått av fyra delar som genomfördes vid fyra olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervjuer samt observationer som metod.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har verksamhetschefen, åtta boende och två medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning vid ett personligt möte för Omvårdnadsförvaltningen den 1 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Frösunda vård- och omsorgsboende har trots ändringar i ledningsstrukturen har arbetat aktivt med utvecklingsområden. Verksamheten har en tydlig struktur för att öka de boendes och anhörigas delaktighet i verksamhetsfrågor. Aktiviteter har varit ett fokusområde under 2022.

Verksamheten behöver förbättra personalkontinuiteten, samt fortsätta utveckla måltidssituationen samt möjlighet till utevistelse.

Enligt brukarundersökningen 2022 känner sig 86 % av de boende trygga på boendet och 87 % är nöjda med personalens bemötande.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver se till att skapa en stabil ledningsorganisation med frekventa möten där beslut tas och följs upp.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamhetens struktur för uppföljning av introduktion av nya medarbetare behöver systematiseras.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver arbeta aktivt för att höja personalkontinuiteten.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rutin för extern samverkan behöver förankras i verksamheten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska skapa förutsättning för god och säker överrapportering mellan de olika yrkeskategorierna.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska skapa förutsättning för ökad samverkan mellan natt-och dagpersonal för att erbjuda de boende individanpassad vård och omvårdnad under dygnets alla timmar.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förtydliga ombudens roller och skapa förutsättning för att de ska kunna bedriva verksamhetsutveckling.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Förbättra medarbetarnas kunskap om bestämmelserna i lex Sarah.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Upprätta en rutin för hur muntligt framförda klagomål ska hanteras.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna rapporterar SoL-avvikelser.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för rapportering enligt lex Sarah behöver förtydligas, förenklas och förankras hos samtliga medarbetare.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Genomförandeplanerna ska säkerställa på vilket sätt den enskilde har varit delaktig.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Händelser av vikt ska följas upp och utvärderas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Av genomförandeplaner ska det framgå hur kommunikation med den enskilde ska ske och vilka eventuella kommunikationshjälpmedel som ska användas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att den enskildes behov av insatser nattetid beskrivs i genomförandeplanerna.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter tillvaratas och att återkoppling av vidtagna åtgärder sker
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att det alltid finns en kontaktman med övergripande ansvar för varje boende.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att information om tillfälliga förändringar delges de boende och anhöriga och på vilket sett dessa ska förmedlas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Kommunikation med den enskilde ska anpassas individuellt.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Bemötande och anhörigstöd

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver ta fram en skriftlig rutin för anhörigstöd.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att rutin för god livsmedelshygien är känd och implementerad.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver se över måltidssituation för att skapa en trivsamt stund.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver se till att det finns återkommande forum där boendes synpunkter och önskemål kring mat inhämtas.

Aktiviteter och fritid

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Säkerställ att den enskilde erbjuds meningsfulla aktiviteter, egentid och utevistelse enligt önskemål
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver ha arbetssätt för att identifiera och avhjälpa den besvärande ensamheten.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Säkerställ att det är tydligt beskrivet hur den enskildes privata medel får hanteras och till vad.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver genomföra regelbundna egenkontroller för att säkerställa larmets funktionalitet och att svarstiden inte är orimligt lång
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtrogna med innebörden av tystnadsplikt och sekretess

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamhetens mötesstruktur följer Attendos handbok för olika möten. Det finns en mötesstruktur med fast agenda för varje möte. Samtliga medarbetare har tillgång till medarbetarappen Appendo. Samordnare ansvarar för att, i samband med nyanställning, hjälpa den nyanställd medarbetare att ladda ner Appendo till sin mobil. I Appendo har medarbetaren sedan tillgång till en mängd olika centrala dokument och verksamhetens sociala vägg. På den sociala väggen och i nyhetsflödet finns information från verksamheten. Verksamhetschefen skriver anteckningar från APT-mötena och skickar dem till medarbetarna via medarbetarappen Appendo samt att de sparas ner i en personalmapp på datorn till vilken samtliga medarbetare har tillgång. I Appendo ser man antal visningar och kan således enkelt se vilka som läst och inte läst informationen som lagts upp.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ny verksamhetschef började maj 2022. Tjänsten aktivitetsansvarig tillsattes våren 2022 och en ny samordnare började hösten 2022. Samordnare ansvarar för bemanning, beställningar, planering och introduktion av nyanställda och elever, larmsystem och Epsilon som är ett planeringssystem. Verksamhetschef, samordnare, aktivitetsansvarig tillika Silviasyster och sjuksköterskor ingår i ledningsgruppen. Ledningsgruppen träffas en gång per kvartal. Kortare avstämningar sker, men dessa är inte strukturerade. Fr.o.m. december 2022 träffas ledningen en gång per vecka. Det framgår tydligt ansvarsfördelning för olika roller, vilka som ansvarar för vad men enligt verksamhetschefen behöver informationen förankras i verksamheten.

Delområde	Kommentar
	Telefonlistor har förtydligats med information om vem som ska kontaktas vid olika händelser. Medarbetarna informeras om ledningsorganisationen och ansvarsbeskrivningen på morgonmöte, APT, kvalitetsmöte, avdelningsmöte och via Appendo.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har IVO-tillstånd med aktuellt namn på föreståndare.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har utsett ett fåtal medarbetare som ansvarar för introduktion av nyanställda. Detta för att säkerställa att nyanställda får likvärdig information och god kännedom om verksamheten samt att introduktionen blir kvalitativ. Checklista används vid introduktion. Introduktionen är oftast på tre arbetspass. Utbildningar såsom Basal hygien, Jobba säkert med läkemedel, Demens ABC (oavsett inriktning på avdelning) och Nationella värdegrunden inom äldreomsorg ingår i introduktionen. Uppföljning av introduktionen sker genom samtal med handledaren och ej på ett strukturerat sätt. Ingen medarbetare har gått handledarutbildning under 2022. Oklart om medarbetarna som handleder praktikanter och elever har gått handledarutbildning.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	82 % av tillsvidareanställda medarbetare har en undersköterskeutbildning. (86 % 2021) Det finns en tydlig utbildningsplan men uppföljning av att dessa har genomgått, behöver förbättras. Bland utbildningar som har erbjudits kan dokumentationsutbildning och palliativ vård nämnas. Medarbetarna som deltog i samtal var nöjda med de utbildningar som har erbjudits. De flesta utbildningar är webbaserade men utbildningar i förflyttning och BPSD har hållits fysiskt. Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket. Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, stickprov, korta och dagliga reflektioner, egenkontroll samt samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven. Verksamheten har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetens som behövs i verksamheten t.ex. inom demens och äldres hälsa. Under medarbetarsamtal kan chef och medarbetare diskutera kompetensbehovet på individnivå. Utmaningen är att det har skett tre chefsbyten under 2022 och att endast ett fåtal medarbetare har tackat ja till att delta i medarbetarsamtal. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. Goda exempel lyfts på kvalitetsrådet och APT och studiebesök anordnas. För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds korta reflektionsstunder på morgonmöten. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum och ombudsträffar erbjuds. Det är en utmaning att motivera medarbetare som arbetar natt till att delta på nätverksträffar och teammöten. Webbutbildningar används och i möjligaste mån får man diskutera ämnet gemensamt för att implementera den nyvunna kunskapen. Verksamheten erbjuder daglig handledning av andra professioner som exempelvis deltar i omvårdnadsarbete eller är med vid medicindelning för att stödja medarbetarna att lära på jobbet. "Best-practice" inom Attendo sprids till alla verksamheter. Vidare erbjuds medarbetarna interna utbildningar såsom dokumentation och förflyttning. Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används en gång i månaden samt vid spontana hygienkontroller av verksamheten till basala hygienrutiner.



Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Rekrytering av kompetenta medarbetare är en stor utmaning, anser verksamhetschefen. I nuläget finns det två vakanta rader där rekrytering pågår. För att bibehålla god kontinuitet får de deltidsanställda som önskar, gå upp i tjänst eller ta extra pass. Det är god kontinuitet bland timanställda. Rekrytering av nya timvikarier pågår. Verksamheten tar emot elever och praktikanter som ett led i framtida kompetensförsörjning. Verksamheten planerar att se över schemat för att förbättra arbetstiden bl.a. för att medarbetare som arbetar långa arbetspass inte ska behöva börja tidigt dagen efter. Frösunda har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Frösunda uppfyller krav på minimibemanning i enlighet med avtalet.

Samverkan


Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har tagit emot sju undersköterskepraktikanter under 2022. Rutin för hur, när och med vilka parter extern samverkan ska ske är framtagen.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har morgonmöte kl. 08.30 måndag-fredag där verksamhetschef, tjänstgörande sjuksköterska, samordnare, lokalvårdare, aktivitetsbiträde, en medarbetare från varje avdelning samt rehabansvarig personal de dagar de är på plats (måndag, torsdag) deltar. Det finns en fast agenda som lyfter t.ex. viktiga händelser, planerade läkarbesök, aktiviteter samt bemanning. Viktig information kan ges till närvarande för vidare spridning till övriga kollegor. Även kortare reflektioner över eventuella oförutsedda händelser sker på dessa möten. Tid för överrapportering mellan dag och nattpersonal saknas. Av den anledningen ska schemat ses över. I övrigt finns tid för överrapportering mellan skiftbyten. Verksamheten har en mall för överrapportering mellan arbetspassen avseende omvårdnadspersonal som borde nyttjas i högre utsträckning. På morgonmöten påminns medarbetarna att använda sig av mallen för överrapportering, likaså påminner verksamhetschefen i Appendo om mallen och bifogar den. I Epsilon finns insatsen "överrapportering" inlagd och är den inte "taggad" följer samordnare upp varför så är fallet. Är den taggad och information ändå inte verkar nått fram följer samordnare och/eller verksamhetschef upp det och pratar med vederbörande. Nattpersonal bjuds in till teammöten som är på respektive avdelning var 4:e vecka men deltagandet är i stort sett obefintligt. Verksamhetschefen har nattmöte med nattmedarbetarna en gång per termin. Oanmält besök och provringning har gjorts kvällstid. Bland förbättringsområden som uppmärksammades är bemötande, privata samtal samt att inkommande samtal inte besvaras. Verksamhetschef samt en medarbetare från natten deltar i nätverksträff för natten som omvårdnadsförvaltningen kallar till. Verksamheten har sjuksköterska på plats mån-fre 07-17. Övrig tid finns tillgång till Mobila teamet. Medarbetarna berättade att vid ett par tillfällen har mobila teamet inte kommit i tid vid akuta händelser. De efterfrågar tydligare instruktioner vad de får och inte får göra i väntan på att teamet anländer.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	En sjuksköterska, verksamhetschef, kvalitetssamordnare/Silviasyster och en medarbetare från varje våning deltar i kvalitetsrådet. Rådet har haft regelbundna möten sedan januari 2021. Verksamheten har tagit ett omtag kring ombudsrollerna och tilldelat rollerna utifrån medarbetarnas intresse. Ombudens ansvar och roll är tydligt beskrivet. Inventering av ombudens kompetens inom ramen av uppdraget pågår. I nästa steg ska rollen och uppdraget förankras i verksamheten. Rutiner som medarbetare behöver känna till anslås, lyfts på morgonmöte, APT eller skickas en gång i kvartal i medarbetarappen Appendo, till vilken samtliga medarbetare har tillgång.



Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Rutin för lex Sarah genomgås på APT, kvalitetsmöte och avdelningsmöte och skickas i medarbetarappen Appendo flertalet gånger under året.</p> <p>Verksamheten har en tydlig rutin för klagomålshantering, både avseende muntliga och skriftliga klagomål. Dock är den inte känd hos alla medarbetare och behöver förankras.</p> <p>På kvalitetsmöten diskuteras ofta vad en händelse enligt SoL innebär och varför det är viktigt att skriva en händelse/avvikelse. För att avdramatisera begreppet avvikelse som oftast förknippas med den som har gjort fel, använder man sig av begreppet händelse istället. Händelser rapporteras inte ofta och enligt verksamhetschef är detta en fortsatt utvecklingsområde.</p> <p>Vid morgonmöte måndag-fredag kl.08.30 lyfts vilka händelser som varit de senaste 24 timmarna och medarbetarna påminns om att skriva händelserapport. Medarbetarna som deltog i samtal är medvetna om att händelserapporter inte skrivs, speciellt inte om det är första gången något har inträffat. De berättar att klagomålen åtgärdas och hanteras men sällan dokumenteras.</p> <p>Planer finns för att införa digital läkemedelssignering för att säkerställa att mediciner ges i rätt tid.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Aktuella rutiner finns på intranätet samt delas i Appendo som är en applikation i mobilen. Det finns möjlighet att spåra om medarbetare har tagit del av rutinerna. Uppföljningen görs i vissa fall men kan förbättras. Uppföljning av medarbetarnas kännedom om viktiga rutiner sker genom diskussioner i olika forum, i samband med klagomål och avvikelser och säkerställs i vissa fall genom kontrollfrågor.</p> <p>Attendos kvalitetsavdelning har genomfört en årlig intern egenkontroll och Frösunda har ett godkänt resultat på 97,8%. Bland annat medarbetarkännedom om riskanalyser samt hur begränsningsåtgärder utreds enligt rutin behöver förankras.</p> <p>Riskanalyser som har genomförts är gällande smittspridning av Covid-19, risk för försämrat allmäntillstånd för kunderna under värmebölja samt en riskanalys då två av tre ordinarie sjuksköterskor avslutat sin tjänst samma vecka och ingen permanent ersättare inför sommaren.</p> <p>Två interna kundundersökningar gjordes i maj och oktober. I oktober svarade 77,4% att de var nöjda med sitt boende.</p> <p>Vid genomförande av de interna undersökningar har de boende som vill fått en pappersenkät eller fått hjälp av verksamhetens Silviasyster att svara på dem.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>I ett dokumentskåp på respektive avdelningskontor finns en pärm som innehåller information om den boende, levnadsberättelse, senaste genomförandeplan samt information om den enskildes eventuella sjukdomar.</p> <p>Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner.</p> <p>Genomförandeplanerna var uppdaterade och hade en tydlig struktur för hur en insats ska genomföras. Planen skrivs med respekt för den enskildes integritet. Det framgår tydligt av planerna vad den enskilde själv klarar av att göra.</p> <p>Den enskildes delaktighet framgår tydligt i två av fem planer. Den enskildes kommunikativa förmåga och behov av kommunikativa hjälpmedel framgick i så gott som samtliga genomförandeplaner.</p> <p>Behov av insatser nattetid beskrivs delvis av dagpersonalen och dokumenteras under flera olika sökord, vilket försvårade sökningen.</p> <p>Ensamhet och Trygghet fanns som separata sökord i vissa journaler.</p> <p>Underlaget inför upprättande av genomförandeplan kan inhämtas på flera olika sätt. Det kan bland annat inhämtas via levnadsberättelse, samtal med aktuell kund, observation av aktuell kund i olika situationer, samtal med närstående samt vid välkomstsamtal. På vilket sätt delaktigheten har skett står inte alltid i genomförandeplanen. Arbetet med att kunden ska vara delaktig vid upprättande/uppdatering av genomförandeplanen pågår och följs upp. Generellt behöver det förtydligas på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande eller uppdatering av genomförandeplanen.</p> <p>Vid påbörjat arbetspass åligger det varje medarbetare att bland annat via Safedoc</p>

Delområde	Kommentar
	<p>uppdatera sig om aktuell status på samtliga kunder på aktuell avdelning. Ändringar i genomförandeplan läggs in i Epsilon och på det sätt blir alla varse om ändringar. Eventuell bemötandeplan finns utskrivet och återfinns i en särskild mapp samt i Epsilon. Insatsen "Läsa Safe Doc" finns upplagd i Epsilon. Vid början av varje arbetspass ska insatsen "Läsa Safe Doc" genomföras.</p> <p>Är insatsen inte "taggad" följer samordnare upp varför så är fallet. Är den taggad och medarbetaren ändå inte arbetar utefter aktuell bemötandeplan följer verksamhetschefen upp med ett samtal.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Det dokumenteras övervägande information om deltagande i aktiviteter i journalerna. Det förekommer anteckningar som inte kan kopplas till genomförandeplan. En del anteckningar med rekommendationer av hälso- och sjukvårdsåtgärder förekommer i journalen. I ett fall rekommenderade en undersköterska hur medicinen skulle administreras vilket stred mot flera lagar och bestämmelser. En del information bl.a. om puls och blodtryck fanns i journaler utan vare sig någon koppling till ordination, åtgärd eller den dagliga aktiviteten. Det förekom anteckningar om händelse av vikt men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa saknades.</p> <p>I ett fall var ett framfört klagomål antecknat i journalen vilket är positivt.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Verksamheten har påbörjat framtagande av en lathund som kan underlätta dokumentationen för medarbetarna. Det finns en dokumentationsansvarig och fyra dokumentationsstödare i verksamheten.</p> <p>Dokumentationsansvarig gör månatliga granskningar och går igenom resultatet med respektive kontaktman.</p> <p>Arbetet kring egenkontroll av den sociala dokumentationen kommer att struktureras under 2023.</p> <p>Verksamhetschefen gör loggkontroller kvartalsvis. Samordnaren söker upp medarbetare som inte har varit inloggad för att tillse att medarbetaren har de förutsättningar hen behöver för att kunna läsa/dokumentera i SafeDoc.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Boenderåd för boende och anhöriga hålls fyra gånger per år. Verksamhetschef och aktivitetsansvarig leder mötet. Frågor som tas upp är aktiviteter, måltider och delaktighet.</p> <p>Utöver dessa möten har verksamheten bjudit in närstående och boende till tre förtroenderåd då "trygghet" ligger i fokus. Förtroenderåd kommer fortsättningsvis att erbjudas fyra gånger per år.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 64% att de får påverka vid vilka tider de får hjälp.</p> <p>Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Granskningen visar att dokumentationen innehåller information om beslut om skyddsåtgärd, riskbedömning och vilka som medverkat i beslutet. Planer omprövas/utvärderas delvis och information om åtgärderna finns delvis i den enskildes SOL- och HSL-journal. Det framgår inte heller vilka andra åtgärder som provats utan resultat. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder.</p> <p>Om det uppkommer ett behov av skyddsåtgärder görs en riskanalys i teamet och samtycke inhämtas och anhöriga underrättas. Åtgärderna och riskanalysen följs upp var 3:e månad eller oftare t.ex. förändrat hälsotillstånd. En gång i månaden går teamet igenom riskanalys avseende skyddsåtgärder för samtliga kunder. Händelser (avvikelser) skrivs när t.ex. grindar påträffas uppdragna trots att beslut/samtycke saknas. Händelserna lyfts på morgonmötet kl. 08.30 måndag-fredag samt på kvalitetsmöte en gång per månad.</p> <p>Verksamheten har börjat använda bildstöd och Google translate för att anpassa kommunikationen utifrån den enskildes kognitiva förmåga.</p>
Kontaktmannaskap  2. Delvis godkänd	<p>Vid förändringar i verksamheten ansvarar verksamhetschefen för att se över kontaktmannaskapet och säkerställer att varje boende har en kontaktman. Kontaktmannaskapet fördelas på de medarbetare som är tillsvidareanställda. På de avdelningar som fortfarande har vikarier eller intermitteranställda på vakanta</p>

Delområde	Kommentar
	rader ansvarar en kontaktman för flera boende vilket kan riskera att ansvaret inte kan fullföljas. Enligt de personal som deltog i samtal innebär detta att ordinarie personal i högre grad behöver planera, leda och fördela arbetet för att hinna med. De upplever inte detta som ett större problem.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Tillsvidareanställda medarbetare tar ett större ansvar för att delge kunder och närstående information om tillfälliga förändringar. På morgonmöten påminns medarbetarna om förändringar och vilka som behöver informeras. Sker det förändringar som till exempel tandläkarbesök, läkarbesök och andra insatser ansvarar sjuksköterska för att muntligt informera kund/närstående. Sker förändringar t.ex. avseende planerade aktiviteter eller matsedel förmedlas det muntligt av tjänstgörande omvårdnadspersonal. Information anpassas inte efter den enskildes kognitiva förmåga.</p> <p>En boende framförde att hennes kontaktman flyttades till en annan avdelning utan att hon hade fått information om det.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 45% att de får information om tillfälliga förändringar.</p> <p>Verksamhetschef ansvarar för att skriva ett veckobrev till boende och anhöriga där information om aktiviteter samt annan viktig information förmedlas. De boende hade inte fått informationsbrevet utan berättade att de får höra nyheter om verksamheten från anhöriga.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har kommit igång med BPSD skattningar och fortsätter arbeta med implementeringen. Bemötandeplaner upprättats och insatserna läggs in i planeringssystemet Epsilon och skrivs ut och läggs i den enskildes pärm. Utförda insatser och dess effekter följs upp av sjuksköterskan.</p> <p>De boende som deltog i samtal var nöjda med personalens bemötande. Enligt brukarundersökning 2022 var 87% av de boende nöjda med personalens bemötande.</p> <p>Det har bedrivits värderingsarbete kring bemötande och kommunikation. Värderingsövningar sker på APT. Värderingscoacher är utsedda på samtliga avdelningar. I nästa steg ska de utbildas för att stötta ledningen i att förankra värdegrundsarbetet.</p> <p>Två vecka per år fokuseras extra på värdegrunden för att konkretisera begreppet. Värderingsveckan är till både för medarbetare och kunder. Man planerar olika aktiviteter utifrån värdeorden. Exempel på aktiviteter är tipsrunda med frågor kring värderingar eller att göra en "omtanksväg" där medarbetarna skriver peppande ord till varandra.</p> <p>De boendes och anhörigas synpunkter på personalens bemötande utreds och enskilda samtal med berörd medarbetare sker. Enligt Attendos brukarundersökning uppgger 90 % att personalen är vänlig.</p>
Stöd till närstående ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Attendo har lanserat närståendeeappen "Nära" i syfte att öka anhörigas delaktighet och förbättra kommunikationen mellan personal och anhöriga. Tanken är att information om verksamhet samt inblick över den enskildes vardag ska kunna skickas enkelt till anhöriga som önskat det.</p> <p>Anhöriga vänder sig till sjuksköterska eller verksamhetschef om de behöver stöd. Verksamheten informerar om Solna stads anhörigstöd.</p> <p>Det saknas en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Samtliga professioner påminner varandra om att t.ex. förkläde ska användas vid hantering av mat vid bland annat lunch och middag. Rutinen för livsmedelshygien har publicerats i Appendo och dialog sker löpande, bland annat på verksamhetens morgonmöten. Flertalet medarbetare har genomgått eller planeras att gå utbildning i livsmedelshygien.



Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Kostansvariga observerar måltidssituationen kvartalsvis och presenterar resultatet på morgonmöte, APT samt på boråd. Företagets kostchef utbildar kostombuden. Utbildning är planerad under december 2022 men blev framskjutet till 2023.</p> <p>Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituation på en demensavdelning. Åtta boende åt i matsalen placerad vid tre olika bord. Bordsplaceringen var väl genomtänkt. De boende som klarade av att ta maten själva satt vid ett bord och de som behövde hjälp satt vid de andra borden. Dukningen var trevlig. Förkläde användes. Medarbetarna hade ett vänligt och professionellt bemötande.</p> <p>Bland förbättringsområden kan följande nämnas: Maten presenterades inte. En medarbetare hade inte munskydd och en annan hade nagellack vilket strider mot de basala hygienrutinerna. Samtal för att skapa trevligare måltidssituation förekom inte.</p> <p>Enligt boende är maten god och det finns möjlighet att få annat om man vill. Däremot förekommer att det serveras fel tillhör till maträtten. All personal kan inte laga mat och det händer att köttet blir segt och svåruggat. De boende saknar kostmöten där de får framföra synpunkter på maten. De uttryckte också att personalens stress bl.a. kring måltidssituationen smittar av sig till de boende, vilket orsakar oro och otrygghet. Det händer att det serveras köttfärsrätter i olika former både till lunch och middag. De boende önskar större variation vid frukosten. De önskar att maten presenteras. Sallad serveras inte alltid trots att det står på menyn.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 69% att måltiderna är en trevlig stund på dagen och 62% tycker att maten smakar bra.</p>

Aktiviteter och fritid



Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har rekryterat en aktivitetsansvarig som ansvarar för att planera och genomföra gemensamma och individuella aktiviteter.</p> <p>Varje kunds egentid finns upplagd i verksamhetens digitala planeringssystem Epsilon. Är insatsen inte "taggad" följer samordnare upp varför så är fallet. Är den taggad och kund/närstående uttrycker att egentid inte givits följer sjuksköterska eller verksamhetschef upp det. Verksamheten har varje vecka ett husgemensamt aktivitetsschema där alla kunder är välkomna till samtliga aktiviteter.</p> <p>Individuella aktiviteter erbjuds om en boende inte vill delta i gemensamma aktiviteter. Aktivitetsmaterial lämnas upp till avdelningar som kan användas under helger.</p> <p>Via dokumentationsgranskning framgår deltagande/erbjudande av aktiviteter och utevistelse. Aktivitetsansvarig och ett aktivitetsbiträde arbetar med aktiviteterna. Enligt brukarundersökning 2022 är 60% av de boende nöjda med aktiviteterna (resultat för 2020 saknas) och 50% upplever att möjligheten att komma ut är bra (resultat för 2020 saknas). 43% anger att de inte besväras av ensamhet.</p> <p>De boende önskar flera utflykter, spel och aktivitetsmaterial på avdelningarna. Vissa var nöjda med aktiviteterna och vissa upplevde att det inte händer så mycket på dagarna och ännu mindre under helgen.</p> <p>I de fall ensamhet har påtalats eller uppmärksammats har aktivitetsansvarig haft samtal med vederbörande. Verksamheten har påbörjat ett systematiskt arbete med att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten.</p> <p>Verksamheten har med stöd av stimulansmedel köpt träningsutrustningar, enklare spel samt musikinstrument.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld som innefattar hot och våld mellan brukare, från utomstående och där personal är inblandad
Larm ◆ 2. Delvis godkänd	<p>I nuläget kontrolleras inte larmsvar (dvs. väntetiden från att man har larmat tills man får hjälp) systematiskt utan enbart vid klagomål när den enskilde eller anhörig påtalar att väntetiden har varit för lång.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 64% att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov. 86% av de boende upplever sig vara trygga på boendet.</p>

Delområde	Kommentar
Privata medel  3. Godkänd	<p>I grunden ansvarar inte verksamheten för privata medel, vilket tydligt framgår i informationsbroschyren som kund/närstående erhåller vid inflytt. Informationen framförs även på välkomstsamtalet som genomförs ca två veckor efter inflytt. Verksamheten ansvarar inte för privata medel och skriver inte heller kvittenser på mottagna medel. Medarbetare följer med den enskilde som behöver hjälp med inköp men hanterar inte kort eller kontanter.</p> <p>Rutinen är väl förankrad hos tillsvidareanställda medarbetare, men inte hos timvikarier. Hantering av privata medel ska läggas till som en punkt i checklistan för introduktion av nyanställd och inlägg görs i Appendo avseende privata medel för de som redan är anställda.</p>
Tystnadsplikt och sekretess  2. Delvis godkänd	<p>Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten.</p> <p>Vid uppföljningsbesöket noterades det att det fanns information om boendes hjälpbehov väl synlig för allmänheten på anslagstavlan i personalrummet. Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna är förtrogna med innebörden av tystnadsplikt och sekretess.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar												
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 87												
Skattekontroll  3. Godkänd	Beslutade arbetsgivaravgifter <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> <th>AVISERINGSDATUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023-02</td> <td>63 520 663,00</td> <td>2023-03-08</td> </tr> <tr> <td>2023-01</td> <td>65 475 695,00</td> <td>2023-03-22</td> </tr> <tr> <td>2022-12</td> <td>60 935 957,00</td> <td>2023-03-22</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM	2023-02	63 520 663,00	2023-03-08	2023-01	65 475 695,00	2023-03-22	2022-12	60 935 957,00	2023-03-22
PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM											
2023-02	63 520 663,00	2023-03-08											
2023-01	65 475 695,00	2023-03-22											
2022-12	60 935 957,00	2023-03-22											

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

HALLEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	9

Inledning

Verksamheten på Hallen vård- och omsorgsboende drivs av Förenade care sedan 1 mars 2019. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Hallen har totalt 69 lägenheter uppdelade på fem enheter. Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende, boende för personer med demenssjukdom och korttidsboende. Omvårdnadsboendet har två våningar med 17 boende vardera, totalt 34 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har två våningar med sju respektive 17 boende vardera, totalt 24 boende. Korttidsboendet har totalt 11 lägenheter. I verksamheten finns två dagverksamheter varav ena har inriktning demens. På grund av minskad efterfrågan på korttidsplatser har den avdelningen varit stängd under 2021–2022.

Avtalsuppföljningen har under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts.

Anbudsutfästelser har följts upp och täthetschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulanmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har verksamhetschefen, sex boende och fyra medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 13 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har under våren 2022 haft personalomsättning bland nyckelpersoner som kan ha bidragit till att utvecklingsarbetet inte har fortlöpt enligt plan.

Verksamheten har arbetat aktivt med att förbättra måltidssituationen, aktiviteter och möjlighet till utevistelse utifrån de boendes önskemål. Verksamheten behöver i större utsträckning erbjuda medarbetarna möjlighet till kompetensutveckling och delaktighet i frågor som de berörs av.

Enligt brukarundersökningen 2022 var 87 % av de boende nöjda med personalens bemötande.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk

utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
	Tillbudsrapportering och uppföljning
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara

aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

■ Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhängstöd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Företaget ska analysera och vidta åtgärder för att skapa en stabil ledning i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att olika rådsmöten, nattmöten, reflektionsträffar samt andra nödvändiga forum som är viktiga för utveckling av verksamheten, upprätthålls.

Personal och utbildning

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver strukturera uppföljning av introduktionen.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska möjliggöra kompetensutveckling utifrån identifierade behov.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska se till att skapa förutsättning för kompetensutveckling i enlighet med anbudet. Bl.a. 7 dagars utbildning per medarbetare/år, extern handledning för HSL-personal samt inreda ett rum avsett för utbildning.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Extern handledning till hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjudas.

Samverkan

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att det finns möjlighet att kunna ta emot praktikanter och elever.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska strukturera överskiktningen som sker i samband med passbyte.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att medarbetarna som arbetar natt är delaktiga i utvecklingen av sin arbetsplats.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: resultat som är under riksgenomsnitt ska analyseras och åtgärdsplan ska tas fram.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Extern revision av oberoende part och intern revision ska göras för att säkerställa att verksamheten arbetar enligt lagar och föreskrifter.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Fem varför-metoden ska användas vid analys av rapporterade avvikelser.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rutin för hantering av muntligt framförda klagomål ska förankras. Vidare ska verksamheten säkerställa att rutinen följs.

Status	Utvecklingsområden
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska fortsätta öka medarbetarnas medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att forum för att öka medarbetarnas delaktighet kan upprätthållas.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Den enskildes delaktighet och på vilket sätt hen har varit delaktig behöver utvecklas.
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Händelse av vikt, vidtagna åtgärder samt uppföljningen behöver dokumenteras.
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Den enskildes behov av kommunikativa hjälpmedel behöver tydliggöras.

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att information om tillfälliga förändringar ges.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska i större utsträckning erbjuda de boende möjlighet att vara delaktiga i frågor som berör dem och säkerställa att de boendes synpunkter och idéer tillvaratas.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
🔴 Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten behöver ta fram en plan för hur kommunikation med personer med kognitiv svikt kan ske utifrån anbudet.
🔴 Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: utbildning i musik och sång ska erbjudas till medarbetare som arbetar på demensheterna.
🔴 Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Qualid som verktyg ska användas för att på ett strukturerat sätt mäta livskvalitet för den enskilde med svår demenssjukdom
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Individuell värdegrundsplan ska tas fram.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att forum för att diskutera värdegrund upprätthålls enligt anbud. Vidare ska all personal erbjudas utbildning i värdegrund och meningsfull vardag.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter på mat och måltidssituation fångas upp och åtgärderna återkopplas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att forum skapas för att på ett strukturerat sätt fånga upp de boendes synpunkter på maten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Dietist ska finnas tillgänglig för att utbilda personal i mat och näringslära.

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Vidta åtgärder för att identifiera och i möjligaste mån undanröja faktorer som kan leda till besvärande ensamhet.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska förbättra de boendes möjlighet till utevistelse.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att de boende har en meningsfull tillvaro och känner välbefinnande.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska arbeta systematiskt med att identifiera och avhjälpa den besvärande ensamheten.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Utflyktsbussen som enligt avtal skulle finnas i verksamheten en vecka i månaden ska driftsättas.

Säkerhet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns en fungerande rutin för hantering av nycklar till läkemedelsskåpen.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver på ett strukturerat sätt genomföra egenkontroll av svarstiden.

Status	Utvecklingsområden
<p>— Aktiviteten är ännu inte bedömd.</p>	<p>Verksamheten behöver säkerställa att svarstiden inte är oskälig lång och i så fall meddela den enskilde när hjälp kan ges.</p>

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
<p>Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Lokala rutiner finns både i pappersform och på ett gemensamt konto dit alla medarbetare har tillgång till. Enhetschefer ansvarar för att revidera rutinerna. Generella rutiner ligger på Intranätet i ledningssystemet. Viktig information skickas till medarbetarna via bemanningssystemet Quinyx. Information går även till avdelningens mejl och i pappersform till avdelningarnas postlåda. Enhetscheferna skriver veckobrev som skickas till medarbetarna via Quinyx.</p> <p>Möten såsom APT, ledningsgruppsmöte, boendemöte, teammöte och våningsmöten har planerats in och ska ske en gång i månaden. På de avdelningar som har ordinarie sjuksköterska hölls mötena regelbundet men så är inte fallet där det är inhyrda sjuksköterskor, enligt medarbetarna. Enligt verksamhetschefen har dessa möten erbjudits med undantag för två möten som ställdes in pga sjukdom. Aktivitetsråd, kostråd, kvalitetsråd samt nattmöte har delvis erbjudits under 2022. Protokoll skrivs och finns tillgängliga för medarbetarna.</p> <p>Under hösten 2022 har verksamheten erbjudit tre boendemöten och ett närstående möte under hösten 2022.</p> <p>Månatliga reflektionsträffar erbjuds och vid behov erbjuds palliativa träffar. Palliativa träffar hålls regelbundet och reflektion erbjuds efter varje dödsfall.</p>
<p>Verksamhetens organisation och ledning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Ledningsgruppen träffas två gånger i veckan och består av en verksamhetschef, en biträdande verksamhetschef, två enhetschefer, fysioterapeut, arbetsterapeut, Leva livet-inspiratör samt en representant från omvårdnadspersonalen. Enhetschefer samt sjuksköterska är ansvariga för den dagliga driften. Enhetschefer ansvarar för medarbetarsamtal på respektive plan. Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal under 2022. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. En av enhetscheferna är ansvarig för nattpersonalen. Verksamhetscheferna har gått på ledarskapsutbildning.</p>
<p>IVO-tillstånd</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten inklusive dagverksamhet. Nuvarande verksamhetschef har inte godkänts som föreståndare då vederbörande saknar tillräcklig erfarenhet av arbetet inom socialtjänstens område. Beslutet har överklagats.</p> <p>För närvarande är regionchefen föreståndare för verksamheten.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
<p>Introduktion av nya medarbetare</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Det finns en skriftlig rutin för hur ansvarsfördelningen kring uppföljning av introduktionen ser ut. Enhetscheferna ansvarar för att följa upp introduktionen två veckor efter introduktionen.</p> <p>Introduktionen är på minst två arbetspass. Utöver dessa får den nyanställda möjlighet att delta i webbaserade utbildningar i bl.a säkerhet och hygien vid hantering av mat, demens ABC, basala hygienrutiner samt fysisk förflytningsutbildning som alla ingår i introduktionen. Diplom skrivs ut och behålls i personalakten.</p>
<p>Kompetensutveckling</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>80 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. (95 % 2021).</p> <p>Samtliga medarbetare kommer att få en aktuell kompetensutvecklingsplan i samband med medarbetarsamtal under 2022. Verksamhetschefen har påbörjat arbetet med att inventera medarbetarnas kompetens och genomgåna utbildningar. Det finns inget system som stöttar verksamhetschefen i detta arbete</p>

Delområde	Kommentar
	<p>utan kartläggningen sker manuellt vilket tar mycket tid i anspråk. Individuella kompetensplaner för 2023 har av den anledningen inte kunnat fastställas. Som ett led i projektet "Ambition 2024", som Förenade care har för avsikt att bedriva, ska under 2023 en rad utbildningsinsatser såsom utbildning i kost och säker hantering av livsmedel, värdegrund samt träning och rörelse erbjudas.</p> <p>Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte för att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket.</p> <p>Utbildning tas upp på varje APT (stående punkt) där information om genomförda och kommande utbildningar ges till medarbetarna.</p> <p>Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom dagliga observationer, självskattning, avvikelser och samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven.</p> <p>Verksamheten har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetens som behövs i verksamheten t.ex. inom IT.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds nätverksträffar, ombudsträffar och teammöten. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Webbutbildningar upprepas med jämna mellanrum och kombineras med workshops, reflektionsstund eller frågestund för bättre effekt. Enligt medarbetarna som deltog i samtal har ombudsmötena ibland ställts in främst pga. personalbrist. De berättade också att i de fall de går på utbildning är det inte självklart att den nya kunskapen hinner omsättas i praktiken innan den bleknar bort.</p> <p>Under 2022 har medarbetarna och representanter från Hallen delvis deltagit i nätverksträffar för profilledare eller nattmedarbetare.</p> <p>Generellt upplever ledningen att intresset bland medarbetarna för att vilja kompetensutveckla sig är svagt särskilt bland de som arbetar natt. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. Det har skapats ett rum för utbildning med utrustning som storskärm och dator. Information om kommande utbildningar ges i god tid innan. Medarbetarna får gå två och två på utbildningar för att hjälpas åt och bedriva utvecklingsfrågorna tillsammans. Utbildningar på Metodikum har erbjudits och ett flertal medarbetare har deltagit i utbildningar i bl.a. puls och blodtryck, munvård, sårvård och palliativ vård</p> <p>Verksamheten stödjer medarbetarna för att de ska lära på jobbet. Detta sker bl.a. genom strukturerad och daglig handledning av andra professioner, kollegial granskning och studiebesök. Kompetenta medarbetare har hållit interna utbildningar i SBAR och sårvård.</p> <p>Teammöten har inte fungerat normalt på de avdelningar där en fast omvårdnadsansvarig sjuksköterska har saknats. Där ordinarie sjuksköterska arbetar har teammötena fungerat och varit, utöver överrapportering och information, även ett lärande forum.</p> <p>I anbudet har Förenade care lyft en rad olika utbildningar såsom språkcafé, en veckas fortbildning per år och medarbetare samt extern handledning till hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare står det i anbudet att IT-ombud ska utbildas och utbildningsplats/rum inreds med datorer.</p> <p>Språkcafé har kommit igång oktober 2022 och kommer initialt att hållas två gånger i månaden. Information har till en början gått ut till alla och extra personal har tagits in för att möjliggöra deltagandet. Så småningom kommer mötena att vända sig till dem som har annat språk än svenska och behöver ha stöd. Leva livet-inspiratör håller i caféet. Ord, uttryck och bemötande kring olika teman diskuteras. Boendes synpunkter på vad personalen behöver bli bättre på ligger till grund för vilka teman som ska diskuteras. Som en åtgärd har köksutrustning märkts med namn och hur de används i en mening.</p> <p>IT-ombud finns i verksamheten sedan november. Tydlig ansvarsbeskrivning har tagits fram.</p> <p>Våningsmöten och teammöten är lärandeforum där utbildning i exempelvis olika sjukdomar och hjälpmedel kan hållas. Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna får sju dagars utbildning enligt anbud. I dagsläget kan verksamheten inte säkerställa att så är fallet. Det finns planer på att medarbetarna</p>

Delområde	Kommentar
	<p>ska ansvara för att anteckna vilka utbildningar de har deltagit i. Extern handledning till hälso- och sjukvårdspersonal har inte erbjudits.</p> <p>Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner har inte använts fram till november. Reflektionsträffar som är ett krav för omcertifiering har inte erbjudits regelbundet.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har redovisat bemanningsschema för måndag-söndag vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Hallen uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas administrativ personal varje helg. Detta saknas idag i verksamheten. I dagsläget är sjuksköterska bemanningsansvarig på helgerna. I bemanningsplanering tas hänsyn till att vikarier och ersättare i möjligaste mån ska arbeta på samma våningsplan för att uppnå bästa kontinuitet.</p> <p>Gruppsammansättning utifrån kompetens och erfarenhet har setts över och en omflyttning av personal har gjorts.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten är ledamot i vård- och omsorgscolleges lokala styrgrupp men har endast delvis varit delaktig i dessa möten. Verksamheten har tagit emot sju elever och praktikanter eftersom efterfrågan från skolorna har varit låg.</p> <p>Verksamheten har rutin för samverkan som innefattar samverkan med överförmyndarenheten och dödsboudredare.</p> <p>Det finns planer på att de medarbetarna som ansvarar för handledning av praktikanter ska gå handledarutbildning. Handledarutbildning planeras in med medarbetare som saknar den kompetensen. Under 2022 har fem medarbetare gått på handledarskapsutbildning.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Rapporteringsrutin finns och ska användas i samband med rapporten. Sjuksköterskorna och gruppleddare säkerställer att rutinen följs. SBAR används i samband med överrapportering mellan sjuksköterskorna. Undersköterskor använder dagplaneringsmallen för överrapportering.</p> <p>Nattpersonalens deltagande i möten är lågt men de har tillgång till gemensam mapp där samtliga protokoll ligger. Verksamhetschef har regelbundna möten med ansvarig sjuksköterska nattetid. Sjuksköterskan ansvarar för arbetsfördelning nattetid och detta regleras tydligt i arbetsbeskrivningen. Medarbetare från Hallen har delvis deltagit i nätverksträff för natten eller i nätverk för profilledarna.</p> <p>De möten som främjar interna samverkan har inte upprätthållits under större delen av 2022 pga. hög omsättning bland nyckelpersonerna i verksamheten. Det är inte självklart att den information som ges på mötena förs vidare till övriga kollegor.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Medarbetarna hålls informerade om viktig information via veckobreven. Representanter från samtliga yrkesgrupper finns i ledningsgruppen.</p> <p>Arbetsplatsträffar är ett tillfälle då medarbetarna kan framföra förslag och synpunkter. APT har delvis hållits enligt plan och har i vissa fall ställts in enligt medarbetarna. Verksamhetschefen uppger att APT har ställts in vid ett tillfälle men har annars hållits enligt plan.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas en intern revisor per enhet och en kvalitetsansvarig per 30 boende i verksamheten. Dessa ska få diplom efter en särskild utbildning. Interna revisorer finns i verksamheten men dessa har inte varit aktiva då de ännu inte har diplomerats.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har gått över till Safe doc för rapportering av avvikelser. Enhetscheferna är på avdelningen och observerar och stöttar medarbetarna att skriva avvikelser. Trots information fyller medarbetarna fortfarande i pappersblanketter.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal beskrev att de flesta avvikelser som de skriver handlar om fall och läkemedel. Övriga avvikelser skrivs sällan. Enligt medarbetarna undviker man att gå in i expeditionen där dator finns för att skriva avvikelser då andra förbigående kan kommentera och reagera på det.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Avvikelseberättelser kan leda till dålig arbetsstämning och försämra det interna samarbetet.</p> <p>Muntligt framförda klagomål rapporteras inte alltid vidare till ledningen.</p> <p>Enligt medarbetarna har kvalitetsråd där avvikelser analyseras och förslag på åtgärder tas fram och följs upp inte erbjudits regelbundet.</p> <p>Enligt anbud ska alla avvikelser analyseras enligt 5 Varför-metoden, vilket inte görs.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har infört digital signering och mobilt arbetssätt, dvs. möjlighet att dokumentera direkt i Safe doc app.</p> <p>Verksamhetschefen har genomfört två oanmälda besök nattetid under 2022.</p> <p>Ledningssystemet är känt av alla medarbetare och kunskapen var man söker information är hög.</p> <p>Enligt anbud ska verksamhetens resultat av brukarundersökning ligga 1 % över riksgenomsnittet. Hallens resultat har försämrats jämfört med tidigare år och ligger generellt lägre än riskgenomsnittet i de flesta områden.</p> <p>Företaget ska göra en extern och en intern revision minst en gång per år för att säkerställa att ledningssystemet är implementerat och att rutinerna är kända av medarbetarna. I samband med revision intervjuas både boende och medarbetare och rutiner genomgås. Detta har inte genomförts under 2022. Senaste revisionen skedde digitalt och därmed har flera delar i granskningen inte kunnat genomföras.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Dokumentationsombud finns och under året 2022 planeras ett flertal utbildningstillfällen för SOL-dokumentation. Verksamheten kommer att övergå till ett nytt dokumentationssystem, Sekoia under vecka 10. Plan för införandet finns.</p> <p>I samband med avtalsuppföljning granskades fem journaler.</p> <p>Den enskildes delaktighet nämns i dokumentationen men det beskrivs inte på vilket sätt detta har skett. Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av hörapparat beskrivs delvis. Behov av hjälpmedel står tydligt men i ett fall fanns motsägelsefulla uppgifter om hur förflyttning skulle ske.</p> <p>Insatser nattetid beskrivs på en generell nivå, exempelvis att den enskilde behöver ha tillsyn eller byte av inkontinensskydd utan närmare information om hur dessa behov kan tillgodoses.</p> <p>För att mäta livskvalitet hos den enskilde med kognitiv svikt ska utvärdering med Qualid tillämpas, enligt anbud. (Qualid betyder Quality of life in late-stage dementia scale). Qualid kan också användas inför upprättande av genomförandeplan för att säkerställa den enskildes delaktighet. Detta har inte genomförts under 2022.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Det förekommer en del anteckningar om aktiviteter och besök av anhöriga i sociala journaler samt information om insatser som enligt genomförandeplan ska göras och därmed inte behöver dokumenteras.</p> <p>Händelser av vikt nämns men uppföljning finns delvis. Endast ett fåtal anteckningar från natten fanns att läsa.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Varannan månad väljs det ut 10 omvårdnadsjournaler för granskning.</p> <p>Enhetschefer och system- och dataskyddssamordnare ansvarar för egenkontrollerna. Granskningen sker enligt en checklista där bl.a. språkbruk kontrolleras. Tanken är att genomgången ska göras tillsammans med personal i lärandesyfte. Enligt medarbetarna ansvarar och genomför enhetscheferna granskningen och resultatet delges dem på våningsmötena.</p> <p>Dokumentationsansvarig granskar också 10 slumpvalda journaler.</p> <p>Dokumentationsombud samlas en gång i månaden och diskuterar vad som kan bli bättre. Mötena är schemalagda.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Boenderåd sker avdelningsvis. Tanken är att erbjuda två träffar per avdelning under hösten. Verksamheten har anordnat tre boendemöten och ett närståendemöte under hösten 2022. De boende som deltog i samtal hade inte deltagit på boråd och önskade ett forum där de kan framföra synpunkter om</p>

Delområde	Kommentar
	<p>verksamheten. Boende visste inte heller vart de ska vända sig vid klagomål och efterfrågade en blankett där de kunde skriva ner sina förbättringsförslag. De boende upplevde att de har möjlighet att påverka när de vill gå och lägga sig eller komma upp på morgonen.</p> <p>Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Egenkontrollen visar att dokumentationen innehåller information om beslut om skyddsåtgärd, vilka andra åtgärder som provats utan resultat samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Däremot har planerna delvis omprövats/utvärderats och information om åtgärderna finns delvis i den enskildes SOL- och HSL- journal.</p> <p>Skyddsåtgärder ska följas upp på teammöten. Detta behöver säkerställas då teammöten inte har upprätthållits pga. avsaknad av ordinarie sjuksköterska på vissa avdelningar. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder.</p> <p>Enligt anbud ska den enskilde kort efter inflytt erbjudas möjlighet att skriva en Individuell värdegrundsplan, vad är viktigt för mig som det ser ut idag. Vid ankomstsamtal i samband med inflyttning tas frågan upp. Individuell värdegrundsplan saknas.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 31 % att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är en minskning med 26 procentenheter sedan 2020. Enligt anbud ska kommunikationshjälpmedel, tex. pictogram på platta används. Personalen på demensenheter ska utbildas inom "Mötas i musik" från Demenscentrum och musikombud utses som utvecklar arbetssätt för att arbeta med strukturerade insatser med musik och sång i omvårdnaden runt personer med kognitiv sjukdom/svikt. Dessa har ännu inte genomförts.</p>
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten vill gärna se att kontaktmannen har kontinuerlig kontakt med anhöriga och ger god information helst innan anhöriga efterfrågar det. De boende var nöjda med sina kontaktmän och upplevde att det finns god kontinuitet bland personal.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Under 2022 skickades det ut åtta månadsbrev till boende och närstående. De boende uppgav att de inte hade fått informationsbrev men kände till att anhöriga får information om verksamheten. Informationen har i vissa fall nått de boende via anhöriga. Information om vilka som arbetar fanns på whiteboardtavlan vid entrén. Några boende tyckte att de kan missa informationen då de inte går förbi tavlan dagligen.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 17 % att de får information om tillfälliga förändringar. (46 % 2020).</p> <p>Rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges saknas i verksamheten.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	<p>Värdegrund tas upp på APT där deltagarna ställs inför ett fiktivt dilemma och därefter diskuteras fallet utifrån service, omtanke och vänlighet, som är Förenade Cares värdegrund. Leva livet-inspiratör håller i de diskussionerna. Värdegrundsutbildning är en av de utbildningar som ges i samband med Ambition 2024.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 uppger 87 % att de får bra bemötande från personalen (94 % 2020).</p> <p>Enligt anbud ska alla medarbetare, inklusive intermitterande anställda, som arbetar på enheter med demsinriktning ges relevant utbildning i bemötande av personer med kognitiv svikt och deras anhöriga för att kunna ge bästa möjliga vård och omsorg för att bevara eller öka livskvaliteten. Alla nyanställda får gå på demens ABC, och får personligt stöd av två erfarna medarbetare (mentorer) i hur de boende ska bemötas.</p> <p>Enligt anbud ska all personal (inklusive timanställda) få Värdegrundsutbildning där "meningsfull vardag" ingår. Detta har inte erbjudits.</p>


Delområde	Kommentar
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I välkomstbroschyren finns information om Solna stad anhörigstödsteamet. Anhöriga bjuds in till vårdplanering och delges månadsbrev. Individuella samtal och efterlevnadssamtal erbjuds. Lokal rutin för stöd till anhöriga finns där det anges länkar till olika föreningar. Anhörigräffar har erbjudits en gång under 2022 men tanken är att erbjuda dessa två gånger per år.

Mat och måltider



Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Leva Livet-inspiratör är nyckelperson i arbetet med att utveckla matprofilen och håller i kostråd där de boendes synpunkter och önskemål kring maten tillvaratas. De boendes matvanor och vad man tycker om eller inte har dokumenterats.</p> <p>Mat och måltid har varit ett fokusområde under 2022. Det har bedrivits ett projekt på en avdelning för att förbättra måltidssituationen. Samtliga medarbetare har genomgått en webbaserad utbildning i livsmedelshandling och därefter testades deras kunskaper genom ett självtest. Därutöver har de erbjudits föreläsningar och genomfört praktiska övningar. Projektet kommer att implementeras inom hela verksamheten under 2023.</p> <p>Två kostombud per enhet har utsetts. Dessa har utbildats av dietist i mat & måltider och gått utbildning i Måltidsmiljön FAMM, Livsmedelshygien, har sett filmen "Bra att veta om Demens", Vägledning med färg och form, Att förebygga trycksår, fall, undernäring och nattfasta.</p> <p>Verksamheten har bjudit in anhöriga att vara med och smaka på maten samt observera måltidssituationen och därefter framföra sina synpunkter till verksamhetschefen.</p> <p>En annan förbättringsåtgärd är att erbjuda en rätt i veckan som medarbetare själva förbereder (veckotema börjar 2023). Inför varje högtid berättar man om traditionen på språkcaféet. På det sättet skapas en förståelse för kulturen och maträtterna hos personalen vilket är en förutsättning för ett lyckat högtidsfirande.</p> <p>Måltidsobservation har genomförts två gånger under hösten 2022 utifrån en checklista med ca 80 frågor, exempelvis om hur man lägger upp maten, hur maten presenteras och hur man hjälper till med maten. Dietist finns i företaget och har använts en gång i samband med mätning av nattfasta.</p> <p>Enligt anbud ska all personal få utbildning i kost och måltidssituation. Dietist finns tillgänglig för att ombesörja individuell behovsbedömning, kostordination, handledning av personal samt uppföljning/utvärdering av vidtagna åtgärder. Företagets kostutvecklare har stöttat kostombuden med att förbättra mat och måltider på en avdelning. Projektet kommer att spridas och samtliga medarbetare ska gå utbildningarna och delta i workshops. Diplom delas ut efter genomgången utbildning.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 44 % av de boende att maten smakar bra (71 % 2020) och 44 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (71 % 2020). De boende tyckte att maten generellt var god och att den hade blivit bättre på sistone. På helgen utses en personal för att säkerställa att allt är fint dukat och ordnat runt måltiderna.</p> <p>Ansvarig för mat/måltider är stationerad i köket och välkomnar de boende till måltiden. De säkerställer att måltidsmiljön är trevlig och att de boende får den stöttning och service som behövs vid måltidssituationen.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en demensavdelning. Sex boende åt vid två olika bord och två medarbetare arbetade. Medarbetarna använde förkläde vid serveringen. Knäckebröd och smör serverades medan maten dukades upp på vagnen. Maten presenterades och serverades på ett respektfullt sätt. Efterrätt serverades. Personalen bidrog inte till samtal just vid uppföljningstillfället. Munskydd användes inte.</p> <p>De boende berättade att det är förekommer ofta att maträtten inte stämmer med det som står i menyn. Ändringen meddelas inte i förväg. Menyn satt på kylskåpet vilket inte är väl synlig för de boende. En trolig orsak, enligt medarbetarna, är att</p>

Delområde	Kommentar
	man kan ta fram "fel mat" och på det sättet påverkas menyn för resten av veckan.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>De boende bjuds in till aktivitetsråd en gång i månaden. Leva livet-inspiratör, som började maj 2022, ansvarar för att anordna gemensamma aktiviteter såsom sittgymnastik, tidningsläsning, kortspel, musikträff, filmvisning, bingo och frågesport. De har även gjort ett digitalt besök på Moderna museet. De boende var nöjda med de aktiviteter som erbjuds.</p> <p>De boende var generellt sett nöjda med utevistelsen. Flera sa spontant att de tar hänsyn till personalens arbetssituation och inte vill belasta dem med att fråga efter promenader. En upplevde att den fysiska miljön begränsade henne att ta sig ut eller in till boendet.</p> <p>Fr.o.m. hösten kommer en aktivitetsansvarig att utses även under helger. Enligt verksamhetschefen ska de boende erbjudas dagliga utevistelser alla årstider. Uppföljning sker på våningsmöten och genom uppföljning av genomförandeplan. Resultatet av brukarundersökningen har presenterats på APT i september.</p> <p>Utflyktsbussen som enligt anbud skulle finnas i verksamheten en vecka i månaden har ännu inte kunnat driftsättas.</p> <p>Arbetet med att förbättra utevistelse har pågått under året. Medarbetarna påminns om det via veckobreven, APT och daglig planering. Statistik har förts men inte följts upp.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 36 % av de boende nöjda med aktiviteterna (62 % 2020) och 38 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (44 % 2020). 25 % anger att de inte besväras av ensamhet vilket är en minskning med 22 procentenheter jämfört med föregående mätning. Resultatet av brukarundersökningen har presenterats på APT i september.</p> <p>Under 2021–2022 har inga uppföljningsenkäter för att redogöra tillämpade arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten lämnats in till förvaltningen.</p> <p>Slow TV har provats på demensavdelningarna med gott resultat. Slow TV är en TV-genre med långa dokumentärfilmer där vanliga företeelser skildras i sin fulla längd vilket har visat sig tas emot väl hos den enskilde med kognitiv svikt. Yetitablett (stor aktivitetsskärm) har köpts in och musikunderhållning har anordnats med stöd av stimulansmedel.</p> <p>Omvårdnadsförvaltningen har under 2020 köpt in och delat ut åkpåsar till verksamheten i syfte att underlätta utevistelsen för de boende. Åkpåsar har hittills inte använts men kommer att göra det för att underlätta utevistelsen.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	<p>Rutin för hot och våld finns och samtlig personal känner till den. Sjuksköterska säkerställer att information och kunskap om rutinen finns hos omvårdnadspersonal.</p>
Larm  2. Delvis godkänd	<p>Rehabpersonalen kontrollerar larmsvar (dvs. den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat) en gång i månaden och resultatet tas upp på ledningsgruppsmötet.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 56 % att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov, vilket är en minskning med 22 procentenheter jämfört med tidigare år. Upplevelse av trygghet har sjunkit från 88 % (2020) till 63 % 2022. För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen under 2019 köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via detta system få kontakt med personalen efter att man har påkallat hjälp. Talenheterna har inte använts på Hallén. Flera boende upplevde att det kan hända att de får vänta (upp till en timme) innan de kan få hjälp.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83.		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM
	feb-23	23 255 947	2023-03-08
	jan-23	24 907 845	2023-02-08
	dec-22	23 006 092	2023-02-08

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

OSKARSRO



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	9

Inledning

Verksamheten på Oskarsro vård- och omsorgsboende drivs av Vardaga sedan 1 mars 2019. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Oskarsro har 34 lägenheter uppdelade på fem våningar. Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende och boende för personer med demenssjukdom. Omvårdnadsboendet har tre våningar med åtta boende vardera, totalt 24 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har två våningar med fem boende vardera, totalt tio boende.

Avtalsuppföljningen under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden. Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har verksamhetschef, biträdande regionchef, sju boende och fem medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 15 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft ett chefsbyte under 2022 som kan ha lett till att utvecklingsarbetet delvis har fortlöpt enligt plan.

Enligt brukarundersökningen 2022 är 100 % av de boende nöjda med personalens bemötande och 93 % känner sig trygga på boendet.

Verksamheten behöver bland annat förbättra möjligheten för de boende och närstående att vara delaktiga i verksamhetsfrågor som berör dem. Vidare behöver möjlighet till utevistelse förbättras.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.


Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
	Tillbudsrapportering och uppföljning
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av delområden

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

 För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

■ Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledningen behöver säkerställa att kvaliteten inte påverkas vid chefsbyte och att den nya chefen får det stöd som behövs för att klara av sitt uppdrag.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att nödvändiga möten erbjuds i den omfattning som behövs.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska ta fram en rutin för hur och var man kan vända sig för att få förstärkning vid ensamarbete.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska skapa förutsättning för medarbetarna att delta i de utbildningar som bedöms bidra till verksamhetens utveckling.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska möjliggöra för medarbetarna att genom auskultation och studiebesök utveckla sin kompetens och uppmuntras till att utveckla sin arbetsplats.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: kompetenstrappa 0–18 månader ska implementeras.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla samverkan mellan natt- och dagpersonal för att förbättra den personcentrerade vården.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska fortsätta tillse att ombuden har den kompetens som behövs för att klara av sitt uppdrag. Vidare behöver verksamheten förtydliga vad ansvaret innebär.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa och följa upp att all personal är väl förtrogen med bestämmelserna i lex Sarah.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla medarbetarnas kunskap om varför och när avsteg från god kvalitet ska rapporteras.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att återkoppling avseende vidtagna åtgärder med anledning av skriven rapport utvecklas.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Genomförandeplan: Den enskildes hjälpbehov nattetid behöver förtydligas.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att anteckningar i den enskildes sociala dokumentation är i enlighet med riktlinjerna.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes delaktighet vid upprättande eller uppdatering av genomförandeplan behöver säkerställas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av kommunikativa hjälpmedel behöver förtydligas.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Rutin för vem, hur och när information om tillfälliga förändringar ges till personer med kognitiv svikt behöver tas fram.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska återskapa forum för att möjliggöra för de boende att delta i frågor som rör deras välbefinnande.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att kontaktman gör veckoavstämning i syfte att ta reda på den enskildes synpunkter och önskemål.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: verksamheten ska utbilda medarbetarna i kommunikationsstöd bildstöd/AKK ska används i samtal med boende vid behov.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: verksamheten ska skicka månadsbrev till boende och anhöriga.

Bemötande och anhörigstöd

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska ha regelbundna träffar för anhöriga.
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Utbildning i Jag-stödjande-förhållningssätt samt Mötas i musik ska erbjudas enligt anbud.

Mat och måltider

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att de boendes åsikter om mat och måltid beaktas och att återkoppling ges.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver möjliggöra för alla medarbetare att gå utbildning för att förbättra måltiderna för de äldre.

Aktiviteter och fritid

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	De boende behöver få möjlighet att påverka samt kunna framföra sina synpunkter och få återkoppling på dessa.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att egentid erbjuds en timme i veckan.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska ta fram ett arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa ensamhet.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver i större utsträckning beakta den enskildes önskemål om utevistelse.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska leva upp till det som har lovats i avtal gällande aktiviteter, uppföljning och utvärdering av dessa.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom delområdet, men uppnår ej kravet för godkänt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver utföra kontroll av larmsvar på ett systematiskt sätt och inte bara vid klagomål.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ta fram en rutin för hur inkommande larm som inte kan hanteras skyndsamt, ska hanteras.



Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Samtliga medarbetare, inklusive intermittentanställda, har ett mailkonto dit protokoll från alla möten, generell information som berör verksamheten samt information om utbildningar skickas. Mötena har fast agenda, protokollförs och dessa finns tillgängliga för samtliga medarbetare. Diskussionsresultat samt underlag till förbättringsåtgärder stäms av med verksamhetschefen. Möte med medarbetare som arbetar natt sker två gånger per termin och vid behov. Tanken är att nattmedarbetarna turas om och deltar i teammöten och APT. Ett av verksamhetens fokusområden är att i större utsträckning möjliggöra för nattmedarbetarna att delta i verksamhetens utveckling samt bidra till den personcentrerade vården. Boråd och anhörigmöte ska enligt plan erbjudas två gånger per år men under 2022 har det enbart genomförts ett boråd i december 2022. Kvalitetsråd har hållits en gång i månaden och övriga möten så som kostråd, aktivitetsråd cirka var tredje månad.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ledningen består av en verksamhetschef och två gruppchefer. Nattsjuksköterska är arbetsledare nattetid och har en tydlig ansvarsbeskrivning. Ny verksamhetschef tillträdde den 7 juni 2022 och den avgående chefen slutade 20 maj. Detta kan ha lett till att överlämningen inte skedde optimalt. I februari 2023 tillträder en ny chef då nuvarande chef har valt att avsluta sin tjänst. Utifrån tidigare erfarenhet kommer överlämning till ny verksamhetschef ske succesivt och under längre tid.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva verksamheten. Företaget har anmält nuvarande verksamhetschefen som föreståndare och inväntar besked.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Uppföljning av introduktionen sker på ett systematiskt sätt. Gruppchef ansvarar för uppföljning av nyanställda undersköterskor och verksamhetschef för nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal. Uppföljningen sker två veckor efter start. Inför uppföljningen stämmer man av med personalen och boende hur samarbetet har fungerat. Vid avstämningen kontrolleras bl.a. att webbutbildningar har genomförts. I introduktionen ingår bl.a. utbildning i Vår värld, Den goda dagen, livsmedel, hygien, arbetsmiljöutbildning och brandutbildning.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	88 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. (97 % 2021). Ett flertal medarbetare har utbildats till BPSD-administratörer. Reflektionsträffar har erbjudits varje månad. Utbildning för aktivitetsombud, munhälsobedömning och förflytningsutbildning har erbjudits. Kartläggning av vilka som har gått utbildning pågår. Ett nytt verksamhetssystem är under utveckling för att på ett snabbt sätt kunna samla information om vilka utbildningar varje medarbetare har genomgått. Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte för att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket. Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, självskattning, egenkontroll samt medarbetarsamtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven och har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetensen som

Delområde	Kommentar
	<p>behövs i verksamheten t.ex. inom mat och måltider.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. På agendan för APT finns en stående punkt där goda exempel lyfts. Vissa yrkeskategorier har gjort studiebesök i andra verksamheten. Verksamheten uppger bl.a. det svåra ekonomiska läget och tidsbrist som utmaning för att bedriva kompetensfrågor på ett strategiskt sätt. Exempelvis erbjuds utbildning men plan för hur den ska vidmakthållas tas inte fram.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds nätverksträffar och ombudsträffar. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Webbutbildningar upprepas med jämna mellanrum och kombineras med workshops, reflektionsstund eller frågestund för bättre effekt.</p> <p>Verksamheten stödjer medarbetarna lära på jobbet genom strukturerad daglig handledning av andra professioner, kollegialgranskning, teammöten samt kontinuerliga reflektionsstunder.</p> <p>Medarbetarna som deltog i intervjun berättade att tid för att delta i webbaserade utbildningar ges inte utan dessa genomförs samtidigt som man arbetar på avdelningen. Det händer inte sällan att de behöver pausa utbildningarna för att svara på larm eller hjälpa sina kollegor. Det finns ingen lokal avsedd för utbildning utan man är oftast i avdelningsköket och använder samma dator som kollegan behöver för att kunna dokumentera. De önskar utbildningar i demens- och palliativ vård, värdegrund, bemötande. Samtliga föredrog fysiska utbildningar framför de webbaserade inte minst för att få möjlighet till efterföljande reflektion och diskussion.</p> <p>Enligt anbud ska auskultation och studiebesök genomföras i andra verksamheter. Detta har genomförts under 2022. Profilledare har deltagit i nätverk genom Vardaga och gruppchefer, verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal har gjort studiebesök i andra verksamheter.</p> <p>Vidare har i anbudet angetts att en kompetenstrappa 0-18 månader ska implementeras.</p> <p>I Vardaga finns en introduktionsplan i Lära. Idag sker uppföljning av utbildningar manuellt vilket upplevs som tidskrävande. Ett systemstöd i syfte att underlätta för cheferna att följa upp utbildningarna är under bearbetande. Med anledning av detta kunde verksamhetschefen inte säkerställa att detta krav har uppfyllts. Verksamheten ska ge förutsättning till medarbetarna att kunna genomföra de obligatoriska utbildningar som ska göras.</p> <p>Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används vid spontana hygienkontroller av följsamheten till basala hygienrutiner.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p> 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har redovisat ett bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten har beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Oskarsro uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet. Trots att bemanningstätheten är hög (0,90) finns det sammanlagt 4,5 timmars schemalagt ensamarbetet mellan 7–21. Enligt verksamhetschefen beror detta på att det finns enheter med få boendeplatser som är svåra att bemanna inom ramen av budgeten. Det finns rutin för vart medarbetarna kan vända sig vid behov av förstärkning under dessa timmar men det är inte alltid de kan få hjälp då den som man har ringt till är upptagen eller inte svarar, menar medarbetarna.</p> <p>Verksamheten har i samarbete med Arbetsförmedlingen provanställt två servicepersonal för att avlasta omvårdnadspersonalen med serviceuppgifter. Detta har fallit väl ut.</p> <p>Behovsanpassat schema ska införas i januari 2023. Detta innebär att medarbetarna, inom ramen av verksamhetens behov, får påverka sin arbetstid. Önskeschema har tillämpats i andra verksamheter inom Vardaga med gott resultat. Införandet av önskeschemat kommer att leda till ökat behov av timanställda så att medarbetarna ska kunna påverka sina scheman.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>I samband med nyrekrytering uppmärksammas sökandes språkfärdighet och deras kunskap om basala hygienrutiner samt dokumentation sätts på prov. Det ställs krav på avslutad eller pågående undersköterskeutbildning vid rekrytering. Det händer vid tidsbrist att personal som inte behärskar svenska språket anställs, exempelvis inför sommaren.</p>

Delområde	Kommentar
	Hösten 2021 ändrades scheman och därefter har några medarbetare slutat. Idag finns det en vakant rad som kommer att tillsättas.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Rutin för extern samverkan finns. Samverkan sker med andra av Vardagas verksamheter i Solna. Det har inte varit någon större efterfrågan på praktikplatser under 2022. Verksamheten har under 2022 tagit emot sex undersköterskepraktikanter, tre sjuksköterskestuderande och två praktikanter från Arbetsförmedlingen. Det finns idag två medarbetare som har handledarutbildning som ansvarar för att ta emot nya elever.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Hälso- och sjukvårdspersonalen använder Triagemodellen vid överrapportering. Triage är en bedömningsmodell där patientens hälsostatus utifrån anamnes, symtom och ibland även vitalparametrar graderas. Verksamheten har arbetat delvis för att utveckla samverkan mellan natt- och dagpersonal i syfte att förbättra den personcentrerade vården. Kartläggning av nattinsatser har gjorts och natten uppdaterar genomförandeplanerna avseende natten. Konceptet "Den goda natten" är inte implementerad. Verksamhetschef och gruppchef har möte med nattpersonalen två gånger per termin. Nattmedarbetarna är bjudna till nätverksträffar, APT och teammöten men deltagandet är lågt. En av gruppcheferna är ansvarig för nattmedarbetarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarna är delaktiga i egenkontroller utifrån sina ansvarsområden. Frågor kring mat och måltid, aktiviteter och hälso- och sjukvårdsfrågor besvaras av medarbetarna. Medarbetarna tar fram förslag på åtgärder. De har möjlighet att lägga in förbättringsförslagen i systemet men det är oftast gruppchefer som gör det. Ombudrollerna har omfördelats och utifrån kompetens och intresse har nya ombud utsetts. Alla ombud har inte hunnit gå utbildning inom sina ansvarsområden. Ombud inom brand, inkontinens och hygien har gått utbildning. Ombudsmöten har delvis genomförts under 2022. Mötestider finns för ett halvår i taget för att ombuden ska kunna anpassa sin arbetstid så att de kan delta i mötena. Medarbetarna upplever att APT har blivit informationsforum och därför har utrymme för synpunkter och diskussioner blivit begränsat.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Information om bestämmelserna enligt lex Sarah delas ut vid anställning och på APT. Alla chefer har gått utbildning i lex Sarah. För ökat objektivitet utreds missförhållanden som har skett i den egna verksamheten av en annan chef inom Vardaga. Under 2022 har verksamheten inte rapporterat någon händelse enligt lex Sarah. Det finns en skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Ledningen informerar om vikten av att skriva synpunkter och klagomål. Enligt ledningen rapporteras fler synpunkter och klagomål samt avvikelser i Q-maxit men detta är fortfarande ett fortsatt utvecklingsområde. De flesta avvikelser och klagomål framförs muntligen och det är hälso- och sjukvårdspersonal eller gruppchefer som lägger in avvikelserna i systemet. Rapporterade avvikelser tas upp på kvalitetsråd och våningsmöten. Generella och allvarliga avvikelser tas upp på APT. Samtliga medarbetare kan följa upp de rapporterade avvikelserna i Q-maxit.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Vardaga genomförde egenkontroll under maj och november 2022 samt en kvalitetstillsyn under våren 2022. Egenkontrollen visade att flera områden, bl.a. dokumentation, avvikelserapportering och dokumentation kring nattfasta behövde förbättras. Verksamheten planerar att införa mobildokumentation under 2023. Läkemedelssigenering sker idag digitalt.

Delområde	Kommentar
	Kundundersökning och närståendeundersökning har gjorts två gånger under 2022. Resultatet påminner om resultat från den årliga undersökningen "Vad tycker äldre om äldreomsorgen". När det gäller bemötande visade den interna undersökningen ett lägre resultat men resultat avseende mat och aktiviteter var högre. Resultat av brukarundersökning 2022 har presenterats för boende, anhöriga och medarbetarna. Utifrån diskussionerna har handlingsplaner tagits fram. Verksamheten har arbetat aktivt med att vidta åtgärder enligt planen.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Legitimerad personal har gått i fördjupad utbildning i dokumentation. Dokumentation sker i enlighet med IBIC. I samband med uppföljning granskades fem sociala journaler. Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av kommunikationshjälpmedel beskrivs väl. Den enskildes delaktighet vid upprättande av genomförandeplanen beskrivs väl. Den enskildes hjälpbehov framgår tydligt men vad den enskilde klarar av själv behöver förtydligas. Behov av nattinsatser nattetid framgår tydligt.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Stor del av anteckningarna handlar om händelser av vikt, men åtgärder och uppföljning av dessa beskrevs delvis. I ett fall var det svårt att förstå anteckningarnas innebörd. Ord som "vägra" förekommer när den enskilde tackar nej till erbjuden hjälp.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Det finns dokumentationsstöd i verksamheten som vid behov stöttar sina kollegor. Loggkontroll i Safe doc sker månadsvis. Egenkontroll av SoL-dokumentation har gjorts avseende nattinsatser samt att genomförandeplanerna är uppdaterade. Lathund har tagits fram för vad som ska finnas med i planen. Checklistan uppdateras och kompletteras ständigt vartefter brister uppmärksammas. Medarbetarna använder checklistan i samband med upprättande eller uppdatering av genomförandeplaner.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarna fångar upp de boendes synpunkter om aktiviteter, mat och boendemiljö men hantering av dessa har delvis skett på ett strukturerat sätt. Anhörigmöte och boenderåd har erbjudits en gång under 2022. Samtalsförstärkare har främjat den sociala samvaron för de boende som haft svårt att delta i samtal pga. hörselnedsättning. Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Granskningen visar att dokumentationen innehåller beslut om skyddsåtgärd, vilka som medverkat i beslutet och information om åtgärderna finns både i den enskildes SOL- och HSL-journal. Däremot har inga planer omprövats eller utvärderats. Medarbetarna får information om skyddsåtgärder på APT och teammöten. Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder. De boende önskar att det fanns forum för att framföra synpunkter. De boende som deltog i samtal kände inte till att deras önskemål och hjälpbehov sammanfattas i ett dokument, i en så kallad genomförandeplan. Enligt anbud ska anpassade bildstödsappar, samtalskort och planeringsstöd användas som stöd vid kommunikation med personer med kognitiv svikt. Kommunikation med personer med kognitiv svikt har inte utvecklats under 2022 i enlighet med anbudet. Oskarsro kommer att fortlöpande få information om det kommunikationsprojekt som pågår på Polhemsgården för att ta till vara kunskap och erfarenhet som

Delområde	Kommentar
	projektet tillför. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 79 % att de kan påverka vid vilka tider de får hjälp. (77 % 2020)
Kontaktnaskap ● 3. Godkänd	De boende informeras om möjligheten att byta kontaktman. Verksamheten säkerställer att kontaktman är väl förtrogen med vad ansvaret innebär. Medarbetarna går årligen utbildning i kontaktnaskap och skriver under ansvarsförbindelsen. Minst två gånger per år stämmer gruppcheferna av med den boende hur kontaktnaskapet fungerar. Enligt anbud ska kontaktnasken göra en veckoavstämning med de boende för att fånga upp synpunkter och önskemål. Detta har ännu inte införts i verksamheten.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten saknar skriftlig rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga. Information har inte skickats ut månadsvis. De boende önskar bl.a. att få veta i förväg när fotvården eller tandläkaren kommer. De upplever att de bara "dyker upp" och det händer att de behöver avstå från andra inplanerade aktiviteter. De kände till att informationsbrev skickas till anhöriga och undrade varför de inte fick den informationen direkt till sig. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 30 % att de får information om tillfälliga förändringar. (70 % 2020).

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Samtliga medarbetare har gjort webbutbildningen "Vår värld", där värdegrund inom äldreomsorg tas upp. Värdegrund och Solnas kvalitetsdeklaration är en punkt på APT, våningsmöten och reflektionsträffar. Vidare ska, enligt anbud, samtliga gå Svenskt Demenscentrum musikutbildning "Mötas i musik" och Demensakademins utbildning i Vårdarsång. Dessa har inte genomförts under 2022. Kartläggning pågår och de som inte har gått utbildningen ska få göra det. Enligt brukarundersökning 2022 uppger 100 % att de får bra bemötande från personalen. (88 % 2020). De boende var nöjda med personalens bemötande.
Stöd till närstående ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Anhöriga får information om vilka stöd som finns vid inflyttning så även deras eventuella särskilda behov av stöd efterfrågas. Anhörigmöte har inte hållits under 2022.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har arbetat med att förbättra måltidssituationen under 2022, exempelvis med hur maten presenteras, bakning och att följa recept som finns i pärmen "Mat som hemma" och undvika att byta ut ingredienser och tillbehör på eget initiativ. De boende saknade ett forum för att framföra synpunkter på maten. I de fall de har framfört synpunkter hade återkoppling inte givits. Kostombud har inte haft regelbundna träffar under 2022, vilket kan ha lett till att de boendes synpunkter inte har efterfrågats på ett systematiskt sätt. De boende tyckte att matens smak varierar men generellt har försämrats. Maten är enförmig och fisk serveras sällan. De tyckte att det serveras för mycket glass till efterrätt. I samband med uppföljning observerades måltidssituationen på en avdelning med demensinriktning. I köket satt information riktad till personal, exempelvis om basala hygienrutiner, rutin för servering av mat samt uppmaning om att de boende inte får visats på balkongen utan tillsyn. Information om vilka tider de boendes ska inta sina mediciner satt väl synligt på kylskåpsdörren. Klassik musik spelades upp innan serveringen började. En personal arbetade vid måltiden. För att effektivisera arbetet tillagades mat för två avdelningar i ett kök. Processen kring hämtning av mat och lämning av serveringsvagn gjorde att det tog tid innan maten kunde serveras.

Delområde	Kommentar
	<p>Fem boende åt vid ett långbord. Maten och de olika dryckesalternativen visades och presenterades. Förklåde användes. Trots att maten var försenad var serveringen fri från stress. Under måltiden hände det flera gånger att boende blev arga på varandra men personalen hanterade situationen på ett professionellt sätt.</p> <p>För att personalen ska ta tillvara önskemål och ge den bästa måltidsupplevelsen ska enligt anbud alla gå utbildningar i "Måltidsupplevelsen", "Livsmedelshygien" "Kost och näring för äldre", "Måltidstraditioner", "Matens betydelse för äldre", "Näringslära", "Enklare matlagning" och "Lilla degskolan". Alla har inte hunnit gå därför kommer utbildningarna att fortsätta erbjudas under 2023.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 57 % av de boende att maten smakar bra (73 % 2020) och 64 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (88 % 2020).</p>

Aktiviteter och fritid



Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Profilledare går via Vardaga en utbildning för att engagera och motivera kollegorna att skapa en meningsfull tillvaro för de boende. Profilledaren deltar i nätverk som Vardaga håller i men även i de nätverk som Solna stad anordnar.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 50 % av de boende nöjda med aktiviteterna (75 % 2020) och 64 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (75 % 2020). 15 % anger att de inte besvärar av ensamhet vilket är en minskning med 29 procentenheter jämfört med föregående mätning. Verksamheten öppnade upp för gemensamma aktiviteter strax innan sommaren vilket kan ha lett till det negativa resultatet, enligt verksamhetschefen.</p> <p>Synpunkter kring aktiviteterna förs fram under aktivitetsråden som har hållits en gång under hösten.</p> <p>Några boende uttryckte att det ibland känns ensamt på kvällen och önskade att det fanns möjlighet till social samvaro efter middagen. Den boende som trivdes bra med att vara i sin lägenhet önskade att personalen kunde titta in lite då och då. Generellt fanns det ett behov av att berätta om sin livshistoria för varandra. De boende önskar komma ut oftare och gärna besöka närbutiker för att handla smärre varor. För övrigt var de nöjda med de aktiviteter som erbjöds på boendet.</p> <p>Omvårdnadsförvaltningen har köpt in och delat ut åkpåsar till verksamheten i syfte att underlätta utevistelsen för de boende. Åkpåsarna används och upplevs ha underlättat utevistelse. Med stöd av stimulansmedel har det köpts in Yetitablett som används flitigt på avdelningar. Yetitablett är en stor aktivitetskärm som erbjuder mängder med olika digitala aktiviteter.</p> <p>Boende med stora fysiska och kognitiva funktionsvariationer stimuleras genom musik, reminiscens, fotografier, dofter mm. Aktiviteter görs individuellt.</p> <p>Ensamhetsproblematiken har tagits upp i olika forum men verksamheten har inte arbetat aktivt, i enlighet med förvaltningens rekommendation, för att på ett systematiskt sätt minska den besvärande ensamheten.</p> <p>Enligt anbud kan den boende påminnas om aktiviteter via SAFI F-appen. Verksamheten informerar om veckans aktiviteter och personal påminner om aktiviteterna på morgonen och strax innan. Vidare står det i anbudet att medicinsk yoga ska erbjudas en gång i veckan. Verksamhetens fysioterapeut som gick en utbildning i medicinsk Yoga har slutat och sedan dess har den aktiviteten inte erbjudits.</p> <p>Enligt anbud ska det föras statistik och aktiviteter med lågt deltagande ska bytas ut eller ändras. Detta har gjorts har under 2022.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Larm</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Egenkontroll av larmets funktionalitet görs enligt gällande rutin. Egenkontroll av Larmsvar dvs. den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat, har inte gjorts annat än vid klagomål.</p> <p>För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen under 2019 köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till</p>

Delområde	Kommentar
	<p>trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp. Talenheterna hade inte använts fram till november 2022.</p> <p>De boende upplevde att det händer att de får vänta på hjälp och önskade att personalen kunde komma in och meddela när man kan få hjälp.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 86 % att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov. (94 % 2020). Upplevelse av trygghet har sjunkit från 100 % (2020) till 93 % 2022.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar												
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 62.												
Skattekontroll  3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> <th>AVISERINGSDATUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>feb-23</td> <td>20 027 135</td> <td>2023-03-08</td> </tr> <tr> <td>jan-23</td> <td>20 664 522</td> <td>2023-02-08</td> </tr> <tr> <td>dec-22</td> <td>18 897 873</td> <td>2023-01-11</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM	feb-23	20 027 135	2023-03-08	jan-23	20 664 522	2023-02-08	dec-22	18 897 873	2023-01-11
PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM											
feb-23	20 027 135	2023-03-08											
jan-23	20 664 522	2023-02-08											
dec-22	18 897 873	2023-01-11											

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

POLHEMSGÅRDEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

Inledning

Verksamheten på Polhemsgården vård- och omsorgsboende drivs av Vardaga sedan 1 mars 2019. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Polhemsgården har 80 lägenheter uppdelade på fyra plan. Verksamheten har inriktningen boende för personer med demenssjukdom och där finns fem platser för korttidsboende. Varje våning har 20 lägenheter uppdelade i två enheter per våning. De fem platserna för korttidsboende ligger samlade på en våning.

Avtalsuppföljningen under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden. Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsutfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, två boende och fyra medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 14 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Trots täta chefsbyten under 2022 har verksamheten arbetat aktivt med utvecklingsplanerna. Verksamheten har arbetat systematiskt med att förbättra dokumentationen och måltidsmiljön. Verksamheten har påbörjat ett projekt för att anpassa kommunikationen med personer med kognitiv svikt.

Bland förbättringsområden kan avvikelserapportering och större möjlighet till utevistelse nämnas.

Enligt brukarundersökningen 2022 var 89 % av de boende nöjda med personalens bemötande.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Tillbudsrapportering och uppföljning	
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av delområden

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Ledningen ska gå på chefsprogrammet inom 6 månader.

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver strukturera uppföljning av nyanställdas introduktion.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta med att fortbilda ombuden i sina respektive ansvarsområde.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud; verksamheten ska presentera en plan för hur Polhemsgården kan vara i framkant när det gäller tillämpning av evidensbaserade arbetssätt i enlighet med senaste forskning.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Plan för genomförande av kompetenstrappa 0-18 behöver tas fram.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för att implementera evidensbaserade arbetssätt på Polhemsgården och andra verksamheter i Solna

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Överrapporteringarna behöver struktureras. Vem som har ansvar för överrapporteringen och hur överrapporteringen ska ske behöver förtydligas och implementeras hos medarbetarna.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten behöver förstärka samverkan mellan dag och nattpersonal i enlighet med det anbud som har lämnats. Vidare behöver verksamheten möjliggöra för nattmedarbetare att delta i utbildningar samt reflektionsträffar.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att expertgruppen får tydlig rollbeskrivning och förutsättning för att arbeta i enlighet med anbudet.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska arbeta enligt konceptet "Den goda natten" för att skapa ett gott dygn.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Samverkan behöver kompletteras med hur och när samverkan med Solna stads demensteam, Ambeas demensakademi, Silviahemmet, och andra instanser som man har lovat i avtalet, sker.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Säkerställa att personalen är väl förtrogen med hur, när och varför avvikelser ska rapporteras
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Säkerställa att rutin för hantering av muntligt framförda klagomål är väl förankrad hos personalen

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Händelse av vikt ska dokumenteras och vid behov följas upp och utvärderas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta att hålla en god nivå gällande innehållet i genomförandeplanerna

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska anpassa informationen efter den enskildes kognitiva förmåga.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att den enskildes delaktighet och självbestämmande respekteras.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver anpassa kommunikationen (bildstöd, digitala appar, AKK) och informationen efter den enskildes kognitiva förmåga i enlighet med anbudet.

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta skapa förutsättningar för att måltidssituationen ska upplevas som en trevlig stund på dagen.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för vilka och när ska erbjudas utbildningarna som har lovats i anbud i syfte att förbättra kunskapen om kost och näring samt en trevlig måltidsupplevelse.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska i enlighet med anbudet ta del av de boendes synpunkter kring maten i de fall den enskilde inte kan uttrycka sig.

Aktiviteter och fritid

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta arbeta för att identifiera och i möjligaste mån undanröja faktorer som kan leda till besvärande ensamhet
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska förbättra de boendes möjlighet till en trivsam samvaro på kvällarna.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att egentid erbjuds.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamhet ska säkerställa att utevistelse erbjuds.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.



Underlag bedömning

Ledning och organisation


Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten har under 2022 haft flera chefsbyten. Under rekryteringsprocessen har verksamheten växelvis saknat verksamhetschef eller enhetschef. Verksamheten har under en period haft en tillförordnad chef på 50 % från annan verksamhet och ersatte resterande 50 % genom att öka gruppchefernas administrativa tid. Chefsbyten kan ha påverkat arbetet med utvecklingsplaner. Demensteamet har inte varit fulltaligt under större delen av året på grund av sjukskrivningar. Avtalsuppföljningen har genomförts dels genom intervju med den avgående chefen, dels med den nytilträdde. Den nya ledningen kommer att genomgå Vardagas chefsprogram inom 6 månader. Flera i ledningsgruppen har gått/ går på ledarskapsutbildning via omvårdnadsförvaltningen.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har erforderliga tillstånd för att driva särskilt boende inklusive dagverksamhet och korttidsboende. Föreståndaren är anmäld och godkänd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en checklista för introduktion. Varje nyanställd introduceras under två arbetspass. Deltagande i webbaserade utbildningar ingår inte i introduktionen utan den nyanställda får gå på utbildningarna i mån av tid. Sommarvikarier får en extra halvdagsutbildning i bl.a. värdegrund, förflyttning och basala hygienrutiner innan de börjar. Uppföljning av introduktionen sker inte systematiskt utan genom spontana samtal med övriga medarbetare på den aktuella våningen.

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>89 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. (92 % 2021). Plan för Silviaomcertifiering 2023 finns. Reflektionsträffar har erbjudits månatligen. Medarbetarna har tilldelats olika ombudsroller och ombudsträffarna har schemalagts. Det finns tydlig ansvarsbeskrivning för alla ombudsroller och dessa följs upp på medarbetarsamtal. Verksamheten har efter kompetensinventering tagit ett omtag gällande palliativ vård och rollen som palliativt ombud.</p> <p>Ett fyrtiotal medarbetare har under våren 2022 med stöd av stimulansmedel gått på utbildning i Personcentrerad vård. Det finns planer på att utbilda instruktörer på Metodikum. Flertal medarbetare har gått utbildning i Hørsel.</p> <p>Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket.</p> <p>För att identifiera och tillgodose kompetensbehovet tillämpar gruppcheferna delvis strukturerad observation. Klagomål och synpunkter utgör också ett underlag för kommande utbildningssatsningar. Korta och dagliga reflektioner tillämpas inte idag. Självskattning sker inom läkemedel och basala hygienrutiner.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. Goda exempel lyfts t.ex. när en avvikelse rapport har lett till en förbättring.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten sker månatliga reflektionsträffar, nätverksträffar och ombudsträffar. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Webbutbildningar kombineras i enstaka fall med workshops.</p> <p>Verksamheten tillämpar flera arbetssätt för att medarbetarna ska "Lära ut". Demensteamets uppdrag är att stötta medarbetarna och handleda dem i det dagliga arbetet. De deltar i inflytningssamtal, teammöten och finns tillgängliga vid svårare ärenden.</p> <p>I anbudet har det angetts att en kompetenstrappa 0–18 månader ska implementeras. Ledningen har lagt in utbildningarna i årshjulet, en del är avklarade men de utbildningar som inte kunde genomföras kommer att erbjudas under 2023.</p> <p>Under 2021 har omvårdnadsförvaltningen införskaffat och delat ut hygienboxar till verksamheterna för att säkerställa att basala hygienrutiner efterlevs. Boxarna har inte använts på Polhemsgården.</p> <p>Enligt anbud ska Polhemsgården vara ett i Sverige unikt demenscentrum. Detta i korthet innebär att Polhemsgården ska vara i framkant och tillämpa evidensbaserade arbetsmetoder i enlighet med senaste forskning. Polhemsgården har också ett särskilt uppdrag att sprida kunskapen till andra verksamheter i Solna. Med anledning av detta har det under hösten 2022 påbörjats ett projekt för att förbättra kommunikationen med personer med kognitiv svikt. Projektet kommer att implementeras på Polhemsgården och spridas till andra vård- och omsorgsboenden i Solna under 2023.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	<p>Polhemsgården har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Av olika skäl har Polhemsgården under 2022 inte haft tjänster som Silviasjuksköterska, verksamhetschef och enhetschef i samma utsträckning som har utlovats. Polhemsgården uppfyller dock bemanningstätheten i enlighet med anbudet.</p> <p>Ett nytt bemanningsschema ska lämnas in under våren 2023.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	<p>Verksamheten har tagit emot åtta sjuksköterskestuderande och ca 40 undersköterskeelever under 2022.</p> <p>Det finns rutin för extern samverkan. Samverkan med demensakademien, Silviahemmet och andra instanser har påbörjats. Samverkan med Läras</p>

Delområde	Kommentar
	demensakademi sker i samband med projektet, "Anpassad Kommunikation" som påbörjades hösten 2022.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Rutinen för en strukturerad överslagssammanfattning finns i verksamheten men den används inte i samma utsträckning nu jämfört med då rutinen infördes.</p> <p>I demensteamet ingår fyra undersköterskor som arbetar två timmar per dag och avdelning som demensexperter. De har fått utbildning i lågaffektivt bemötande och har regelbundna träffar för att diskutera vad som har fungerat bra och vad som behöver utvecklas. De upplever att "experttiden" går åt att göra andra uppgifter vilket i praktiken innebär att de inte hinner arbeta som "demensexperter". De önskar också en tydlig arbetsbeskrivning.</p> <p>Teammöten hålls en gång i veckan. Arbetsterapeut, demensteamet, fysioterapeut, gruppchef samt omvårdnadspersonal som tjänstgör på den avdelningen, deltar. Personal från andra avdelningar täcker upp för de som är på mötet. Medarbetarna upplever att teammötena är ett lärande forum.</p> <p>Nattmedarbetarna är inbjudna till alla möten i verksamheten och de planeras in till alla obligatoriska utbildningar. Mötestiderna har strukturerats upp så att flera möten som är aktuella för nattpersonalen ligger efter varandra tex team- och våningsmöten, så att den deltagande personal inte behöver komma till arbetsplatsen för en kortare tid.</p> <p>Verksamheten behöver beakta SKR:s rekommendationer för en personcentrerad och kvalitetssäkrad nattinsats. Arbetet med att involvera natten i detta arbete har påbörjats. Ledningen träffar nattmedarbetarna kontinuerligt. Arbetet med att förtydliga den enskildes behov av insatser nattetid har påbörjats och egenkontroller visar på att natten har kommit igång med detta. Några nattmedarbetare deltar på APT och våningsmöten. Detta fungerar endast på en våning. Nattmedarbetarna deltar inte på de månatliga reflektionsträffarna. Största utmaningen är att motivera nattmedarbetarna att komma in på dagtid för att delta på teammöte i enlighet med det som har lovats i anbudet.</p> <p>Representanter från natten deltar i nätverksträffen "Sätt ljus på natten" som förvaltningen bjuder in till.</p> <p>Enligt anbud ska nattmedarbetarna gå en halvdagsutbildning för att lära sig om äldres sömnmönster och hur olika sjukdomar/mediciner påverkar sömnen. Vid införande av konceptet Den goda natten (DGN) görs mätningar på den boendes mönster gällande fall, sömnmedicin, nattfasta och nattarbetsmiljö. Allt dokumenteras.</p> <p>Verksamhetschef säkerställer att mätningar görs vid inflyttning.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och gruppchef utför mätningarna i samråd med kontaktsmannen.</p> <p>Enligt nattmedarbetarna arbetar man inte aktivt med konceptet "den goda natten".</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	<p>För att förbättra medarbetarnas kunskap om varför och när en avvikelse ska rapporteras bestämmer ledningen ett fiktivt fall som sedan lyfts upp och diskuteras på morgonrapport, teammöten, våningsmöten och på varje APT. Man går då igenom vad ämnet innebär och handlar om, hur man skriver en avvikelserapport samt hur utredningsprocessen går till.</p> <p>Kvalitetsombud och ledningen deltar i kvalitetsråd där man går igenom inkomna avvikelserapporter, analyserar händelserna och tar fram åtgärdsplan.</p> <p>Information om hantering av muntligt framförda klagomål delges regelbundet på APT och kvalitetsrådet. Enligt ledningen fungerar rutinen och alltför muntligt framförda klagomål framförs vidare till gruppcheferna. Gruppcheferna uppmuntrar och stödjer medarbetarna att själva registrera klagomålen i Qualimax. Enligt medarbetarna tas inkomna klagomål upp i olika forum. Klagomål som medarbetarna för vidare till gruppcheferna registreras inte alltid i Qualimax.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Vardaga genomförde två brukar – och anhörigundersökningar under 2022 – en under våren och en under hösten. Resultatet påminner mer eller mindre om resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker äldre om äldreomsorgen".</p> <p>Egenkontroll genomfördes också 2 gånger (april och oktober). De viktigaste</p>

Delområde	Kommentar
	förbättringsområden var dokumentation samt aktiviteter.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	<p>Det finns dokumentationsstöd i verksamheten som tillsammans med gruppcheferna stöttar medarbetarna i dokumentation. Enligt ledningen efterfrågar allt fler medarbetare stöd och det skrivs mer i SoL journaler.</p> <p>Stödpunkter som kommunikation och hörapparat har lagts till på checklistan för att påminna medarbetarna att ta med dem i genomförandeplanerna.</p> <p>I samband med uppföljningen granskades fem sociala journaler.</p> <p>Delaktighet och på vilket sätt den enskilde har varit delaktig framgick av samtliga planer.</p> <p>Den enskildes kommunikativa förmåga och behov av hörapparat och hjälp i samband med användningen framgick exemplariskt av samtliga planer.</p> <p>Behov av nattinsatser framgick av planerna. För övrigt beskrev planerna väl vad den enskilde klarade av eller behövde hjälp med.</p> <p>Bemötandeplaner tas fram tillsammans med demensteamet som också följer upp att föreslagna åtgärder genomförs.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Det förekom anteckningar om händelser av vikt men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa dokumenterades delvis. I flera fall fanns anteckningar om oro eller sömnproblematik nattetid som inte följdes upp. Information om den enskildes sömnvanor var i dessa fall inte uppdaterade i dennes genomförandeplan. Ord som aggressiv, snäll och vägra förekom i vissa fall.</p>
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	<p>Var tredje månad granskar gruppcheferna fem socialjournaler per våning. Målet är att alla journaler är granskade minst en gång under året. Bland förbättringsområden kan beskrivning av nattinsatserna samt mat och måltider nämnas.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Under hösten 2022 har Polhemsgården i samarbete med Lära påbörjat ett projekt för att hitta relevanta kommunikationsverktyg för informationsutbyte mellan personal och den enskilde med kognitiv svikt.</p> <p>Samtalsförstärkare används i vissa fall för att underlätta samtal mellan personal och boende med nedsatt hörsel. Medarbetarna har under hösten gått på hörselutbildning. I nästa steg ska hörselombud utses och utbildas. I samband med introduktion får de nyanställda information om hörapparat och hur den ska skötas. Punkten har lagts till på introduktionslistan.</p> <p>Inför avtalsuppföljningen har verksamheten fått granska fem omvårdnadsjournaler i syfte att säkerställa att dokumentation om skyddsåtgärder uppfyller de krav som ställs i lagar och förförskrifter. Granskningen visar att dokumentation om skyddsåtgärder innehåller beslut om skyddsåtgärd, vilka andra åtgärder som provats utan resultat, riskbedömning, vilka som medverkat i beslutet samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Planerna har delvis omprövats/utvärderats och information om åtgärderna finns delvis i den enskildes SoL- och HSL journal. Frågan om skyddsåtgärder lyfts i olika forum men enligt ledningen behöver informationen upprepas vid fler tillfällen och på olika sätt.</p> <p>Under 2023 kommer omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder.</p> <p>Medarbetarna tog upp att de kan ställas inför situationer då anhörigas och de boendes önskemål kan gå isär. De önskar få mer kunskap och stöd för hantering av dessa situationer.</p> <p>Enligt anbud ska kontaktman ha veckoavstämning med den enskilde för att fånga upp synpunkter på veckan som har varit samt eventuella önskemål inför kommande vecka.</p> <p>För att möjliggöra detta behöver metod för avstämningar anpassas efter den enskildes kognitiva förmåga. Vidare ska vid inflyttning säkerställas att hjälpmedel</p>

Delområde	Kommentar
	<p>såsom glasögon och hörapparat fungerar optimalt. Detta för att skapa rätt grund för den enskildes delaktig. Digitala kalendrar finns i köken och samlingssalen på varje avdelning.</p> <p>Uppföljning av inflyttningsprocessen sker i stort sett fyra veckor efter inflyttning mellan verksamhetschef och boende. Verksamhetschefen tar då kontakt med anhöriga samt följer upp med gruppchefer och HSL personal att inflyttningsrutiner har följts. Gruppchef har regelbundna uppföljningsmöten med boende/anhöriga om hur kontaktmannskapet och delaktigheten upplevs.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 33 % att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är oförändrat sedan förra mätningen.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>På morgonmöten påminns medarbetarna om att informera om dagens maträtt och aktiviteter. I konceptet Mat som hemma finns bilder på maten men dessa används inte för att presentera maträtten.</p> <p>Det finns skriftlig rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga. Information om tillfälliga förändringar behöver anpassas efter den enskildes kognitiva förmåga.</p> <p>Verksamhetschefen skickar månadsbrev till anhöriga.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 27 % att de får information om tillfälliga förändringar. (20 % 2020).</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Enligt brukarundersökning 2022 uppger 89 % att de är nöjda med personalens bemötande. (87 % 2020). De boende som deltog i samtal kände sig trygga och var nöjda med personalens bemötande. En berättade "ibland händer det att personalen är på dåligt humör och det kan gå ut över oss, men det är naturligt." Medarbetarna kommer i samband med kommunikationsprojektet att få ökad kunskap kring bemötande.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Gruppcheferna deltar vid måltider och kan på det sättet fånga upp förbättringsområden. Resultat av observationerna tas upp på ledningsmöten och åtgärder sätts in. Synpunkter på maten efterfrågas och förs fram till gruppchefer som i sin tur tar det vidare med matleverantören Menigo.</p> <p>Det har kommit in klagomål från anhöriga som har handlat om maten och särskilt gällande uppläggning av den konsistensanpassade kosten. Verksamheten har vidtagit en rad olika åtgärder för att förbättra måltidssituationen. På planeringsdagarna har det visats kortare klipp om mat och måltidssituation och därefter har medarbetarna reflekterat och diskuterat vad som behöver bli bättre på Polhemsgården.</p> <p>De boende ges möjlighet att delta i förberedelse av maten. "Fin lunch" serveras till några boende på torsdagar i minnesrummet på entréplanet.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 87 % av de boende att maten smakar bra (54 % 2020) och 60 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (57 % 2020).</p> <p>I samband med besöket observerade måltidssituation på en avdelning. Sju boende åt vid två separata bord, en åt i sin lägenhet och en valde att äta senare pga. besök. Hårdbrod och smör serverades i väntan på huvudrätten. Flera dryckesalternativ erbjöds. Förkläde användes vid servering. Maten presenterades för de boende. Personalen arbetade sansat och måltidssituationen upplevdes lugn. Personalen hjälpte till när det behövdes utan att ta över. Den som klarade av att ta maten själv fick göra det. Omsorgsmåltid tillämpades inte men personal satt med och bidrog till en trevlig samvaro.</p> <p>Bland förbättringsområden kan följande nämnas:</p> <p>De boende tilltalades på ett sätt som inte var lämpligt för vuxna.</p> <p>Dryckesalternativet presenterades på ett sånt sätt som gjorde det svårt för den enskilde att välja bland.</p> <p>Bestick för förrätt, huvudrätt och efterrätt fanns framdukade vilket gjorde det svårt för den enskilde att välja rätt bestick till de olika rätterna. En boende gillade inte</p>

Delområde	Kommentar
	maten men blev inte erbjuden annat än hårdbröd med smör på. Menyyn var inte synlig för de boende. Utbildningar som har utlovats i anbudet i syfte att höja medarbetarnas kunskap i kost och näring har delvis erbjudits. "Måltidsapp" för att fånga upp synpunkter om måltiden har inte använts. Färskt bröd erbjuds inte dagligen.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Utevistelse ska enligt rutin planeras på morgonen och erbjudas dagligen. Demensteamet är involverad i planeringen och betonar vikten av utevistelse och att den utgör en viktig del i att skapa meningsfullhet i den enskildes vardag. De boende som har ökat behov av utevistelse har identifierats och ett promenadschema har tagits fram.</p> <p>Gruppchefer frågar medarbetarna och upplever att egentid erbjuds men följer delvis upp till vilken grad egentid erbjuds. Enligt medarbetarna erbjuds promenad under våren och sommaren men inte så mycket vintertid.</p> <p>Cykeltaxin har använts men däremot åkpåsar har inte kommit till användning. Verksamheten har installerat "Fågelkvitter" på samtliga avdelningar och köpt Tovertofel med stöd av stimulansmedel. Tovertofel är en spelkonsol som spelar upp interaktiva spel med ljus och ljud, och som reagerar på spelarnas rörelser.</p> <p>De boende uppskattade sittgymnastiken. De önskade att personalen hade mer tid så att de kunde komma ut oftare och hade inget emot att ta en promenad även om det var kallt ute. "Det är viktigt att ha något att göra annars blir vi gnälliga", berättade en boende. Som ett led i att underlätta social samvaro under kvällar och helger har det köpts in material för att hålla i "lättare" aktiviteter. Enligt ledningen används aktivitetsmaterialet beroende på vem som arbetar.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 43 % av de boende nöjda med aktiviteterna (55 % 2020) och 67 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (40 % 2020). 25 % anger att de inte besvärar av ensamhet vilket är en ökning med 10 procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>Polhemsgården har tagit fram arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa den besvärande ensamheten. Demensombud har i uppgift att observera och uppmärksamma om en boende drar sig undan och inte deltar i aktiviteter. Problematiken tas upp på teammöte där en handlingsplan upprättas. Vid behov involveras demensteamet, aktivitetsansvarig samt rehabpersonalen. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att frågan om ensamhet inte har diskuterats aktivt på teammötena under 2022.</p> <p>Ung Omsorg besöker verksamheten varje helg.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutiner för hot och våld som omfattar åtgärder vid hot eller våld mellan boende, våld från personal mot boende samt våld i nära relation, är känd av medarbetarna.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har en utsedd person som en gång i månaden kontrollerar larmsvaren, dvs. den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat. Resultatet tas upp på teammöten. Enligt brukarundersökning 2022 upplever 75 % att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov (57 % 2020). Upplevelse av trygghet har ökat från 62 % (2020) till 69 % 2022.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar									
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 62.									
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> <th>AVISERINGSDATUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>feb-23</td> <td>20 027 135</td> <td>2023-03-08</td> </tr> <tr> <td>jan-23</td> <td>20 664 522</td> <td>2023-02-08</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM	feb-23	20 027 135	2023-03-08	jan-23	20 664 522	2023-02-08
PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM								
feb-23	20 027 135	2023-03-08								
jan-23	20 664 522	2023-02-08								

Delområde	Kommentar		
	dec-22	18 897 873	2023-01-11

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

SKOGA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

Inledning

Verksamheten på Skoga vård- och omsorgsboende drivs av Humaniora vård och omsorg i kommunens egen regi. Skoga har 100 lägenheter uppdelade på fem våningar med två enheter per våning. Verksamheten har inriktningarna omvårdnadsboende, boende för personer med demenssjukdom samt korttidsboende. Omvårdnadsboendet har fyra enheter med tolv boende vardera, totalt 48 boende. Boendet för personer med demenssjukdom har fem enheter med åtta boende vardera, totalt 40 boende. Korttidsboendet har tolv platser.

På grund av lägre efterfrågan är 11 av dessa platser inte belagda.

Avtalsuppföljningen under 2022 har bestått av fyra delar som genomfördes vid fyra olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden. Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer.

Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöken har ledningsgruppen, två boende och tre medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 2 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Medarbetarna är delaktiga i verksamhetsutvecklingen. Under 2022 har flertal medarbetare påbörjat specialistutbildningar.

Verksamheten behöver utveckla det systematiska kvalitetsarbetet och utföra egenkontroller i större utsträckning. Vidare behöver verksamheten öka de boendes delaktighet i frågor som berör dem samt förbättra möjligheten till utevistelse.

Enligt brukarundersökningen 2022 uppger 83 % att de känner sig trygga på boendet och lika stor andel är nöjda med personalens bemötande.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följksamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
Tillbudsrapportering och uppföljning	
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	■ Bedömning ej genomförd	■ Bedömning ej genomförd

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledningsgruppens ansvarsbeskrivning behöver förtydligas.
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kommunikation mellan ledning och medarbetarna behöver förbättras.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla det strategiska arbetet för att identifiera kompetensbehovet samt vidmakthålla medarbetarnas nyvunna kompetens.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver sträva efter att det finns tillräckligt många utbildade handledare i verksamheten.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska arbeta för att samtliga medarbetare (inte bara de som tjänstgör) ska delta i de månatliga reflektionsträffar.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver främja samverkan mellan dag- och nattpersonal för att skapa en individanpassad vård och omsorg.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns rutin för informationsöverföring och kommunikationsplan samt att dokumentation av dessa är väl förankrad hos medarbetarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis






Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att egenkontroller utförs i den utsträckning som behövs.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att information från olika möten når de som inte närvarar.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Säkerställa att boende kontinuerligt får återkoppling på hur deras synpunkter och klagomål hanteras.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Säkerställa att all personal är väl förtrogen med bestämmelser om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna känner till vad som kan betraktas som SoL-avvikelse och att rapportering sker.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis




Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	I genomförandeplanen bör det framgå hur den enskilde kommunicerar och hur verksamheten säkerställer att detta tas i beaktning.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla innehållet i den sociala dokumentationen.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Information om vad i vilka moment den enskilde är självständig behöver förtydligas i genomförandeplanen.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Det ska förtydligas i genomförandeplanerna hur den enskilde har varit delaktig i upprättande eller vid uppdatering.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att bestämmelserna kring skyddsåtgärder följs och att dokumentation av dessa uppfyller den uppställda kraven.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Ledningen behöver säkerställa att information om viktiga händelser delges boende och anhöriga
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver tillskapa möjlighet för de boende att vara delaktiga i frågor som berör dem.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Bemötande och anhörigstöd


4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom delområdet.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis



Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver utifrån brister som har nämnts i rapporten skapa förutsättning så att måltidssituationen blir en trevlig stund på dagen.

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis



Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver tillämpa arbetssätt för att uppmärksamma och åtgärda den besvärande ensamheten
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver se över aktivitetsutbudet och tillgodose den enskildes önskemål i större utsträckning.

Säkerhet




3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.


Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för hot och våld behöver förankras hos medarbetarna.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska vidta åtgärder för att förbättra den upplevda tryggheten.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	Verksamhetens rutiner är tillgängliga för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt. Information finns i pärmar men även på intranätet och på datorn i G:mappen. Ledningen upplever att det finns en viss fördröjning när det gäller att få inloggningsuppgifter till de nyanställda. Generellt råder det viss otydlighet kring vem man ska vända sig till för att få hjälp med diverse IT-frågor
Verksamhetens organisation och ledning  2. Delvis godkänd	Verksamhetschef har det övergripande ansvaret på Skoga. Tre enhetschefer ansvarar för att leda och fördela arbetet på sina respektive våningar. Dessa har helhetsansvaret för sina våningar. Verksamhetschefen saknar en ansvarsbeskrivning och enhetschefernas ansvarsbeskrivning behöver förtydligas. Sjuksköterska finns dygnet och är arbetsledare på kvällar, nätter och helger. Vid behov kan trygghetsjouren kontaktas. Under samtal med medarbetarna togs det upp flera situationer där information från ledningen inte hade nått fram till medarbetarna.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Skoga drivs i kommunal regi och därför krävs inget IVO-tillstånd för driften av verksamheten. Verksamhetschef är anmäld som föreståndare.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Demens ABC, Basala hygienrutiner och säker läkemedelshantering ingår i grundläggande utbildningar under introduktion. Deltagande i webbutbildningar har i vissa fall fördröjts pga. tekniska svårigheter. Ansvarig enhetschef ansvarar för uppföljning av introduktionen. Datum för uppföljning av introduktion har lagts till på checklistan. I samband med uppföljning går man igenom de punkter som inte har hunnits gå igenom samt områden som den nyanställda behöver stöd i. Checklistan signeras av medarbetaren och sparas i personakten. Verksamheten har även tagit fram introduktionspärm som innehåller praktisk information till nyanställda som ska signera att information har mottagits. Medarbetarna som deltog i samtal kände inte till rutin för uppföljning av



Delområde	Kommentar
	<p>introduktionen.</p> <p>Verksamheten har gjort en kartläggning av handledarkompetens i verksamheten. Kartläggningen visade att all handledande personal behöver gå handledarutbildningen steg 1 och steg 2. Verksamheten har tagit kontakt med utbildningsanordnaren utan framgång. Ny kontakt ska tas i början på 2023.</p>
<p>Kompetensutveckling</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>87 % av tillsvidareanställda medarbetare har en undersköterskeutbildning (97 % 2021). Under 2022 har tre medarbetare fått möjlighet att studera till specialistundersköterska på arbetstid.</p> <p>Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket.</p> <p>Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, egenkontroll samt samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven och har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetens som behövs i verksamheten t.ex. inom demens och psykiatri.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. På agendan för APT finns en stående punkt där goda exempel lyfts. Verksamheten uppger de ekonomiska förutsättningarna som ett hinder för att bedriva kompetensfrågor på ett strategiskt sätt.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds korta reflektionsstunder där tre standardfrågor tas upp: "vad har gått bra, mindre bra och vad har vi lärt oss". Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum.</p> <p>Verksamheten har erbjudit flertal medarbetare utbildningar på Metodikum i taktill massage, puls och blodtryck och luftvägsstopp samt hörselutbildning. Internutbildning inom förflyttning, basala hygienrutiner, läkemedel, diabetes, BPSD och munvårdsutbildning har erbjudits.</p> <p>Verksamheten upprättar överenskommelse med medarbetare som vidareutbildar sig till specialistundersköterska. Överenskommelserna har dock inte följts upp. Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används vid introduktion av elever och studenter samt vid spontana hygienkontroller. Medarbetarna som deltog i samtal kände inte till att hygienboxar har använts. De framförde också att de inte hade deltagit i den månatliga reflektionsträffen på flera månader. Skoga blev Silviaomcertifierad 2022.</p> <p>Medarbetarna önskade utbildning i såromläggning och bemötande. De upplever att utbildning erbjuds men uppföljning av huruvida den nya kunskapen tillämpas är obefintlig.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>För att förbättra kontinuiteten har verksamheten sett över scheman i syfte att minska andel vakanta rader och därmed minska andel timanställda.</p> <p>Som ett led i personalförsörjningsstrategin arbetar ledningen aktivt med att ta emot elever och praktikanter. Rekrytering av timanställda pågår kontinuerligt för att kunna täcka för semesterperioder. Timanställda planeras att arbeta på samtliga enheter för att vid behov kunna arbeta där det behövs.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar strategiskt för att locka nya medarbetare och behålla de befintliga genom att erbjuda möjlighet till vidareutbildning och trygga anställningsförhållanden såsom 37 timmars arbetsvecka.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för extern samverkan har tagits fram.</p> <p>Verksamheten har tagit emot sex undersköterskeelever (30 under 2021) och fyra sjuksköterskestuderande under året. Minskningen beror på att efterfrågan från skolorna har varit låg.</p> <p>Under sommaren 2022 har 10 sommarungdomar arbetat i verksamheten.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	<p>För att så många medarbetare som möjligt ska delta på APT anordnar verksamheten två gemensamma APT tillfällen då samtliga chefer närvarar. Tidigare har APT erbjudits avdelningsvis. Medarbetare som arbetar natt deltar i APT. Medarbetarna upplever att den gemensamma APT har blivit mer ett informationsforum och således har utrymme för diskussioner blivit begränsat. Oanmälda besök nattetid har gjorts. Ledningen anser att medarbetarna arbetar enligt rutiner och att sjuksköterskan har ett tydligt arbetsledansvar nattetid. Nattmedarbetarna deltar inte i det nätverk som omvårdnadsförvaltningen bjuder in till för att säkerställa kvaliteten av nattinsatser. Enligt ledningen har medarbetarna tillfrågats men tackat nej till att delta.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att teammöten främst är ett överrapporteringsforum men det händer att det användas i lärande syfte. De önskar bättre kommunikation sinsemellan och med de övriga professionerna. Triagemodellen används för att rapportera om den enskildes hälsotillstånd. Flertal medarbetare är utsedda till kvalitetsledare. De deltar bland annat i kvalitetsmöten och är ansvariga för att informera sina kollegor om det som har tagits upp på dessa möten. Det finns ett tydligt uppdrag. Utvecklingsarbetet rymms inom den ordinarie arbetstiden enligt kvalitetsledarna.</p> <p>Under 2022 har nio nattmöten anordnats med respektive arbetsgrupp. På dessa möten tas kommunikation, samarbete och bemötande samt arbetsmiljö upp. Fattade beslut följs upp på respektive avdelning efter en vecka.</p> <p>Enhetscheferna håller veckovis i ett uppföljningsmöte där omvårdnadspersonal från respektive avdelning deltar. På mötet delas det ut uppgifter till nästkommande vecka och uppgifter från föregående vecka följs upp.</p> <p>Det har under 2022 inkommit flera rapporter som har handlat om bristande kommunikation medarbetarna emellan, bristfällig dokumentation samt sen eller utebliven återkoppling till anhöriga. Information av vikt som anhöriga kan ha framfört, exempelvis om hörapparat eller sväljningsproblematik, har enligt rapporterna inte förts vidare. Med anledning av detta efterfrågar enhetscheferna aktivt om det har framförts information och synpunkter från anhöriga och om dessa har dokumenterats. Verksamheten har tydliggjort när, vem och hur återkoppling ska ske.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en kvalitetsansvariga per avdelning. Kvalitetsansvariga deltar i kvalitetsrådet där bl.a. inkomna avvikelser och klagomål diskuteras. De ansvarar för att sprida det vidare till sina kollegor på respektive avdelning. Detta görs oftast i samband med morgonrapporten. Det är oklart hur information når de kollegor som inte tjänstgör just under detta överrapporteringsstillfälle. Representant från natt deltar inte i kvalitetsrådet.</p> <p>Medarbetarna tilldelas ombudsroller och enligt medarbetarna borde val av ombudsroll vara mer individ- och intressebaserad.</p> <p>Fyra medarbetare har utbildats till språkbud. Deras uppdrag behöver förtydligas.</p> <p>Enhetschefer är representerade i alla mötesforum. Inför kvalitetsrådsmöten får alla deltagare dagordning med innehåll och möjlighet att inkomma med övriga punkter. Frågor gällande kvalitet tas upp på APT och uppföljningssamtal/medarbetarsamtal. Cheferna säkerställer genom veckovisa uppföljningar att all personal arbetar utifrån Skogas rutiner.</p> <p>Alla medarbetare erbjuds möjlighet till delaktighet i kvalitetsarbetet. Medarbetare som arbetar natt deltar inte fysiskt på mötena men har tillgång till minnesanteckningarna.</p> <p>Arbetet med utvecklingsplanen sker tillsammans med medarbetarna där de involveras i att föreslå förbättringsåtgärder och är ansvariga för att genomföra dem.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Kontinuerligt arbete pågår för att stötta medarbetarna i att rapportera in avvikelserna. Den digitala kompetensledaren stöttade medarbetarna med att formulera avvikelserapporterna. Avvikelser skrivs på papper och sparas efter utredning i en pärm på respektive avdelning.</p> <p>Vikten av att rapportera avvikelser och vad som menas med avvikelser tas upp kontinuerligt på APT enligt fastställt årshjul och veckovisa uppföljningsmöten.</p> <p>Verksamheten har förtydligat rutin för synpunkts- och klagomålshantering.</p> <p>Inkomna avvikelserrapporter och vidtagna åtgärder tas upp på kvalitetsråd 1 gång/månad där kvalitetsledare och chefer deltar. Återkoppling sker muntligen till</p>



Delområde	Kommentar
	<p>den enskilde boende och vid behov kan fysiska möten bokas.</p> <p>Verksamheten har förtydligat rutin för synpunkts- och klagomålshantering. Medarbetarna kände inte till rutinen och i de allra flesta fall framförs synpunkter inte skriftligt utan endast muntligt.</p> <p>Ledningen ser en försiktig ökning av antal avvikelserapporteringar. Medarbetarna upplever att benämningen "avvikelse" kopplas generellt med den person som har varit inblandad i händelsen därför ser man inte positiv på att rapportera några avvikelser.</p> <p>Verksamheten rapporterade en händelse enligt Lex Sarah under 2022.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>De viktigaste målen som verksamheten arbetar för att uppnå är att säkerställa en god kvalitet i vården och omsorgen för de som bor och vistas på Skoga samt att verksamheten ska genomsyras av ett salutogent förhållningssätt.</p> <p>För att uppnå de specifika målen har medarbetarna erbjudits utbildningar i bl.a. social dokumentation, palliativa frågor, taktill massage och förflyttningar.</p> <p>Egenkontroller utförs bl.a. kring följsamhet i basala hygienrutiner, trycksårsmätning, måltidsobservationer, temperaturkontroller på kyl/frys och mat, samt larmets kvalitet och svarstid. Verksamheten behöver systematisera egenkontrollerna exempelvis genom att upprätta ett årshjul där frekvens, ansvar för genomförande och uppföljning kan framgå.</p> <p>Verksamheten har utbildat några medarbetare till språkombud som bl.a. kommer att ha i uppdrag att gå igenom rutinerna utifrån språkaspekten för att underlätta för kollegorna att förstå innehållet i rutinerna. Ledningen behöver skapa förutsättning för att språkombuden ska kunna arbeta i enlighet med sitt uppdrag.</p>

Social dokumentation


Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Vid uppföljningstillfället granskades fem genomförandeplaner.</p> <p>I två av fem planer var datum för uppdatering äldre än 6 månader. Information om den enskildes kommunikativa förmåga, hörapparat, glasögon samt munhälsa behöver förtydligas i samtliga planer. Det fanns delvis information om vad den enskilde klarar av på egen hand.</p> <p>Det framgick delvis av planerna på vilket sätt den enskilde var delaktig i upprättande av genomförandeplanen.</p> <p>Nattanteckningar ska dokumenteras under särskild rubrik i den sociala journalen från och med oktober 2021. Den enskildes behov av hjälp nattetid sänkades eller framgick delvis av de granskade planerna.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>De flesta anteckningar handlade om händelser av vikt. Uppföljning av vidtagna åtgärder dokumenterades delvis. I vissa fall framkom viktig information i löpande anteckningar som inte fanns med i genomförandeplanen. Det fanns information som föreföll irrelevant eller onödig eftersom den inte kunde kopplas till genomförandeplan eller andra anteckningar för övrigt.</p> <p>Få anteckningar från nattetid fanns att läsa. Ord som orolig, lugn, jätteglad samt mindre lämpligt ordval som blöja förekommer i anteckningarna.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Enhetschefer granskar två journaler per vecka enligt en checklista. Checklistan uppdateras efter behov. Exempelvis kommer den enskildes kommunikativa förmåga att läggas till på listan för att säkerställa att detta dokumenteras.</p> <p>Identifierade förbättringsområden tas upp på individ- och verksamhetsnivå. För att hålla diskussion om dokumentationen levande följs anteckningar upp på teammöten där brister som bristfällig eller avsaknad av dokumentation fångas upp.</p> <p>Verksamheten har tagit fram hjälptext med vanligt förekommande fraser och uttryck för att underlätta dokumentationen för medarbetarna.</p>

Självbestämmande och integritet


Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Skydds- och begränsningsåtgärder diskuteras återkommande på team- och HSL möten samt kvalitetsråd.</p> <p>Inför avtalsuppföljningen har verksamheterna fått granska fem journaler där skyddsåtgärder förekommer. Därefter har verksamheten fått svara på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Granskningen visar att dokumentationen innehåller information om beslut om skyddsåtgärder och vilka andra åtgärder som provats utan resultat. Däremot saknas det information om</p>

Delområde	Kommentar
	<p>riskbedömning, vilka som medverkat i beslutet samt när beslutet ska omprövas/utvärderas. Ingen plan har omprövats/utvärderats. Information om åtgärderna dokumenteras delvis i den enskildes SoL- och HSL-journal. Under 2023 kommer medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder.</p> <p>Ca. 45 medarbetare har under 2022 deltagit i den webbaserade utbildningen i Hörssel som Solna stad har erbjudit. Talenheterna används främst under dagtid. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp.</p> <p>Boråd har erbjudits en gång under 2022. Enligt befintlig verksamhetsplan ska boråd erbjudas tre gånger per år. Verksamheten behöver säkerställa att omfattningen anses vara tillräcklig för att de boende ska känna sig delaktiga i frågor som berör dem. De boende som deltog i samtal önskar få fler borådsmöten och tydligare återkoppling på vidtagna åtgärder.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 44 % att de får påverka vid vilka tider de får hjälp, vilket är en minskning med 20 procentenheter sedan 2020.</p> <p>Information om tillfälliga förändringar ges generellt inte på demensavdelningarna då man är orolig att informationen kan skapa oro i onödan.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>De boende informeras om möjligheten att byta kontaktman. Vid kontaktmannens frånvaro informeras de boende om vilka som tjänstgör. Enhetschefen påminner och följer upp att detta har gjorts. Under våren 2022 stängdes an avdelning på Skoga och några boende behövde flyttas till en annan avdelning. Flytten har inneburit att vissa boende har fått byta kontaktman, vilket har orsakat ett visst missnöje.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Informationsbrev med information om aktiviteter samt förändringar i verksamheten skickas till anhöriga och anslås på avdelningarna med regelbundenhet.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 42 % att de får information om tillfälliga förändringar vilket är en ökning med nio procentenheter.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Boende var generellt nöjda med personalens bemötande. Bemötande finns som en stående punkt på alla APT. Det finns naturligt med i alla led på Skoga så som rapporteringar, uppföljningar, team-möten. Värdegrund diskuteras månadsvis på reflektionsstunden samt på kvalitetsråd där våra kvalitetsledare medverkar.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 87 % av de boende nöjda med personalens bemötande (93 % 2021).</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	<p>Medarbetarna (kvalitetsledarna) har ansvar för måltidsobservation på andra avdelningar än sina egna. Detta har varit ett uppskattat och lärorikt sätt att utveckla måltidssituationen. Under pandemin har ingen strukturerad observation gjorts och därför genomförs nu extra observationer på demensavdelningarna. På de övriga avdelningarna görs observationer två gånger per år. Sammanställning av observationerna redovisas på kvalitetsrådet.</p> <p>Ledningen upplever att det är mindre klagomål när det gäller matens smak. De boendes synpunkter samlas in och tas senare upp på mötet med kökspersonalen. De boende tycker att matens smak har förbättrats. De berättade att det tidigare har funnits matråd med kökschef men detta har tagits bort och att synpunkter ska framföras till personalen men inte kökspersonalen. Det händer att den mat som man har beställt inte serveras och information om ändringen ges inte i förväg. Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituationen på en avdelning med demensinriktning.</p> <p>Sex boende åt i matsalen placerade vid tre olika bord. Fyra boende behövde hjälp med maten. Två undersköterskor och en personal från Arbetsförmedlingen arbetade under måltiden. En personal serverade maten. I samband med serveringen presenterades maten. Flera sorters dryck fanns att välja mellan. Bemötandet var vänligt.</p> <p>Bland förbättringsförslag kan följande nämnas: Samtal för att skapa en trivsamt måltidssituation förekom inte i någon större utsträckning och personal åt inte i pedagogiskt syfte. Dukning var torftig och</p>

Delområde	Kommentar
	<p>underlägg saknades vilket gjorde att tallriken gled på bordet. Det förekom språk som inte var lämpligt för vuxna. Två medarbetare pratade annat språk än svenska sinsemellan om än korta fraser. Matningstakten var inte anpassad.</p> <p>Två medarbetare hjälpte till med maten. En hjälpte två boende samtidigt. En fick ett samtal och lämnade bordet för att ta samtalet.</p> <p>Flera boende satt framåtlutad dvs en sittställning som inte var optimal vid födointag. En av medarbetarna uppmärksammade detta och rättade till ställningen medan de andra inte reflekterade över det eller gjorde det på ett mindre lämpligt sätt.</p> <p>Munskydd användes inte rätt och stundvis saknades.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 är 48 % nöjda med matens smak (69 % 2020) och 52 % tycker att måltiderna är trevliga stunder på dagen (83 % 2022).</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Aktivitetsansvarig tar fram ett veckoschema för gemensamma aktiviteter. Det erbjuds även aktiviteter på avdelningar som medarbetarna håller i. Bland gemensamma aktiviteter kan pubafton och allsång nämnas. Aktivitetsombud planerar kommande veckans aktiviteter tillsammans med de boende på varje avdelning.</p> <p>Verksamheten har fortsatt arbetet med att uppmärksamma och avhjälpa den besvärande ensamheten. Frågan om ensamhet ställs kort efter inflyttning och vidtagna åtgärder följs upp på teammöten.</p> <p>Egenkontroll av aktiviteter görs i samband med granskning av dokumentationen. Ett stort antal medarbetare har gått i utbildning i taktmassage.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 56% av de boende nöjda med aktiviteterna (63% 2020) och 52 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (53% 2020). 29% anger att de inte besväras av ensamhet vilket är en ökning med tre procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>Verksamheten har införskaffat digitala terapidjur samt sinnesstolar med stöd av stimulansmedel. Dessa används flitigt av de boende.</p> <p>De boende var nöjda med de aktiviteter som erbjuds på våningarna. Det framfördes önskemål om att Skoga på ett systematiserat sätt ska uppmuntra de boende att utifrån förmåga och intresse bidra till en meningsfull dag. De boende önskar att få vara mer delaktiga i trädgårdsarbetet.</p> <p>De upplever att personal inte erbjuder utevistelse utan har promenadgrupper som man får anmäla sig till. De tycker att tiden för promenad ska ändras och läggas senare på dagen så att så många som möjligt kan vara med.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Hot och våld</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för våld och hot som innefattar: hot och våld mellan brukare, från utomstående, i nära relation och där personal är inblandade. Rutinen behöver förankras hos medarbetarna.</p>
<p>Larm</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Larmens kvalitet kontrolleras en dag i veckan. En gång i månaden görs en sammanställning över inkomna larm och den tid det har tagit att svara på larmet. En boende tar upp att det händer att hen larmar men att personalen inte svarar på larmet. Hen väljer numera att ringa till avdelningen för att få hjälp. Någon förklaring till varför det dröjer har hon inte fått. En annan boende berättade att personal kommer in och frågar om hen har larmat fast hen inte har gjort det.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 59% att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov, vilket är en minskning med 23 procentenheter jämfört med tidigare år. Upplevelse av trygghet har sjunkit från 63% (2020) till 56% 2022. Enligt ledningen kan en trolig orsak till minskningen vara att under januari-mars stängdes en avdelning och de boende flyttade till andra avdelningar och därmed fick man nya kontaktpersoner som kan ha lett till att upplevd trygghet har minskat.</p> <p>De boende känner sig trygga på boendet främst med anledning av att inga obehöriga kan ta sig in. Kontaktpersoner är också avgörande för upplevelse av trygghet.</p> <p>De boende hade funderingar kring vad som händer om det börjar brinna i byggnaden.</p>

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

TRYGGHETEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	9

Inledning

Verksamheten på Trygghetens vård- och omsorgsboende drivs sedan 1 mars 2019 av Ansvar och Omsorg Temabo AB. Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Tryggheten har 31 lägenheter uppdelade på två enheter där varje enhet har 15 respektive 16 lägenheter. Enheterna ligger på samma plan. Verksamheten på Tryggheten har inriktningen omvårdnadsboende.

Avtalsuppföljningen har under 2022 bestått av fem delar som genomfördes vid fem olika tillfällen. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbete med utvecklingsområden.

Som metod har kvalitetsutvecklare använt sig av enkäter, intervjuer samt observationer. Uppföljning har skett inom följande områden: verksamhetens utvecklingsplan för 2022, verksamhetens arbete för att minska ensamhet, verksamhetens åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningen 2022, tillämpning av skyddsåtgärder samt strategiskt arbete för att kompetensutveckla medarbetarna. Observation av måltidssituation samt granskning av journaler har genomförts. Anbudsfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Utöver dessa har tilldelade stimulansmedel för att minska den besvärande ensamheten följts upp för att säkerställa att medlen använts i enlighet med verksamhetens ansökan.

Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, 10 boende och fyra medarbetare intervjuats.

Verksamhetschefen har tagit del av rapporten och fått möjlighet att rätta till eventuella faktafel.

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning den 21 mars 2023. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden ska fortgå under 2023.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har pga. chefsbyte arbetat delvis med utvecklingsplanerna. Under 2022 har verksamheten arbetat aktivt med att förbättra de boendes delaktighet och aktiviteterna.

Verksamheten behöver fortsätta arbeta med att förbättra den sociala dokumentationen samt öka medarbetarnas engagemang i verksamhetsutvecklingen.

Enligt brukarundersökningen 2022 är 92 % av de boende nöjda med personalens bemötande och 82 % upplever att möjligheten att komma ut är bra.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
SBA	Brandskyddspolicy
	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Byggnads- och verksamhetsbeskrivning
	Brandskyddsbeskrivning
	Kontrollsystem
	Brandskyddsregler
	Tillbudsrapportering och uppföljning
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av delområden

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven







Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

Status	Utvecklingsområden
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Företagsledningen ska säkerställa att verksamheten har stöd och förutsättningar för driften av verksamheten.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver skapa forum och upprätthålla nödvändiga möten för att främja verksamhetsutvecklingen.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis



Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver följa upp introduktion av nya medarbetare på ett strukturerat sätt.
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver komma igång med rekrytering av tjänster och under rekrytering se till att kompetensen finns tillgänglig i verksamheten
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver utveckla arbetssätt för att erbjuden utbildning kan omsättas i praktik.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ta fram en generell plan för att uppmuntra medarbetarna till vidareutbildning.
 Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan på hur anbudslöften gällande kompetensutveckling kan genomföras, t.ex. diplomering av kontaktman, tillgång till kvalitetshandledare samt införande av kompetenstrappan
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Enligt anbud ska det finnas Kvalitetshandledare med särskilt ansvar för handledning i verksamheten.

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis





Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver öka samarbetet mellan dag- och nattpersonalen i syfte att skapa en individanpassad vård och omsorg för den enskilde.
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: SBAR vid överrapportering mellan samtliga yrkeskategorier ska införas enligt anbud.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att utvecklingsplanen används som underlag för förbättring av verksamheten.
 Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Företaget ska säkerställa att verksamheten får det stöd de behöver för att bedriva en god vård och omsorg. Vidare behöver interna revisioner göras årligen.
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att ombuden har tillräckligt med kunskap för sitt uppdrag samt ges möjlighet att kunna delta i verksamhetsutvecklingen.
 Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att varje medarbetare har god kännedom om vad SoL-avvikelse är och hur det ska rapporteras

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Det tvärprofessionella samarbetet behöver utvecklas.

Social dokumentation

2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven

Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

Status	Utvecklingsområden
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Den enskildes delaktighet och på vilket sätt ska förtydligas i genomförandeplanen.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Dokumentation om händelse av vikt behöver utvecklas, följas upp och utvärderas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver skapa förutsättning för att medarbetarna kan snarast möjligt börja dokumentera.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Dokumentation enligt IBIC ska införas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska se till att medarbetarna lär sig det nya dokumentationssystemet. Under tiden ska dokumentation ske på annat sätt.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att kvalitetsdeklarationen delges de boende.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska ta fram en rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver informera de boende vad en kontaktperson kan förväntas göra.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Viktig information om verksamheten ska delges de boende.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att omvårdnaden är individanpassad.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Verksamheten behöver förtydliga de processer som leder till ökad delaktighet för de äldre. (delaktighetsgaranti enligt anbud)
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: kontaktmans ansvar och kompetens försäkras genom att diplomera kontaktmän steg 1 & 2.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: verktyg och hjälpmedel för att främja kommunikation och öka tillgänglighet behöver användas enligt anbud.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Konceptet Matglädje ska implementeras i verksamheten.

Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla ett arbetssätt för att uppmärksamma tecken på besvärande ensamhet hos den enskilde och vidta åtgärder för att minska upplevelsen av besvärande ensamhet.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska erbjuda två timmars egentid i veckan, utse en aktivitetsansvarig under helger och arbeta för att ha senior eller ungdomar under helger.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven




Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden. Rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll



- 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  2. Delvis godkänd	Verksamheten har sedan i maj 2022 en årsplanering med tydlig agenda för alla möten. Anteckningar från möten skrivs och är tillgängliga på intranätet. En omvårdnadspersonal från varje avdelning deltar i möten som berör deras ansvarsområde. Tanken är att den som deltar ansvarar för att sprida informationen vidare. Verksamhetschefen upplever att det finns behov av att se över vilka som ska delta eftersom informationsöverföringen inte fungerar optimalt. Ombudsmöten har inte skett regelbundet under 2022. Medarbetarna som arbetar natt har ett möte per termin med verksamhetschefen. De bjuds in till arbetsplatsträff men deltagandet är lågt. Verksamhetschefen träffar natten en till två gånger i veckan.
Verksamhetens organisation och ledning  1. Ej godkänd	Verksamhetens ledningsgrupp består av verksamhetschef, samordnare, paramedicinare och sjuksköterska och äger rum en gång i månaden. Nuvarande verksamhetschef tillträdde sin tjänst i maj 2022. Verksamhetschefen upplever att överlämningen inte varit optimal och information om avtal och anbud har varit knapphändig. Ansvar för olika yrkeskategorier inklusive ledningsgruppen har förtydligats och följs delvis upp. Verksamhetschefen som ansvarar för Berga vård- och omsorgsboende täcker upp i verksamheten vid ordinarie chefs frånvaro. Det finns en chefsjour i företaget som medarbetarna kan kontakta vid oförutsedda händelser. Ledningen upplever att stödet från huvudkontoret har saknats under större delen av året. Ingen internrevision/ egenkontroll har genomförts under 2022. Information om förändringar i organisationen har varit bristfällig och stödfunktioner såsom kvalitetsutvecklare, HR och IT avdelning har saknats under året som varit.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, att driva verksamheten. Nuvarande föreståndaren är anmäld och har godkänts av IVO.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en checklista som används vid introduktion. Verksamheten har fyra medarbetare som har gått handledarutbildning steg 1 och de ansvarar för introduktion av nya medarbetare. Verksamhetschefen har uppföljningssamtal en månad efter påbörjad anställning. Uppföljningen behöver struktureras, det saknas datum för uppföljning och vad som ska följas upp på checklistan. Tryggheten har låg personalomsättning och det har inte varit aktuellt med introduktion av nya medarbetare. Enligt anbud ska det finnas Kvalitetshandledare med särskilt ansvar för handledning i verksamheten. Kvalitetshandledare finns inte idag i verksamheten.
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	85 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning (100 % 2021) men ingen har i dagsläget specialistundersköterskekompetens. Verksamhetens strategiska arbete för att utveckla medarbetarnas kompetens har ingått i årets avtalsuppföljning. Uppföljningen görs främst i syfte att föra en dialog kring utmaningar och förutsättningar som finns i verksamheten för att arbeta med kompetensutveckling på individ och verksamhetsnivå. Verksamheterna har fått svara på en enkät med frågor utifrån omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorg". Enkätsvaret har presenterats och diskuterats med ledningsgruppen i samband med uppföljningsbesöket. Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, egenkontroll, granskning av dokumentation samt medarbetarsamtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven. Den individuella kompetensutvecklingsplanen följs upp två gånger per år. Verksamheten upplever bristande språkkompetens och låg motivationsgrad hos medarbetarna som utmaning. Medarbetare som deltog i samtal önskade utbildning i dokumentation, puls och blodtryck och diabetes. Medarbetarna kände inte till att det finns ett kliniskt träningscentrum i Solna.

Delområde	Kommentar
	<p>All personal har under Jan - feb 2022 gått utbildning i personcentrerad vård på arbetsplatsen. Utbildningen har inte följts upp och de förbättringsförslag som togs fram har med anledning av chefsbyte inte arbetats vidare med.</p> <p>Solna stads webbaserade utbildning i Lågaffektivt bemötande och Hörsel har erbjudits i grupp och kombinerats med workshops och frågestund för bättre effekt. Tryggheten deltar i hörselprojektet som Solna stad bedriver i syfte att ta fram arbetssätt för att förbättra hörselvården för de boende.</p> <p>För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen som är en stående punkt på agendan.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds nätverksträffar. Teammöten med nuvarande upplägg är mer än ett informationsforum än lärande, enligt medarbetarna.</p> <p>En del av utbildningar kan erbjudas internt av kompetenta medarbetare. Detta förutsätter hög kontinuitet bland nyckelpersonerna. Under 2022 har både dietist och hälsopedagog avslutat sina tjänster vilket har gjort att utvecklingsarbetet inte har fortloppet enligt plan. Verksamheten kommer att göra studiebesök i en annan verksamhet för att få inspiration kring organisering av interna utbildningar.</p> <p>Verksamheten behöver utveckla förutsättningarna för att medarbetarna ska lära av varandra på jobbet. Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används inte.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas specialistutbildad sjuksköterska i verksamheten, all personal ska vara diplomerade kontaktmän samt att utbildning erbjuds inom olika nivåer; kunna, driva och leda. Dessa löften har inte infriats. Två medarbetare kommer att gå språkombudsutbildning under 2023.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Bemanningen har räknats utifrån antal belagda platser dvs 26 boende. Verksamheten har en minimibemanning som lever upp till avtalet. Under den veckan har flera tjänster såsom HSL personal, dietist, kurator, hälsocoach och profilledare antingen varit sjuka eller haft semester. Dessa hade inte ersatts.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rekryterat tre nya medarbetare under 2023, samtliga har arbetat länge i verksamheten och då varit timanställda. Verksamheten har god tillgång till vikarier. Verksamheten delar flera tjänster med en annan verksamhet inom koncernen, såsom kurator, hälsocoach och dietist. Dietist och hälsocoach har slutat men rekryteringen påbörjades inte i tid och tjänsterna är vakanta vid uppföljningstillfället. Verksamheten har inte redovisat en plan för hur dessa kompetenser ska finnas tillgängliga under rekryteringsprocessen.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har tagit emot 10 elever/studerande under 2022. Rutin för extern samverkan finns. Rutinen omfattar samverkan med överförmyndarenheten och biståndsenheten.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamhetens överrapportering mellan olika yrkeskategorier vid skiftbyte sker enligt rutin och utifrån samtal med medarbetarna finns tillräcklig tid avsatt i schemat.</p> <p>Hälso- och sjukvårdspersonal överrapporterar enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation). Medarbetare som deltog i samtal kände inte till SBAR. Enligt verksamhetschefen har alla gått utbildning i SBAR våren 2022 men den tillämpas inte.</p> <p>Medarbetarna berättar att omvårdnadspersonal inte har fått inbjudan till kvalitetsrådet där avvikelser diskuteras. Nattpersonalen deltar delvis i nätverksträffen.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har 19 olika ombudsroller såsom kost, aktivitet, anhörig, larm och brand, hygien, dokumentation, BPSD, palliativ, inkontinens, arbetsplats, kvalitet, språk, hörsel samt informationsombud.</p> <p>Ombuden har valts ut i första hand utifrån medarbetarnas intresse men det saknas</p>

Delområde	Kommentar
	ansvarsbeskrivning för vissa ombudsroller. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att de behöver mer kunskap i sina respektive ombudsområden och önskade tydlig beskrivning över vad rollen innebar för ansvar. Under 2022 har kostombud och palliativa ombud har regelbundna träffar. Medarbetarna hade fått information om brukarundersökningens resultat 2022 däremot var de tveksamma till att ha tagit del av uppföljningsrapporten. Medarbetarna önskar att få vara delaktiga i de beslut som tas och önskar en mer utvecklad samverkan istället för att bli "tillsagd". Medarbetarundersökningen visar på 90 % nöjda medarbetare.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten lyfter vikten av att rapportera klagomål och avvikelser på arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal. Inkomna avvikelserrapporter diskuteras på kvalitetsråd som hålls en gång i månaden. Sjuksköterska, två omvårdnadspersonal och rehabiliteringspersonal deltar i rådet. De flesta avvikelser handlar om fall och läkemedel. Medarbetarna upplever att de inte alltid får återkoppling på vidtagna åtgärder. Information om allvarliga avvikelser delges på arbetsplatsträffen. Avvikelser skrivs inte utan framförs ofta muntligt. Den som tar emot rapporten hjälper till att registrera rapporten i verksamhetssystemet. Personalen upplever att de har lättare att prata med varandra om avvikande händelser och att antal rapporteringar har ökat. Medarbetare uppger dock att de inte alltid skriver avvikelser trots att de är medvetna om vikten av att göra det. Det har inte varit något klagomål från anhöriga senaste månaderna. Få klagomål om bemötande som man har hanterat. Verksamhetschefen följer upp och gör egenkontroll att inkomna klagomål har noterats i systemet och tas upp på kvalitetsrådet. Läkemedel och fallavvikelser registreras i verksamhetssystemet men övriga avvikelser sparas i en pärm. Hantering och administrering av avvikelser behöver förbättras, enligt verksamhetschefen. Under 2022 har en händelse rapporterats enligt lex Sarah i verksamheten.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Intern revision har inte genomförts under 2022. Företagets kvalitetsavdelning har inte bjudit in till månatliga möten med verksamhetschefer i enlighet med anbudet. Det har gjorts lokala egenkontroller inom den fysiska arbetsmiljön, bemanningen och larm. Riskanalys har gjorts inom en rad områden såsom brist på personal, bemanning, värme, strömavbrott, covid-19. Det har genomförts en kundundersökning under november 2022. Frågorna påminner om dem som är i brukarundersökningen. Resultatet i samtliga områden utom utevistelse var betydligt bättre vid den egna undersökningen jämfört med brukarundersökningen. Rutiner finns i gemensamma mappen som all personal har tillgång till. Genomgång av rutiner sker på arbetsplatsträffar enligt ett fastställt årshjul. Medarbetarna får information om nya rutiner muntligt och skriftligt via veckobrevet. Rutiner som är viktiga att alla känner till sätts upp på anslagstavlan i expeditionen.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har bytt dokumentationssystem från Safe doc till Epsilon. Det nya systemet är uppbyggt enligt IBIC, Individens Behov I Centrum. Enligt medarbetarna har de inte fått tillräckligt med utbildning för att kunna dokumentera i systemet. De skriver inte lika ofta och det händer att man antecknar under fel rubrik. Verksamhetens två dokumentationsstödjare har fått fördjupad utbildning men har inte hunnit med att utbilda alla i den omfattning som behövs. Nattpersonal medverkar i upprättande av genomförandeplan men de skriver inte i systemet då de ännu inte har gått på utbildningen. Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Den enskildes kommunikativa förmåga, behov av kommunikativa hjälpmedel samt på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande av planen framgick delvis av genomförandeplanerna.
Social journal ■ 1. Ej godkänd	Det fanns få anteckningar att läsa. Anteckningar om händelser av vikt förekom men vidtagna åtgärder samt uppföljning av åtgärder behöver förbättras. Journalanteckningar skrevs under fel rubrik, anteckningar som hör till genomförandeplan fanns under löpande anteckningar och vice versa.


Delområde	Kommentar
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har två dokumentationsstödjare. Verksamheten införde ett nytt dokumentationssystem hösten 2022 som inte är fullt implementerad i verksamheten. Lathunden har varit omfattande och svårhanterlig och behöver ses över så att den kan användas som stöd. Varje månad kontrollerar verksamhetschefen tio sociala journaler. Kontrollen görs utifrån innehåll och om någon annan skulle kunna utföra insatser utifrån det som har skrivits. Resultatet återkopplas till personal.

Självbestämmande och integritet


Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Inför avtalsuppföljningen har verksamheten granskat fem journaler där skyddsåtgärder förekommer och svarat på frågor för att kartlägga hur skyddsåtgärder sätts in och följs upp. Information om beslut om skyddsåtgärd, vilka åtgärder som provats utan resultat, riskbedömningar samt vilka som medverkat i beslutet och när beslutet ska omprövas/utvärderas fanns i de granskade journalerna. Samtliga har omprövats/utvärderats och information om åtgärderna fanns både i den enskildes sociala journal. Under 2023 kommer medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder. Tryggheten har deltagit i ett projekt för att förbättra kunskapen kring hörsel och hörapparater bland medarbetarna. Samtliga medarbetare har genomgått utbildningen och arbetssättet för att identifiera och avhjälpa hörselnedsättning är under framtagande. Boråd hålls en gång i månaden där samtliga boende är inbjudna. Verksamhetschef, dietist, aktivitetscoacher och kocken deltar. Verksamhetschef frågar ofta de boende om deras synpunkter. De boende önskade mer information om vad de har rätt till, t.ex. undrade de om man kunde begära att få duscha två gånger i veckan. En berättade att hon hade fått gå via biståndshandläggare för att få igenom sin vilja. Den andra hade inte "vågat" fråga om det. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 50 % att de får påverka vid vilka tider de får hjälp (60 % år 2020). Enligt anbud ska de äldre garanteras delaktighet i vardag vilket innebär att alla medarbetare ska involvera den enskildes godkännande till allt som erbjuds av medarbetare. Verksamheten behöver förtydliga de processer som leder till ökad delaktighet för de äldre. Vidare ska verksamheten med stöd av digitaliseringens möjligheter kvalitetssäkra insatserna för de boende nattetid via sensorer, nattkameror och olika typer av mobila enheter. Dessa har inte genomförts då Tryggheten saknar WIFI i boendelägenheterna.
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har förtydligats kontaktmannens roll och uppdrag. Alla boende har tilldelats en kontaktman och en vice kontaktman. De boende känner till att man kan byta kontaktman vid missnöje, däremot känner boende inte till kvalitetsdeklarationen. De visste inte heller vad de kan förvänta sig av en kontaktperson. Enligt anbud ska kontaktmannens ansvar och kompetens försäkras genom att diplomera kontaktmän steg 1 & 2. Steg II utbildning har tagits fram men ingen har hunnit gå på den vid uppföljningstillfället. Tanken är att alla medarbetare gör steg 1 och 2 samtidigt. Beskrivning av rollen som kontaktman har förtydligats.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Information om verksamheten skickas ut månatligen till anhöriga men inte till de som bor i verksamheten. Verksamheten saknar en lokal rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges. Enligt anbud ska flera åtgärder vidtas för ökad tillgänglighet och trygghet. Enligt anbud ska det erbjudas elektronisk kalender med markerad dag och natt, andra assisterande eller kompenserande tekniska hjälpmedel vid nedsatt syn. Dessa finns inte i verksamheten idag trots att behov av synhjälpmedel finns. Enligt brukarundersökningen 2022 upplever 42 % att de får information om tillfälliga förändringar. (33 % år 2020).

Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande	Verksamheten har en pågående webbaserad utbildning i Lågaffektivt bemötande. Värdegrund tas upp på avdelningsmöte, arbetsplatsträffar eller

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	<p>fredagsfiket.</p> <p>Enligt brukarundersökningen 2022 tycker 92 % att de får bra bemötande från personalen. Resultat för år 2020 var 80 % och i den interna undersökningen var resultatet 100 % nöjda. Boende som intervjuades var nöjda med personalens bemötande.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p>  3. Godkänd	<p>En gång i månaden bjuds boende in till möte där bland annat matfrågor tas upp. Det finns dietist i verksamheten som ansvarar för att utveckla måltidssituationen. Måltidsobservationen görs och förbättringsområden tas upp med verkschefen och därefter görs en åtgärdsplan. Inkomna synpunkter på maten som har framförts till personalen samlas och vidarebefordras till huvudkontoret som har kontakt med matleverantören Dafgård.</p> <p>En av de förbättringsåtgärderna är att personalen ska vara med vid måltiderna och bidra till socialsamvaro. Detta följs upp och resultat återkopplas till medarbetarna. I samband med avtalsuppföljningen observerades måltidssituationen på en avdelning.</p> <p>Åtta boende åt vid två olika bord. Maten presenterades för de boende. Förkläde användes vid servering. Personalens bemötande var professionellt. De boende tyckte att matens smak har blivit bättre, maten är varm när den serveras och att personalen bidrar till en trevlig måltidsmiljö. Vidare berättade de att det inte är så stor skillnad mellan helg- och vardagsmat, det är bra mat alla dagar i veckan. Under helger är dukningen trevligare och det serveras öl eller vin till maten. Menyn stämmer för det mesta men vid förändringar delges inte information i förväg utan när de väl har satt sig till bords. Kvällsmål erbjuds om man frågar efter det. De som bor i verksamheten önskade mer grönsaker.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 tycker 50 % av de boende att maten smakar bra (53 % år 2020 och 50 % vid den interna undersökningen) och 58 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (33 % år 2020).</p> <p>Enligt anbud ska konceptet Matglädje implementeras i verksamheten. Detta har inte genomförts och kostombuden har inte fått utbildning i näringslära.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p>  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har två profilledare som planerar och håller i aktiviteterna. Boendes önskemål och synpunkter på aktiviteterna fångas upp på boråd som hålls en gång i månaden. Det veckovisa aktivitetsschemat är anpassat efter de boendes önskemål, där aktiviteterna består av önskemusik, promenad i grupp eller individuellt, sittgymnastik, handgymnastik, korsord, högläsning, bowling, utflykt, biobesök med mera.</p> <p>De boende kan efter förmåga hålla i vissa aktiviteter själva såsom sittgymnastiken och korsord. De boende som inte vill/kan delta i de gemensamma aktiviteterna erbjuds enskild aktivitet. Plan för helgaktiviteter finns. Aktiviteter ska erbjudas under helger men utfallet visar att utfallet beror på vilka personal som arbetar.</p> <p>I anbudet har Temabo beskrivit att ungdomar och helgseniorer ska finnas i verksamheten för att hjälpa till med aktiviteter samt att två timmar egentid i veckan ska erbjudas. Vidare ska de två profilledare inneha särskild kompetens inom djur och natur för att arbeta i verksamheten, verksamheten behöver utse en aktivitetsansvarig under helger för att uppfylla anbudet vilket inte är fullgjort.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 är 70 % av de boende nöjda med aktiviteterna (54 % år 2020 och i den interna undersökningen 82 %) och 82 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (50 % år 2020 och i den interna undersökningen 79 %). 33 % anger att de inte besväras av ensamhet vilket är oförändrat sedan förra mätningen 2020.</p> <p>Under 2022 har uppföljningsenkäter för att redogöra tillämpade arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten inte lämnats in till förvaltningen. Aktivitetsansvarig erbjuder den som inte deltar i gemensamma aktiviteter individuella aktiviteter i form av samtal eller promenader.</p> <p>Omvårdnadsförvaltningen har köpt in och delat ut åkpåsar till verksamheten i syfte att underlätta utevistelsen för de boende. Åkpåsar används flitigt. Verksamheten har sökt stimulansmedel för att skapa en temahörna (Gotland eller regnskog) i verksamheten. Projektorduk och stor skärm har köpts in men ännu inte</p>

Delområde	Kommentar
	installerats.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har larmadministratör finns dygnet runt. Det har införts nya rutiner som tydliggör hur inkommet larm ska besvaras. Egenkontroll av larmsvaren görs systematiskt bland annat genom att man provlarmar för att mäta svarstiden.</p> <p>För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen under 2019 köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmet, vilket innebär att den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp. Enligt de boende finns talenheterna i rummet men de används inte för att komma i kontakt med personal.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2022 upplever 62 % att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov (60 % år 2020). 83 % känner sig trygga på boendet (73 % år 2020).</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar												
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 90												
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> <th>AVISERINGSDATUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>feb-23</td> <td>20 027 135</td> <td>2023-03-08</td> </tr> <tr> <td>jan-23</td> <td>20 664 522</td> <td>2023-02-08</td> </tr> <tr> <td>dec-22</td> <td>18 897 873</td> <td>2023-01-11</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM	feb-23	20 027 135	2023-03-08	jan-23	20 664 522	2023-02-08	dec-22	18 897 873	2023-01-11
PERIOD	BELOPP (SEK)	AVISERINGSDATUM											
feb-23	20 027 135	2023-03-08											
jan-23	20 664 522	2023-02-08											
dec-22	18 897 873	2023-01-11											



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-04-21
ON/2023:55

Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet, SAM, 2022 Omvårdnadsförvaltningen

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av redovisad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) 2022 på omvårdnadsförvaltningen.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet avseende år 2022.

Arbetsgivaren ska, enligt arbetsmiljölagen (AML) och arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär i stora drag att arbetsgivaren systematiskt ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön minst uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Syftet med det systematiska arbetsmiljöarbetet är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att även i övrigt, ur ett vidare perspektiv, uppnå en tillfredsställande och god arbetsmiljö. Enligt arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ska arbetsgivaren minst en gång varje år göra en uppföljning av hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar. Om det inte fungerat bra ska det förbättras. Uppföljning samt förbättringsområden ska dokumenteras.

Veronica Hässelborg
T.f. Förvaltningschef

Maria From
HR-strateg



Inledning

Arbetsgivaren ska, enligt arbetsmiljölagen (AML) och arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär i stora drag att arbetsgivaren systematiskt ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön minst uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Syftet med det systematiska arbetsmiljöarbetet är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att även i övrigt, ur ett vidare perspektiv, uppnå en tillfredsställande och god arbetsmiljö. Enligt arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ska arbetsgivaren minst en gång varje år göra en uppföljning av hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar. Om det inte fungerat bra ska det förbättras. Uppföljning samt förbättringsområden ska dokumenteras.

I syfte att effektivisera uppföljningsprocessen, säkerställa uppgiftslämnandet samt på ett tydligare sätt integrera uppföljningen i samverkan med de fackliga organisationerna genomförs den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet i staden med stadsövergripande samordning. Varje förvaltning tar fram en handlingsplan över förbättringsområden partsgemensamt i förvaltningens arbetsmiljökommitté/FAMK. Stadens FAMK:ar lämnar därefter sina respektive svar till den centrala arbetsmiljökommittén/CAMK. Resultaten från FAMK:arna ligger till grund för den stadsövergripande sammanställningen av "Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet i Solna stad".

De frågor, ca 15 stycken, som ställs i uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet är direkt kopplade till arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) som anger de detaljerade kraven **hur** arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Uppföljningen består även av frågor om utvecklingsåtgärder för att förbättra sättet att bedriva det systematiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen.

Kravet på att arbeta systematiskt och hållbart med arbetsmiljön i verksamheten lyfts även fram i föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:14) där det särskilt betonas att den sociala och organisatoriska arbetsmiljön ska vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Resultatsammanfattning av den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet 2022 på omvårdnadsförvaltningen

Det sammanfattande resultatet av uppföljningen av omvårdnadsförvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete visar att det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår som en naturlig del i det dagliga arbetet. Kunskap, engagemang, dialoger och struktur finns utarbetat inom verksamheterna för att arbeta systematiskt med arbetsmiljöfrågor. Planering och forum finns för när olika frågor och processer tas upp under kalenderåret vilket utgör en grund för att arbetstagarna och skyddsombuden ges möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet.



I syfte att säkerställa Omvårdnadsförvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete under 2022, har följande åtgärder genomförts:

Omvårdnadsförvaltningen har säkerhetsställt det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att kontinuerligt utreda och åtgärda risker genom skyddsronder i samband med FAMK samt brandskyddsronder. Kontinuitetsplanerna ses regelbundet över i samverkan med stadens säkerhetschef. Inom verksamheterna skapas struktur och framförhållning genom den årliga planeringen/kalendariet för när olika arbetsmiljöfrågor och processer ska hanteras operativt och strategiskt. Berörda forum och grupper involveras och bjuds in att medverka. Planeringen berör bland annat medarbetar- och lönesamtal samt skyddsronders genomförande, datum för LAMK:ar/lokala arbetsmiljökommittéer samt FAMK:ens (förvaltningens arbetsmiljökommitté) genomförande för övergripande frågeställningar. Arbetsmiljön undersöks regelbundet genom riskbedömningar och skyddsronder. Riskbedömningar genomförs löpande vid förändringar i verksamheten i samverkan med fackliga parter/skyddsombud och utgör grund för handlingsplaner, åtgärder och beslut. Riskbedömningar är också väl inarbetat för medarbetare i arbetet i relation till brukare/kunder.

På förvaltningens Ledarforum följs olika processer och frågeställningar upp som berör aktuella verksamhets- och arbetsmiljöfrågor. Diskussioner förs, lärande skapas och processer förankras.

Ledarskapsutbildning, där deltagarna diskuterar rollen ledare och ledarskap i förändringsarbete, har pågått under hösten 2022.

Den årliga medarbetareundersökningen har genomförts enligt plan. Under 2022 genomfördes HME (Hållbart medarbetarengagemang) med 9 frågor som rör styrning, ledarskap och motivation. Omvårdnadsförvaltningen hade en hög svarsfrekvens och ett tillförlitligt resultat som visar på en god arbetsmiljö på övergripande nivå.

Under hösten 2022 genomfördes även en enkätundersökning för att följa upp hur medarbetare och chefer i staden upplever att det fungerar att arbeta och leda på distans. Syftet var även att följa upp anvisningen för distansarbete. Deltog i undersökningen gjorde anställda som i någon omfattning arbetar på distans eller chefer som leder på distans, vilket omfattade 61 personer på Omvårdnadsförvaltningen. Omvårdnadsförvaltningens resultat visar på förbättringsområden gällande återhämtning, ergonomi, social samvaro och chefers upplevda möjlighet att utvärdera arbetsinsats vid distansarbete.

Projektet för hållbar arbetshälsa med fokus på genomgång av förvaltningens sjukfrånvaro pågick till 31 maj 2022 där resurs tillfördes för att stödja verksamheterna med fokus på långtidssjukfrånvaro och rehabilitering.

Utbildningsutbudet i Kompetensportalen har utökats under året. Omvårdnadsförvaltningens medarbetare har nu tillgång till digitala utbildningar i KIA (kommunernas informationssystem om arbetsmiljö) och grundläggande arbetsmiljöutbildning för chefer och skyddsombud.

Genom förvaltningens hälso- och aktivitetsombud får chefer och verksamhet stöd i det aktiva och främjande arbetsmiljöarbetet. Hälso- och aktivitetsombuden fokuserar på att vidareutveckla medarbetarnas hälsa och välbefinnande för att främja arbetsförmågan i en många gånger tung och



repetitiv fysisk arbetsmiljö samt en komplex kognitiv arbetsmiljö. En del i detta arbete handlar om att uppmana samtliga medarbetare att använda friskvårdspengen för träning/friskfaktorer.

Förslag till förbättringsåtgärder för 2023 utifrån resultatet av den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet 2022

- Sjukfrånvaron inom omvårdnadsförvaltningen under 2022 var 10,6%. Verksamheterna följer sjuktalen kontinuerligt, analyserar orsaker och arbetar systematiskt i enlighet med rehabiliteringsprocessen för en minskad sjukfrånvaro. Det förebyggande arbetet vidareutvecklas genom att arbetsätt med friskfaktorer introduceras i Omvårdnadsförvaltningen.
- Ett workshopmaterial om likabehandling och kränkande särbehandling togs fram på stadsövergripande nivå under 2022. Det förebyggande arbetet med stöd av materialet kommer att fortsätta i omvårdnadsförvaltningens verksamheter under året.
- Under året kommer staden att förse medarbetarna inom äldreomsorgen med arbetsskor. Omvårdnadsförvaltningen kommer att följa upp arbetsmiljöeffekter av initiativet.
- Fortsätta att utveckla lokal samverkan. Detta görs bland annat genom att införa LAMK (lokal arbetsmiljökommitté) för LSS verksamheterna för en tydlig lokal förankring i arbetsmiljöarbetet.
- Ytterligare stärka och stöda ledare inom förvaltningen i ledarrollen och i förändringsarbete genom fortsatt ledarskapsutbildning under våren 2023 samt inkludera ledarskap på distans i ledarutbildning.
- Information och arbetsmaterial om återhämtning görs tillgänglig för verksamheterna i Kompetensportalen.
- Introducera ny e-utbildning i ergonomi vid distansarbete för chefer och medarbetare inom omvårdnadsförvaltningen.