



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-04-08  
ON/2022:39

## Omvårdnadsnämndens delegationsordning 2022, revidering 2022-04-26

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden beslutar att revidera delegationsordningen i enlighet med förvaltningens förslag.

### Sammanfattning

Den senaste gången omvårdnadsnämndens delegationsordning reviderades var den 14 december 2021 § 95.

Omvårdnadsförvaltningen har denna gång reviderat delegationsordningen med anledning av att stadsledningsförvaltningen har upprättat stadsgemensamma delar som nu har införlivats i omvårdnadsnämndens delegationsordning.

Utöver detta har följande ändrats:

- En av delegaterna har ny befattning: biträdande avdelningschef LSS,
- I punkt 3 om överklaganden och yttranden har ny ärendegrupp lagts till,
- Ny punkt (nr 6), Kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning, har lagts till,
- Ny punkt (nr 9) om upphandling har lagts till med nya ärendegrupper,
- I punkt 11 om Dataskyddsförordningen, GDPR, har information och nya ärendegrupper lagts till,
- I punkt 12, om Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, lagts till som delegat och dessutom har ytterligare ärendegrupp lagts till,
- I punkt 14, Övrigt, har nya delegater och ny ärendegrupp lagts till.

Förslag till reviderad delegationsordning tillsammans med hanteringsordning för verkställighetsbeslut bifogas tjänsteskrivelsen.

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Catharina Almer Chipperfield  
Administrativ samordnare

# Omvårdnadsnämndens delegationsordning

Antagen av Omvårdnadsnämnden 2022-04-26



**Delegationsordning** – Delegationsordningen antas av respektive nämnd. Den reglerar vad en enskild ledamot, ett utskott eller en tjänsteman får besluta om i nämndens ställe.

ON/2022:39

Dokumenttyp	Giltighetstid	Beslutande organ	Antaget till följd av lag
Delegationsordning	Tills vidare	Omvårdnadsnämnden	Kommunallagen (2017:725)
Dokumentansvarig	Revisionsdatum	Uppföljning	Version
Förvaltningschef		Vid behov	2022-04-26

## Innehållsförteckning

1 Delegering av beslutanderätt – vem nämnden kan delegera till.....	4
2 Anmälan av delegeringsbeslut och vidaredelegering.....	4
3 Rätten att överklaga .....	4
4 Delegationsbegränsningar i kommunallagen.....	4
5 Hanteringsordning verkställighet.....	5
6 Lagstiftning .....	5
7 Ärenden gemensamma för samtliga nämnder .....	6
7.1 Ekonomi.....	6
7.2 Upphandling och inköp.....	6
8 Beslut som fattas utifrån av kommunstyrelsen antagna riktlinjer .....	7
8.1 Ekonomi .....	7
8.2 HR och lön.....	8
8.3 Resor.....	8
9 Delegationsordning för omvårdnadsnämnden.....	9
1. Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).....	9
2. Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) .....	10
3. Överklaganden och yttranden.....	11
4. Lagen om riksfärdtjänst.....	13
5. Lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.....	13
6. Kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning.....	14
Beslut om kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning.....	14
4 kap. 2§ SoL.....	14
Biträdande avdelningschef LSS .....	14
Avdelningschef för SoL .....	14
7. Avgifter.....	14
8. Livsmedelslagen .....	14
9. Upphandling.....	15
10. Personal.....	16
11. Dataskyddsförordningen, GDPR.....	16
12. Inspektionen för vård och omsorg, IVO.....	17
13. Konferenser, kurser och utbildningar.....	18
14. Övrigt .....	18

## 1 Delegering av beslutanderätt – vem nämnden kan delegera till

Med delegering avses att omvårdnadsnämnden överför beslutanderätt, det vill säga ger någon i uppdrag att fatta beslut på nämndens vägnar i specifika ärenden.

Av **6 kap. § 37** och **7 kap 5 §** kommunallagen (**KL**) följer att en nämnd får uppdra att fatta beslut på nämndens vägnar till:

- Nämndens presidium
- Ett utskott i nämnden
- En enskild ledamot
- En anställd i staden

Beslutet gäller på samma sätt som om omvårdnadsnämnden fattat beslutet och kan överklagas genom laglighetsprövning enligt **13 kap KL**. Vissa beslut kan överklagas genom förvaltningsbesvär inom ramen för aktuell speciallagstiftning.

## 2 Anmälan av delegeringsbeslut och vidaredelegering

Beslut som fattas med stöd av delegationsordningen skall anmälas till omvårdnadsnämndens närmast följande sammanträde eller protokollföras särskilt enligt **6 kap § 40 KL**. I Solna ska besluten anmälas enskilt via LEX, stadens dokument- och ärendehanteringssystem. Anmälda delegationsbeslut antecknas under särskild paragraf i omvårdnadsnämndens protokoll.

Förvaltningschefen kan enligt **7 kap § 6 KL** ges rätt att vidaredelegera beslut inom sitt verksamhetsområde. Beslut som fattats med stöd av vidaredelegation ska anmälas till förvaltningschef och omvårdnadsnämnden.

Delegat får överlämna delegerat ärende till kommunstyrelsen för avgörande om ärendets beskaffenhet påkallar det.

Varje delegat ansvarar för att fatta beslut utifrån gällande styrdokument och lagrum inom respektive område.

## 3 Rätten att överklaga

Beslut som är fattade på delegation från omvårdnadsnämnden är överklagningsbara till Förvaltningsrätten genom laglighetsprövning enligt **13 kap. KL**. Laglighetsprövning enligt 13 kap. KL är dock inte möjligt om det i lag eller annan författning finns särskilda bestämmelser om överklagande.

## 4 Delegationsbegränsningar i kommunallagen

Av **6 kap. 38 § KL** följer att beslutanderätten inte får delegeras i följande ärenden:

1. Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
2. Framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige överklagats.
3. Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4. Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden.
5. Ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

## 5 Hanteringsordning verkställighet

Utöver delegationsbeslut fattas en mängd så kallade verkställighetsbeslut inom nämndens verksamhet. Verkställighetsbeslut är beslut som fattas regelmässigt av olika befattningshavare i kraft av deras tjänsteställning. Verkställighetsbeslut omfattas inte av delegationsordningen och behöver inte anmälas till nämnden. Detta då sådana beslut fattas inom ramen för den löpande verksamheten som styrs av nämndens reglemente. Verkställighetsbeslut går inte att överklaga.

## 6 Lagstiftning

FL Förvaltningslagen (2017:900)

GDPR Dataskyddsförordningen. General Data Protection Regulation (2016/679)

KL Kommunallagen (2017:725)

Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag

Lag (1997:735) om riksfärdtjänst

LSS Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Livsmedelslagen (2006:804)

Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien

OSL Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

SoL Socialtjänstlag (2001:453)

## 7 Ärenden gemensamma för samtliga nämnder

### 7.1 Ekonomi

Nr	Ärende	Delegat
7.1.1.	Beslut om att bokföringsmässigt avskriva fordringar. Återrapportering till nämnd sker i sammanfattande form	Förvaltningschef
7.1.2	Beslut om avyttring av anläggningstillgångar	Ekonomichef

### 7.2 Upphandling och inköp

Upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och enligt av kommunstyrelsen antagna riktlinjer för inköp och upphandling. Samtliga verksamheter ska följa ingångna ramavtal.

Nr	Ärende	Delegat
7.2.1	Beslut om att: - inleda upphandling - fastställa upphandlingsdokument gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral till ett upphandlingsvärde av högst 2 000 000 kr	Förvaltningschef
7.2.2	Beslut om att: - tilldela kontrakt - avbryta upphandlingen gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral	Upphandlingschef
7.2.3	Beslut om att underteckna upphandlat avtal (gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral) till ett upphandlingsvärde av: 1) 2 000 000 kr eller mer 2) under 2 000 000 kr	1. Ordförande och förvaltningschef <u>tillsammans</u> 2. Förvaltningschef
7.2.4	Beslut om att säga upp eller häva upphandlat avtal (gäller eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral) till ett upphandlingsvärde av högst 2 000 000 kr	Förvaltningschef

## 8 Beslut som fattas utifrån av kommunstyrelsen antagna riktlinjer

### 8.1 Ekonomi

Nr	Ärende	Ansvarig
8.1.1	Beslut om att utse beslutsattestanter	Förvaltningschef, i enlighet med attestreglementet
8.1.2	Beslut om representation för: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Förtroendevalda</li> <li>2. Anställd</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ordförande i det organ som avser representera staden</li> <li>2. Ansvarig chef</li> </ol> <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.3	Beslut om gåva/julklapp till: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samtliga förtroendevalda</li> <li>2. Samtliga anställda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nämndordförande</li> <li>2. Förvaltningschefgruppen</li> </ol> <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.4	Beslut om avtackning när en anställd går i pension, eller på annat sätt slutar arbeta i Solna	Berörd chef I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor
8.1.5	Beslut om uppvaktningar/avtackningar från: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stadens sida</li> <li>2. Nämndens sida</li> <li>3. Verksamhetens sida</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunstyrelsens ordförande och/eller stadsdirektören</li> <li>2. Nämndordförande</li> <li>3. Stadsdirektör och förvaltningschefer inom respektive ansvarsområde.</li> </ol> <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.6	Beslut om att ta emot sponsring/gåva	Kommunstyrelsen eller berörd nämnd. I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor



## 8.2 HR och lön

Nr	Ärende	Ansvarig
8.2.1	Beslut om förbud av bedriva bisyssla	Kommunstyrelsens arbetsutskott  I enlighet med gällande riktlinje för bisysslor
8.2.2	Beslut om att tillåta bisyssla	Förvaltningschef  I enlighet med gällande riktlinje för bisysslor

## 8.3 Resor

Samtliga resor ska följa stadens riktlinjer för resor.

Alla resor ska vara påkallade av och till nytta i tjänsten. Externa kontakter ska i första hand ske via telefon, mail, webb-, videokonferens eller liknande som gör att resor inte behöver genomföras. Tekniska lösningar kan dock inte i alla sammanhang ersätta det personliga mötet. Målsättningen är att de resor som genomförs ska ge ett tydligt mervärde som inte kan uppnås på annat sätt. Vid resor i tjänsten ska det färd sätt användas som, ut stadens synvinkel, är mest gynnsamt miljömässigt, verksamhetsmässigt och ekonomiskt. Riktlinjerna omfattar både förtroendevalda och anställda i staden.

Alla resor utanför Sverige ska anmälas till kommunstyrelsen/internationella kommittén. Rapport ska skrivas efter genomförd resa. Kommunstyrelsens arbetsutskott fattas beslut om resor utanför Europa, efter tillstyrkan från den som fattar beslut om resor inom Europa.

Nr	Ärende	Ansvarig
8.3.1	Förankring om resor inom Stockholms län för: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. förtroendevalda</li> <li>2. anställda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. nämndordförande</li> <li>2. närmaste chef</li> </ol> I enlighet med gällande riktlinje för resor
8.3.2	Beslut om resor i Sverige utanför Stockholms län för: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. förtroendevalda</li> <li>2. nämndordförande</li> <li>3. anställda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nämndordförande</li> <li>2. 1:e vice ordförande</li> <li>3. Närmaste chef</li> </ol> I enlighet med gällande riktlinje för resor

8.3.3	Beslut om resor inom Europa för: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Förtroendevalda</li> <li>2. Nämndordförande</li> <li>3. Förvaltningschef</li> <li>4. Övriga anställda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nämndordförande</li> <li>2. 1:e vice ordförande</li> <li>3. Nämndordförande</li> <li>4. Förvaltningschef</li> </ol> <p>I enlighet med gällande riktlinje för resor</p>
8.3.4	Beslut om resor utanför Europa avseende förtroendevalda och anställda	<p>Kommunstyrelsens arbetsutskott efter tillstyrkan av beslutsfattare för resor inom Europa ovan.</p> <p>I enlighet med gällande riktlinje för resor</p>

## 9 Delegationsordning för omvårdnadsnämnden

1. Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)			
Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Utredning	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde  Biträdande avdelningschef LSS
Utredning ska inte inledas, att inledd utredning ska läggas ned eller att utredning inte ska föranleda någon åtgärd	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde  Biträdande avdelningschef LSS
Rätten till bistånd: - Hjälp i hemmet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare	Avdelningschef för SoL och

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boendestöd</li> <li>- Turbundna resor</li> <li>- Särskilt boende</li> <li>- Korttidsvård</li> <li>- Matdistribution</li> <li>- Ledsagare</li> <li>- Plats i dagverksamhet</li> </ul>		<p>Samordnare SoL</p> <p>Samordnare LSS</p>	<p>avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde</p> <p>Biträdande avdelningschef LSS</p>
Bistånd utöver riktlinjerna	4 kap. 1 § SoL	<p>Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde.</p> <p>Biträdande avdelningschef LSS</p>	
Beslut om trygghetslarm	4 kap 1 § SoL	<p>Biståndshandläggare</p> <p>LSS-handläggare</p> <p>Samordnare SoL</p> <p>Samordnare LSS</p>	<p>Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde</p> <p>Biträdande avdelningschef LSS</p>
Beslut om särskilt boende för personer från andra kommuner	2a kap. 8 § SoL	<p>Biståndshandläggare</p> <p>LSS handläggare</p>	
Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	16 kap. 1 § SoL	<p>Biståndshandläggare</p> <p>LSS handläggare</p> <p>Samordnare SoL</p> <p>Samordnare LSS</p>	
<b>2. Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Beslut om personkretstillhörighet	1, 7 §§ LSS	LSS-handläggare	<p>Avdelningschef för LSS,</p> <p>Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
<p>Rätten till insatser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till</li> </ul>	9 § 2 LSS	LSS-handläggare	<p>Avdelningschef för LSS,</p> <p>Biträdande</p>

<p>skäliga kostnader för assistans som inte täcks av assistansersättning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledsagarservice</li> <li>- Kontaktperson</li> <li>- Avlösarservice i hemmet</li> <li>- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet</li> <li>- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år</li> <li>- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar</li> <li>- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna</li> <li>- Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder</li> </ul>	<p>9 § 3 LSS 9 § 4 LSS 9 § 5 LSS 9 § 6 LSS 9 § 7 LSS 9 § 8 LSS 9 § 9 LSS 9 § 10 LSS</p>		<p>avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
<p>Beslut om återbetalning av ekonomiskt stöd som kommunen beviljat enligt LSS 9 § första stycket 2</p>	12 § LSS	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS Samordnare LSS</p>	<p>Avdelningschef för SoL</p>
<p>Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för personer som inte är bosatta i kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bostad med särskild service</li> <li>- Övriga insatser</li> </ul>	16 § 2 st. LSS	LSS-handläggare	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
<p>Beslut att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS</p>	16 § 3 st. LSS	LSS-handläggare	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
3. Överklaganden och yttranden			

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om att föra talan i ärende eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	10 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde. <b>Biträdande avdelningschef LSS</b>	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Utseende av ombud att föra nämndens talan	10 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, <b>Biträdande avdelningschef LSS</b>	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Beslut om rättidsprövning vid överklagande och beslut att avvisa för sent inkommet överklagande	45 § FL	Förvaltningschef Delegaten i ursprungsbeslutet. Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, <b>Biträdande avdelningschef LSS</b>	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Ändring av beslut pga. uppenbar felaktighet (får ändras) Ändring av beslut pga. nya omständigheter (får ändras) Ändring av beslut om uppenbart felaktigt och kan ändras snabbt och enkelt (ska ändras) Ändring av överklagat beslut (får ändras)	36 § FL 37 § FL 38 § FL 39 § FL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, <b>Biträdande avdelningschef LSS</b>	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i SoL- och LSS-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat.	27 § LSS 16 kap. 3 § SoL	Delegaten i ursprungsbeslutet. Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, <b>Biträdande avdelningschef LSS</b>	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Yttrande om enskilda personer till IVO, länsstyrelsen och andra	SoL, LSS	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, <b>Biträdande</b>	

tillsynsmyndigheter		avdelningschef LSS	
Yttranden till Inspektionen för vård och omsorg gällande: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Begäran om tillstånd att bedriva enskild verksamhet</li> <li>– Godkännande av utökning av antalet platser</li> </ul>		Arbetsutskott Stabschef för kvalitetsutveckling	
Yttranden i enskilda ärenden till tillsynsmyndigheter såsom Inspektionen för vård och omsorg och Justitieombudsmannen, liksom förvaltningsdomstolar såsom Kammarrätten och Förvaltningsrätten		Förvaltningschef Avdelningschef för SoL och avdelningschef samt bitr. avdelningschef för LSS var och en inom sitt ansvarsområde	Samordnare LSS

#### 4. Lagen om riksfärdtjänst

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om riksfärdtjänst	Lag (1997:735) om riksfärdtjänst	Biståndshandläggare LSS handläggare	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde  Biträdande avdelningschef LSS

#### 5. Lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om bostadsanpassningsbidrag	Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om bidrag till återställning av anpassade bostäder		Bostadsanpassningshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande

			avdelningschef LSS
<b>6. Kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Beslut om kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning	4 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
<b>7. Avgifter</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Beslut om avgift med generellt förbehållsbelopp	8 kap. 2 § SoL	Avgiftshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om nedsättning med individuellt förbehållsbelopp	8 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
Beslut om avgiftsbefrielse	8 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
Beslut om avgifter (ersättning) som mat m.m. för personer inom LSS-verksamheter	19 § LSS	Avgiftshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om nedskrivning eller befrielse från skuld avseende debiteringsavgift inom äldre- och handikappomsorgen	4 kap 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
<b>8. Livsmedelslagen</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Anmäla registrering av livsmedelsanläggning	11 § Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien	Verksamhetschef	
Ta emot delgivning för omvårdnadsnämnden		Verksamhetschef	

Överklaga beslut som berör frågor om godkännande av livsmedelsanläggning	31-32 §§ livsmedelslagen (2006:804)	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som rör frågor om registrering av livsmedelsanläggning	31-32 §§ livsmedelslagen	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som berör egenkontrollavgifter enligt förordning (2006:1166) om avgifter för offentlig kontroll av livsmedel	31-32 §§ livsmedelslagen	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som berör frågor om sanktioner enligt artikel 54 EG-förordningen 882/2004 och/eller 22-23 §§ livsmedelslagen		Verksamhetschef	

## 9. Upphandling

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om godkännande av sökande	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om underkännande av sökande	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Undertecknande av avtal med godkänd leverantör	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om uppsägning av avtal inom valfrihetssystem	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om att häva avtal inom valfrihetssystem	Lagen om valfrihetssystem LOV	Omvårdnadsnämnden	
Undertecknande av uppsägning eller hävning av avtal	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om förlängning av avtal när förlängningen följer av huvudavtalet	LOU	Arbetsutskott	



Beslut om tillägg till huvudavtalet	LOU	Arbetsutskott	
Signering av förlängning och tillägg	LOU	Följer av huvudavtalet Ordförande Förvaltningschef	
Undertecknande av avtal vid direktupphandling avseende vård och omsorg	LOU	Avdelningschef SoL Avdelningschef LSS	Biträdande Avdelningschef LSS
<b>10. Personal</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Uppsägning, avsked och disciplinåtgärd: - Avstängning och förbud att tjänstgöra - Tillfälligt försätta ur tjänstgöring		Förvaltningschef Närmaste chef	
<b>11. Dataskyddsförordningen, GDPR</b>			
Beslut om för vilka ändamål personuppgifter får behandlas	Artikel 5. 1b, GDPR	Förvaltningschef, stabschef och avdelningschef var en och inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Beslut gällande den registrerades tillgång till personuppgifter och utlämnande av registerutdrag	Artikel 15, GDPR	Dataskyddsombud Förvaltningschef	
Beslut gällande rätt till rättelse av felaktiga personuppgifter	Artikel 16, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Beslut gällande rätt till radering av personuppgifter (rätten att bli bortglömd)	Artikel 17, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Beslut gällande begränsning av behandling	Artikel 18, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Anmälningsskyldighet avseende rättelse, radering eller begränsning av	Artikel 19, GDPR	Dataskyddsombud	Avdelningschef var och en inom sitt

personuppgifter			ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om rätt till dataportabilitet	Artikel 20, GDPR	Dataskyddsbud Förvaltningschef	
Rätt att göra invändningar mot behandling	Artikel 21, GDPR	Dataskyddsbud Förvaltningschef	
Granska personuppgiftsbiträden	Artikel 23.3 och 32.1 GDPR	Dataskyddsbud	
Undertecknande av personuppgiftsbiträdesavtal	Artikel 28, GDPR	Förvaltningschef	
Anmälan om personuppgiftsbehandlingar (registerförteckning)	Artikel 30, GDPR	Dataskyddsbud	
Utreda personuppgiftsincident	Artikel 33-34 GDPR	Dataskyddsbud Avdelningschef	
Information till den/de registrerade vid personuppgiftsincident	Artikel 34 GDPR	Dataskyddsbud Avdelningschef Verksamhetschef	
Beslut om personuppgiftsincident ska anmälas eller ej till tillsynsmyndighet eller registrerad	Artikel 34-35, GDPR	Förvaltningschef	
Upprätta konsekvensbedömning	Artikel 35-36 GDPR	Dataskyddsbud	
Anmäla personuppgiftsincident till IMY		Dataskyddsbud	Förvaltningschef
Beslut om att utse dataskyddsbud	Artikel 37, GDPR	Förvaltningschef	
<b>12. Inspektionen för vård och omsorg, IVO</b>			
Anmälan av skador till Inspektionen för vård och omsorg	3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	

omsorg (lex Maria)	(2010:659)	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) MAS och MAR utför var och en rapporteringsskyldigheten inom sitt verksamhetsområde	
Ställningstagande till och beslut om anmälan samt anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande (Lex Sarah)	14 kap. 7 § SoL 24 f § LSS	Förvaltningschef	
Ställningstagande till och beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att en enskild bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans utan tillstånd enligt 23 § eller att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva sådan verksamhet kan ifrågasättas	15 § LSS	Förvaltningschef Avdelningschef samt biträdande avdelningschef LSS	
<b>13. Konferenser, kurser och utbildningar</b>			
Enskild förtroendevalds rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.		Ordförande	
Flera förtroendevaldas rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.		ON AU	
Ordförandes rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.		1:e vice ordförande	2:e vice ordförande
<b>14. Övrigt</b>			
<b>Ärendegrupp</b>	<b>Lagrum</b>	<b>Delegat</b>	<b>Ersättare</b>
Beslut i ärenden som är så	6 kap. 39 § KL	Ordförande	1:e vice

brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas			ordförande
Beslut om avslag eller delvis avslag på begäran att få ta del av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	6 kap. 3 § OSL	Förvaltningschef, stabschef, avdelningschef var och en inom sitt verksamhetsområde, Biträdande avdelningschef LSS, Administrativ samordnare	
Beslut om avvisande av ombud eller biträde	14 § FL	Avdelningschefer inom SoL och LSS samt biträdande avdelningschef LSS	
Beslut om avvisande av ombud som inte kan styrka sin behörighet genom skriftlig eller muntlig fullmakt.	15 § FL	Avdelningschefer inom SoL och LSS samt biträdande avdelningschef LSS	
Teckna ansvarsförbindelse för informationshantering avseende Stockholms läns landstings Elektroniska katalog (EK)		Ordförande	
Revidering av dokumenthanterings- och gallringsplaner för omvårdnadsnämndens förvaltningsorganisation		Förvaltningschef	
Operativt ansvar för informationssäkerheten, ansvar för att höja säkerhetsmedvetandet inklusive kontinuitetsplaneringen.		Förvaltningschef	



## Hanteringsordning för verkställighetsbeslut

Utöver delegationsbeslut fattas en mängd så kallade verkställighetsbeslut inom nämndens verksamhet. Verkställighetsbeslut är beslut som fattas regelmässigt av olika befattningshavare i kraft av deras tjänsteställning. Verkställighetsbeslut omfattas inte av delegationsordningen och behöver inte anmälas till nämnden. Detta då sådana beslut fattas inom ramen för den löpande verksamheten som styrs av nämndens reglemente. Verkställighetsbeslut går inte att överklaga.

### Ekonomi

Nr	Ärende	Ansvarig
	Beslut om fördelning av investeringsbudget inom nämndens verksamheter (undantaget speciella satsningar beslutade av kommunfullmäktige)	Förvaltningschef
	Beslut om fördelning av budget inom nämndens verksamheter (undantaget speciella satsningar beslutade av kommunfullmäktige)	Förvaltningschef
	Beslut om att ansöka om statsbidrag (med eller utan krav om medfinansiering) Större projekt som väsentligt påverkar nämndens verksamhet och som är finansierade av externa intäkter (exempelvis EU- eller statsbidrag), ska innan ansökan stämmas av med kommunstyrelsen.	Förvaltningschef
	Beslut om anstånd med betalning av kundfaktura.	I enlighet med gällande anvisning
	Beslut om utrangering och nedskrivning av anläggningstillgångar.	Förvaltningschef



## Upphandling & inköp

Nr	Ärende	Ansvarig
	Beslut om att bevilja inköpskort eller återkalla inköpskort vid otillbörligt utnyttjande	Förvaltningschef, i enlighet med gällande anvisning
	Beslut om att bevilja förvaltningschefen inköpskort eller återkalla förvaltningschefens inköpskort vid otillbörligt utnyttjande	Stadsdirektör, i enlighet med gällande anvisning
	Beslut om att utse förvaltningens inköpsorganisation	Förvaltningschef
	Beslut om avrop från ramavtal.	Chef inom sitt ansvarsområde
	Beslut om att genomföra direktupphandling i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU).	Förvaltningschef



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-03-16  
ON/2022:30

## Sammanställning av synpunkter och klagomål 2021

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner förvaltningens tjänsteskrivelse över inkomna synpunkter och klagomål.

### Sammanfattning

Varje verksamhet har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I verksamheternas ledningssystem ingår att det ska finnas rutiner för att ta emot och hantera synpunkter och klagomål. Verksamheterna ska använda inkomna synpunkter och klagomål i sitt kvalitetsutvecklingsarbete. Staben för kvalitetsutveckling följer planenligt upp verksamheternas kvalitetsarbete.

Omvårdnadsförvaltningen har en särskild rutin för de synpunkter och klagomål som inkommer direkt till förvaltningen. Samtliga klagomål som inkommit till Staben för kvalitetsutveckling sammanställs och rapporteras till omvårdnadsnämnden en gång per år. I sammanställningen presenteras inkomna synpunkter och klagomål under 2021 för respektive verksamhetsområde.

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Rickard Ekwall  
Kvalitetsutvecklare

**Sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål**

Totala antalet inkomna synpunkter och klagomål per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
68	63	128	56	53	51	39	57

Fördelning av inkomna klagomål per verksamhetsområde 2021

Verksamhet	Totalt antal klagomål
Bostad med särskild service enligt LSS	1
Daglig verksamhet enligt LSS	-
Personlig assistans	-
Boendestöd	-
Hemtjänst	21
Dagverksamhet	1
Vård- och omsorgsboende	39
Hälso- och sjukvård	5
Avdelning för myndighetsutövning	1
Övriga verksamheter	0

Utöver ovanstående synpunkter och klagomål finns vid sammanställningens upprättande fyra pågående synpunkter och klagomål som inkom under 2021. Det gäller hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende.

**Bostad med särskild service enligt LSS**

Sju utförare har avtal/överenskommelse gällande grupp- och servicebostäder för personer med funktionsnedsättning.

Totala antalet inkomna klagomål inom bostad med särskild service enligt LSS per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	5	4	1	2	2	3	2

Fördelning av klagomål per utförare inom bostad med särskild service enligt LSS per år

Utförare/verksamhet	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Waxö Omsorg Storgatan	-	-	-	-	-	-	-	-
Waxö Omsorg Centrumslingan	-	-	-	-	1	-	2	1
Frösunda Andersvägen*	-	2	-	-	1	-	-	-
Nytida Algatan	-	-	-	-	-	-	-	-
Nytida Spårvägen 6	1	-	1	-	-	-	-	-
Mango Omsorg Jungfrudansen	-	-	-	-	-	-	-	-
Mango Omsorg Spårvägen 12	-	-	-	-	-	-	-	-
Humaniora Hagalundsgatan 34	-	-	-	-	-	-	-	1
Humaniora Hagalundsgatan 17	-	1	-	1	-	-	-	-
Humaniora Nybodagatan	-	-	-	-	-	-	-	-
Humaniora Anderstorp svägen	-	-	-	-	-	1	-	-





Humaniora Parkvägen	-	1	3	-	-	-	-	-
Humaniora Törnbacken	-	-	-					
Gemensamma krafter Gränsgatan	-	1						
Patia Västra vägen	-	-						

### Daglig verksamhet enligt LSS

Solna stad har avtal enligt Lagen om valfrihet (LOV) med 17 utförare fördelat på 51 verksamheter, varav åtta finns belägna i Solna.

Inga klagomål har inkommit under 2021.

Totala antalet inkomna klagomål inom daglig verksamhet enligt LSS per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
-	-	1	-	-	-	1	-

### Personlig assistans

Humaniora vård och omsorg ansvarar för personlig assistans enligt LASS och LSS. Som tidigare år inkom inga klagomål under 2021.

### Boendestöd

Fem utförare finns med avtal enligt LOV. Inga klagomål inkom under 2021.

Totala antalet inkomna klagomål inom boendestöd per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
-	1	-	1	-	1	-	1

### Hemtjänst

Det finns vid sammanställningens upprättande omkring 1160 kunder med hemtjänstinsatser och 14 utförare. Tre utförare har den stora majoriteten av kundunderlaget, vilka är Humaniora, Attendo och Adela Omsorg. Resterande kunder är fördelat på 11 övriga utförare. Under 2021 har antalet hemtjänstutförare ökat i antal. Två nya utförare har tillkommit, Amandas hemtjänst och Camillas hemtjänst.

Antal hemtjänstutförare december varje år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
14	12	14	16	19	22	29	29

Totala antalet inkomna klagomål inom hemtjänst per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
21	17	20	12	16	16	15	26



## Fördelning av klagomål för utförare inom hemtjänst per år

Utförare	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Adela Omsorg	5	5	4	1	-	2	-	1
Attendo	3	3	2	6	8	2	5	3
Humaniora	10	5	6	3	4	5	3	4
Olir	-	3	-	-	-	-	-	-
Omsorgsjouren*	2							
Mångkulturell Hemtjänst*	1							
Okänd utförare	-	1	-	-	-	-	-	-

\*Utförare har ej förekommit i synpunkter/klagomål tidigare.

## De områden där det inkommit klagomål inom hemtjänst per år

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Trygghet	4	7	9	6	7	9	13	18
Bemötande	1	1	4	3	3	3	3	14
Kontinuitet	2	-	4	1	1	3	3	9
Inflytande	-	-	3	2	5	-	4	9
Omvårdnad	6	7	-	-	2	4	3	-
Samverkan**	3							
Information**	1							
Mat**	1							
Övrigt	3	2	-	-	-	-	-	-

\*\*Område har ej redovisats tidigare år.

## Dagverksamhet

Det finns tre dagverksamheter för personer med demenssjukdom och tre funktionsbevarande dagverksamheter. Berga och Hallens vård- och omsorgsboende har två dagverksamheter vardera. Polhemsgården och Skoga vård- och omsorgsboende har en dagverksamhet vardera.

Under 2021 inkom ett klagomål avseende Lärkans dagverksamhet (Hallen) gällande område trygghet. Det har tidigare år inte inkommit synpunkter eller klagomål.

## Vård- och omsorgsboende

### Entreprenad och egen regi

Det finns sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad samt ett vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi. Totalt antal avtalade platser vid sammanställningens upprättande är 541.

Solna stad har vid sammanställningens upprättande tillfälligt avsagt sig förfogande över 66 platser vid ett antal verksamheter. Berörda verksamheter är Berga, Björkgården, Hallen, Polhemsgården och Skoga.



Ansvar & omsorg (Tryggheten, 31 platser)  
 Ansvar & omsorg (Berga, 96 platser, 32 tillfälligt avsagda)  
 Förenade Care (Hallen, 69 platser, 16 tillfälligt avsagda)  
 Förenade Care (Björkgården, 51 platser, 3 tillfälligt avsagda)  
 Vardaga (Ametisten, 80 platser)  
 Vardaga (Polhemsgården, 80 platser, 3 tillfälligt avsagda)  
 Vardaga (Oskarsro, 34 platser)  
 Humaniora vård och omsorg (Skoga 100 platser, 12 tillfälligt avsagda)

Totala antalet inkomna klagomål inom vård- och omsorgsboende per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
39	37	79	29	25	15	14	16

Fördelning av klagomål för varje verksamhet per år

Verksamheter	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Ametisten	4	1	3	5	1	-	1	2
Berga	4	9	6	3	2	6	3	2
Björkgården	3	2	1	1	-	2	2	6
Hallen	7	10	29	5	7	1	-	1
Polhemsgården	3	1	24	4	-	-	5	3
Oskarsro	1	1	2	3	6	3	-	2
Skoga	7	6	11	6	6	3	3	-
Tryggheten	2	3	3	2	1	-	-	-

De områden där det inkommit klagomål inom vård- och omsorgsboende per år

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Omvårdnad	8	21	30	9	13	9	9	10
Trygghet	5	1	18	4	10	1	5	9
Tillgänglighet	1	-	18	3	6	-	5	-
Bemötande	3	3	19	7	7	2	-	-
Mat*	6							
Kontinuitet*	1							
Inflytande*	2							
Samverkan*	3							
Övrigt	10	8	4	1	4	5	-	9

\*Område har ej redovisats tidigare år.

### Övriga vård- och omsorgsboenden

Utöver ovanstående finns ett antal vård- och omsorgsboende inom och utanför Solna. Dessa drivs i form av enskild verksamhet eller enligt LOV. Sammanlagt rör det sig om 22 verksamheter.

Totalt har åtta klagomål inkommit för dessa verksamheter. Sju klagomål berör Attendo Frösunda gällande omvårdnad, trygghet, kontinuitet, mat samt samverkan. Ett klagomål berör Sjöberga gård, område övrigt. Antal solnabor på Attendo Frösunda är 21 och en på Sjöberga Gård.

**Hälso- och sjukvård**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tar emot och utreder synpunkter och klagomål avseende hälso-och sjukvård.

Totala antalet inkomna klagomål gällande hälso- och sjukvård per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
5	9	9	2	4	10	3	11

Fördelning av klagomål gällande hälso- och sjukvård per verksamhet

Verksamhet	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Ametisten	1	-	2	-	-	-	1	2
Berga	-	1	2	1	1	2	1	1
Björkgården	-	2	-	-	-	2	-	1
Frösunda	-	1	2	-	-	-	1	-
Hallen	-	2	2	-	-	-	-	1
Polhemsgården	2	-	-	-	-	1	-	1
Oskarsro	-	-	-	-	1	-	-	2
Skoga	2	2	-	1	2	4	-	1
Tryggheten	-	-	1	-	-	1	-	2
Adela hemtjänst	-	1	-	-	-	-	-	-

**Avdelningen för myndighetsutövning**

På avdelningen för myndighetsutövning arbetar biståndshandläggare/vårdplanerare och LSS-handläggare. Där ingår även handläggare för avgifter och bostadsanpassning samt hemgångsteamet.

Totala antalet inkomna klagomål gällande myndighetsutövning per år

2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	1	3	3	2	2	1	1

De områden där det inkommit klagomål gällande myndighetsutövning

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Information	-	1	2	1	-	1	1	1
Inflytande	-	-	-	-	-	1	1	-
Trygghet	-	-	-	-	-	1	-	-
Tillgänglighet	-	-	1	-	2	-	-	-
Bemötande	-	-	-	-	-	1	-	-
Samverkan	1	-	-	-	-	-	-	-
Övrigt	-	-	-	2	-	-	-	-



### **Förvaltningens synpunkter**

Omvårdnadsförvaltningens syfte med att rapportera klagomål på detta sätt är att omvårdnadsnämnden ska få kunskap om vilka synpunkter och klagomål som äldre och personer med funktionsnedsättningar har på verksamheterna. Omvårdnadsförvaltningens mening är att de synpunkter och klagomål som inkommer på verksamheterna ska välkomnas och ses som ett led i kvalitetsutvecklingsarbetet inom verksamheternas ständiga arbete med förbättringar. Det synsättet är nödvändigt i en så komplex verksamhet som vård och omsorg är.

Vid avtalsuppföljningar kontrollerar kvalitetsutvecklarna att utföraren har ett eget system för hantering av klagomål. Omvårdnadsförvaltningen anser att klagomål löses bäst via direkt kontakt med den enhet som berörs av klagomålet.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-03-28  
ON/2022:26

## Avtalsuppföljning av daglig verksamhet enligt LSS 2021

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021

### Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar sju verksamheter med fem eller fler solnabor och i verksamheten deltar 83 personer från Solna.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervjuat verksamhetschef och medarbetare på plats i verksamheten. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober 2021 till januari 2022.

Verksamheterna har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har kännedom om vem som ska kontaktas i olika frågor. Uppföljningen visar att verksamheterna har utmaningar i sitt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheterna har utvecklat nya arbetssätt med att möta klienterna digitalt.

Verksamheternas arbete med rutiner och implementering har till viss del försvårats när mötet sker digitalt. Verksamheterna har erbjudit e-utbildningar och arbetet med de individuella kompetensutvecklingsplanerna har inte prioriterats. Den sociala dokumentationen har utvecklats gällande genomförandeplaner. Verksamheterna har arbete kvar att göra i den sociala journalen och egenkontroller, vilket är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår.

### Handlingar

Avtalsuppföljningar av daglig verksamhet enligt LSS 2021

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Monica Lickander  
Kvalitetsutvecklare

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

DAGLIG VERKSAMHET



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>



## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av dagliga verksamheter för personer med funktionsnedsättning som är beviljade insatser enligt LSS. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter. 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 gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat sju verksamheter. Dessa är Funkisgruppen med 13 arbetstagare, Hagavillan och Vingen med 32 arbetstagare, Solna dagliga verksamhet med 18 arbetstagare, Smedjan med tio arbetstagare, Lundagatans dagliga verksamhet med fem arbetstagare och Sagagatan med fem arbetstagare. Urvalet av verksamheter att följa upp har gjorts utifrån vilka verksamheter som utför insats åt fem Solnabor eller fler.

### Tillvägagångssätt och metod

Kvalitetsutvecklaren har skickat ut en enkät som verksamhetschef har lämnat svar på. Enkäten har varit underlag för uppföljningen med verksamhetschef. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat medarbetare i verksamheten, tagit del av social dokumentation och olika skriftliga rutiner. Uppföljningarna har genomförts vid verksamhetsbesök i alla verksamheter utom Solna dagliga verksamhet som är gjord via teams.

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober till januari 2022.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med en utvecklingsplan senaste den 31 januari 2022 som beskriver hur verksamheterna planerar att arbeta under nästkommande år

## Sammanfattande bedömning

Avtalsuppföljning visar att de dagliga verksamheterna är välfungerande och arbetar aktivt med sina utvecklingsområden. Årets avtalsuppföljning omfattar verksamhetens alla delområden och verksamheterna har generellt bra resultatet.

Verksamheterna behöver säkerställa att det finns rutiner för chefsbyte så att verksamhetens kvalitet inte påverkas negativt. I övrigt har verksamheterna rutiner för tydliga mötesstrukturer och tillgängliga chefer.

Verksamheterna har generellt en hög personalkontinuitet och engagerad medarbetare. Samtliga verksamheter strävar efter att göra medarbetarna delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete, rutiner och arbetssätt för detta finns och tillämpas till stor del i verksamheten.

Alla verksamheter har ett förankrat arbetssätt kring Solna stads kvalitetsdeklaration och anhörigstöd. Verksamheterna har ett fåtal gemensamma utvecklingsområden såsom samverkan internt och den sociala dokumentationen. Området social dokumentation har delats upp och arbetet med genomförandeplan är förankrat i alla verksamheter. Några verksamheter har fortfarande utmaningar i att alla medarbetare är delaktiga i att föra social journal. Några av verksamheterna behöver se över sina rutiner för social dokumentation och även arbetet med egenkontroller så att brister identifieras.

Verksamheterna har haft utmaningar även under 2021 i samband med den pågående pandemin. Utbildning till medarbetare har inte kunnat erbjudas i den omfattning som planerats. Den utbildning som erbjudits har skett digitalt. Verksamheterna har även under detta år haft ett lägre deltagande i verksamheterna och bibehållit de förändringar som gjordes tidigare gällande mindre grupper och förändringar av aktiviteter.

## 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
Samverkan	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens interna samverkan
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
Social dokumentation	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Genomförandeplan
	Social journal
Självbestämmande och integritet	Egenkontroll social dokumentation
	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
Bemötande och anhörigstöd	Tillgänglighet och information
	Bemötande
Mat och måltider	Stöd till närstående
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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

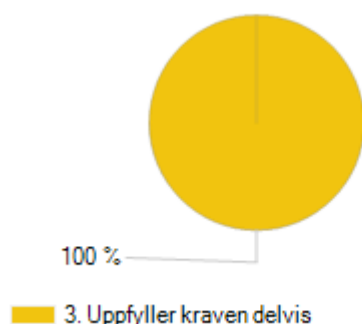
Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 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

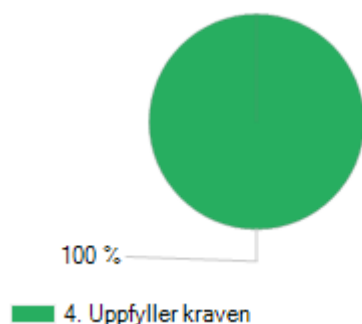
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	67 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)		
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	67 (%)
			<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	50 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	17 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	83 (%)
Social dokumentation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	33 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	33 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	83 (%)
			<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	17 (%)
Ekonomisk kontroll	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	100 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	83 (%)
			<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	17 (%)

## Ledning och organisation



Verksamheterna har en närvarande chef och arbetsledning i det dagliga arbetet. Rutin finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro i alla verksamheter. Verksamheterna saknar rutiner för hur de säkerställer att chefsbyten i verksamheten inte påverkar kvaliteten. Mötesforum finns med tydlig agenda för vad som ska avhandlas under respektive möte, beslut följs upp och protokoll finns tillgängliga för dem de berör. Granskning har skett som visar att samtliga verksamheter har aktuella tillstånd från IVO.

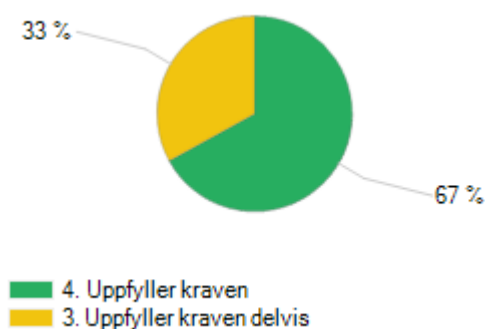
## Personal och utbildning



Samtliga verksamheter har rutin för introduktion av nya medarbetare, med checklista som stöd och skriftligt material som delas ut i samband med introduktion. Samtliga verksamheter har en generell kompetensutvecklingsplan och även individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna. Båda dessa följs regelbundet upp och uppföljningen ligger till grund för kommande års utbildningssatsningar tillsammans med identifierade utvecklingsområden under året.

Samtliga verksamheter har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen, både vid planerad och oplanerad frånvaro. Rutiner finns för att inventera rekryteringsbehov på kort och lång sikt, vilket utgör grund för annonsering av tjänster.

## Samverkan

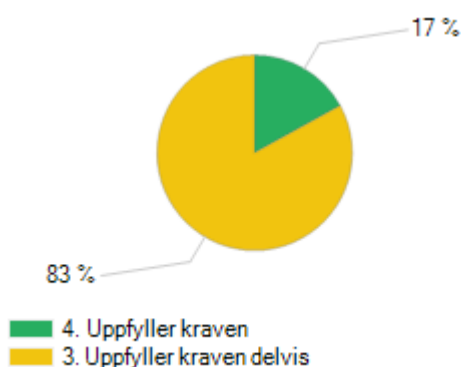


Rutin för samverkan finns i samtliga verksamheter. Upplevelsen av hur väl samverkan med andra aktörer fungerar varierar. Vissa verksamheter uttrycker att det är en utmaning att motivera andra aktörer att samverka, medan andra verksamheter upplever att samverkan generellt fungerar mycket väl.

I första hand sker samverkan med externa parter på förekommen anledning och utifrån brukarens önskemål. Samtycke inhämtas alltid innan samverkanskontakt tas och innan information lämnas ut.

I två av verksamheterna kan rutinen för extern samverkan utvecklas för att bli tydligare.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Samtliga verksamheter är positivt inställda till att medarbetarna inkommer med goda idéer, förslag och önskemål, vilket bekräftas vid medarbetarintervjuerna. Strukturerade arbetssätt finns i flera verksamheter för hur detta inhämtas.

Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering. Verksamheterna har under en längre tid arbetat med att utveckla sina arbetssätt gällande avvikelser och det är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamheterna har fortfarande ett fåtal avvikelser som inkommer och mycket åtgärdas fortfarande direkt, vilket medför risk för att misstag återupprepas. Flera verksamheter har erbjudit utbildning under året vilket medfört en ökad rapportering.

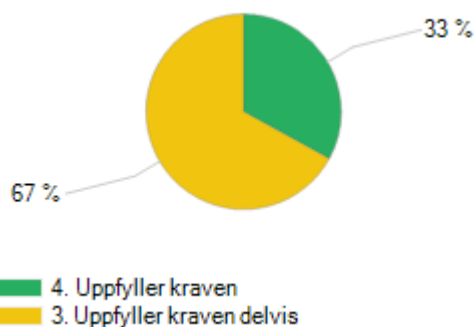
Hur verksamheterna valt att organisatoriskt arbeta med kvalitetsfrågor skiljer sig åt. Vissa verksamheter har dedikerade medarbetare med särskilt uppdrag att tillsammans med chef driva kvalitetsarbetet, medan det i andra verksamheter i huvudsak är chef som driver dessa frågor.

Arbetet med riskanalyser har utvecklats och samtliga verksamheter har rutin för riskanalys på både verksamhets- och individnivå. Vissa verksamheter har integrerat dokumentationen kring risker på individnivå i den sociala dokumentationen, vilket skapar en röd tråd mellan hur insats utförs och de risker som identifierats. Det gör även

att medarbetarna inte behöver söka information på flera olika ställen.

Egenkontroll genomförs systematiskt i verksamheterna och de flesta verksamheter har ett årshjul eller en årsplanering, där egenkontroller finns med som en stående aktivitet. Omfattningen av vilka egenkontroller som genomförs och inom vilka områden varierar mellan verksamheterna. De flesta verksamheter har ett årshjul som de arbetar efter som omfattar allt fler aktiviteter för att minska risken att det blir upp till verksamhetschef att komma ihåg vad som ska genomföras under ett verksamhetsår som då kan glömmas bort.

## Social dokumentation

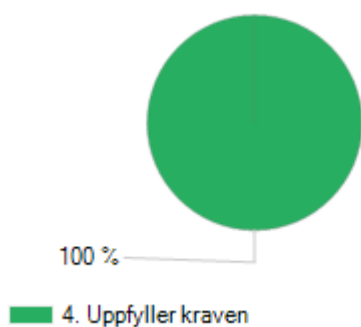


Den sociala dokumentationen är ett utvecklingsområde inom flertalet verksamheter. Arbetet med att upprätta genomförandeplaner tillsammans med den enskilde samt att följa upp dessa fungerar fint i de flesta verksamheter. En verksamhet har detta som ett utvecklingsområde efter avtalsuppföljningen 2021.

Alla verksamheter för social journal, oftast i ett digitalt verksamhetssystem. I de sociala journalerna sker dokumentationen med en tydlig frekvens och det går att följa när ett ärende har påbörjats. I två av verksamheterna följs föreskriften för social journal. I de övriga verksamheterna finns vissa utmaningar både gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen och det finns flera utvecklingsområden.

Arbete kvarstår med att förankra reviderade rutiner och arbetssätt hos medarbetarna samt att göra samtliga medarbetare förtroga med och trygga i att föra social journal. Vidare behöver arbetet med egenkontroller följas upp för att säkerställa att de fångar in de utvecklingsområden som finns gällande social dokumentation.

## Självbestämmande och integritet



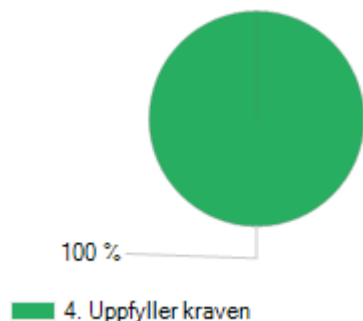
Samtliga verksamheter har arbetssätt för att skapa brukardelaktighet och information om förändringar i verksamheten lämnas löpande till brukarna.

Kommunikationen i verksamheterna är individanpassad och teckenstöd används i stor utsträckning för de som är i behov av det. Tydlighet skapas i form av scheman och tydliga strukturer för vad en dag i verksamheten kommer att innehålla. Flera verksamheter har kommunikation som ett obligatoriskt område att beskriva i den

sociala dokumentationen.

Kontaktmannaskapet är centralt och det är i huvudsak kontaktman som ansvarar för hur insatser planeras, genomförs och följs upp.

## Bemötande och anhörigstöd

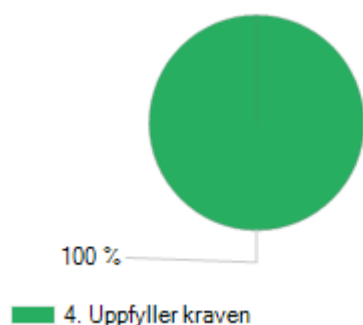


Verksamheterna arbetar med bemötandefrågor i såväl medarbetargruppen som i brukargruppen. Flera exempel på goda arbetssätt har identifierats, t.ex. där man skapat forum för att diskutera hur man är en god arbetskamrat, vilka beteenden som hamnar utanför normen på en arbetsplats och hur man löser situationer där konflikt uppstår.

Anhörigsamverkan sker i flera verksamheter med regelbundna träffar till vilka närstående bjuds in. Stor vikt läggs dock vid brukarens önskemål om hur samverkan med närstående ska, eller ej ska, ske. Vissa verksamheter har även som rutin att hänvisa till Solna stads anhörigteam i de fall som verksamhetens eget stöd till närstående ej räcker till.

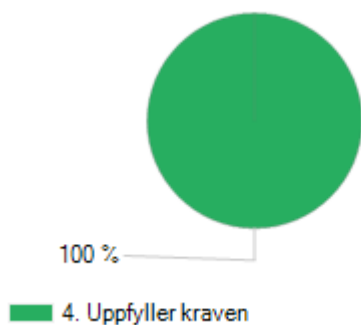
Alla verksamheter lämnar ut kvalitetsdeklarationen för daglig verksamhet och det är också en del när genomförandeplanen följs upp. Kvalitetsdeklarationen presenteras en gång per år på en arbetsplatsträff.

## Mat och måltider



Endast i undantagsfall tillreds måltider i verksamheterna och i dessa fall finns rutiner för egenkontroll av livsmedelshygien. Möjlighet att inkomma med synpunkter på den mat som levereras till verksamheten finns och åtgärder vidtas utifrån inkomna klagomål. För de brukare som kan och vill finns möjlighet att gå ut och äta lunch, ha med sig matlåda som man får stöd i att tillreda eller så finns det möjlighet att få mat levererad till verksamheten.

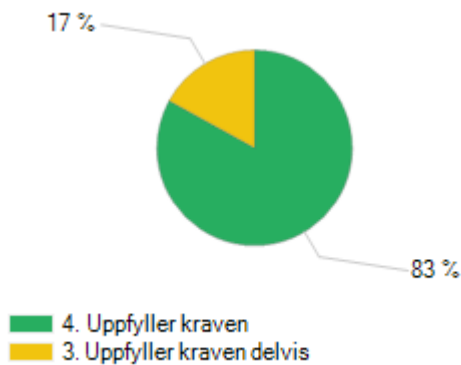
## Aktiviteter och fritid



Samtliga verksamheter arbetar aktivt med att erbjuda aktiviteter som utgår från brukarnas önskemål. En stor flexibilitet finns, där brukaren har möjlighet att utifrån sina egna mål och intresse för dagen välja en aktivitet som upplevs som meningsfull.

Samtliga verksamheter beskriver att de aktiviteter som erbjuds, i stor utsträckning utgår från tidigare inkomna önskemål från brukarna. Under pandemin har verksamheter som arbetar mot arbetsmarknaden med praktikplatser drabbats av stängda praktikplatser. Det har inneburit att verksamheterna har tvingats att anpassa sina aktiviteter och utbud utifrån brukarens önskemål och lokaler. Verksamheterna har erbjudit fler verksamheter utomhus för att minska smittspridningen.

## Säkerhet

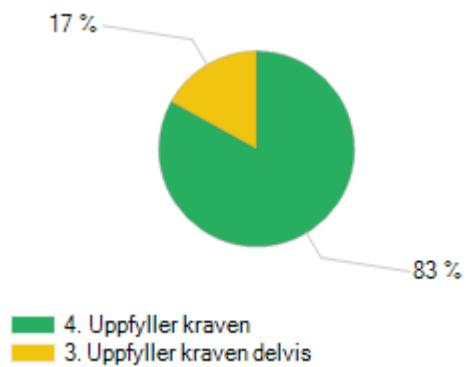


Samtliga verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt, vilka lyfts regelbundet. I regel hanteras ej brukarnas nycklar eller privata medel av verksamheten.

Rutin för hot och våld finns och riskbedömning görs inom detta område, en verksamhet behöver utveckla sina rutiner för hot och våld. I de fall larm används finns i de flesta verksamheter rutiner för detta. Funktionskontroll genomförs även regelbundet och dokumenteras.



## Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven för godkänt gällande ekonomisk kontroll. En verksamhet saknar ett bokslut då detta har blivit försenat hos bolagsverket. Omvårdnadsförvaltningen kommer att följa upp att bokslutet kommer in som planerat.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

FUNKISGRUPPEN - INRIKTNING ARBETSMARKNAD



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år. Funkisgruppen är ett privatägt svenskt aktiebolag med ett 30-tal aktieägare, där TransportIT Group AB är majoritetsägare. Funkisgruppen är ett företag som växer och bedriver förutom daglig verksamhet även boendestöd, ledsagning, korttidsvistelse, personlig assistans, avlösarservice och sysselsättning enligt socialtjänstlagen.

Funkisgruppen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt 50 platser. Vid uppföljningstillfället är det 13 Solnabor som deltar i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Funkisgruppens verksamhet drivs i ljusa fina lokaler på Korta gatan i Solna. Verksamheten har avtal med Solna stad enligt LOV sedan januari 2014. Funkisgruppen är en arbetsinriktad daglig verksamhet där fokus ligger på att finna praktikplatser på den öppna arbetsmarknaden som sedan kan resultera i en anställning.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i verksamheten den 4 november 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga delar i verksamheten och en enkät har skickats ut till uppdragschef att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat två medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har börjat återgå till mer fysiska möten och aktiviteter i samband med att restriktioner gällande pandemin har avtagit. Verksamheten har en ny uppdragschef som tagit över verksamheten under året. Utförarens operativa chef ger stöd till nuvarande uppdragschef. Verksamheten är fortfarande drabbad av pandemins effekter och det är brist på praktikplatser. Verksamheten fortsätter att erbjuda aktiviteter i lokalen men även utomhus. Verksamheten är välfungerande och verksamhetens fokus handlar om att ge deltagarna en meningsfull dag. Verksamheten har morgonmöten varje dag för att diskutera dagen.

Verksamheten saknar digitalt dokumentationssystem och den sociala dokumentationen är ett förbättringsområde i verksamheten. Rutiner och kunskap om både social journal och genomförandeplan behöver implementeras i verksamheten. Därutöver behöver verksamheten säkerställa genom egenkontroller att den sociala dokumentationen utvecklas och förbättras. Verksamhetens arbete med avvikelser fortgår som planerat.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2022. I utvecklingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## 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	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
Risk och säkerhetsarbete	Tystnadsplikt och sekretess
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 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	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Det finns tydlig rutin och struktur för möten och mötesprotokoll som är tillgänglig för medarbetarna. Verksamheten behöver se över sina rutiner vid chefsbyten för att inte påverka verksamhetens kvalitet negativt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledning

## Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i hög grad inom området.

## Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas i viss utsträckning inom området. Verksamheten behöver arbeta för ökad tillämpning av rutin för avvikelserapportering samt säkerställa att verksamhetens egenkontroller följs för att säkra verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förankra rutinen för avvikelserapportering
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Arbetet med egenkontroller

## Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har brister i sin sociala dokumentation och behöver se över arbetet med genomförandeplan, samtycke, innehåll i social journal samt den egenkontroll som görs varje kvartal.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Samtycke

## Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Säkerhet

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas inom samtliga områden. Rutinen för hot och våld behöver ses över och förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Hot och våld

## Risk och säkerhetsarbete

- Bedömning ej genomförd

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtal.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en strukturerad och anpassad mötesstruktur för verksamheten som är känd hos medarbetarna. Verksamheten har möten på olika nivåer, chefsmöten, möten för samordnare och arbetsplatsträffar för medarbetare en gång i månaden. Det finns en tydlig agenda för respektive möte och alla möten protokollförs. Protokollen finns tillgängliga på Funkisgruppens intranät dit alla



Delområde	Kommentar
	medarbetare har tillgång. Under den pågående pandemin har möten genomförts via teams och fysiska möten har kommit igång nu under hösten i liten skala vilket är uppskattat. Verksamheten har möten varje morgon där samordnare går igenom arbetsdagen tillsammans med alla medarbetare.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens organisation är beskriven i en rutin med tydlig ansvarsfördelning som är förankrad hos medarbetare. Namngiven ersättare finns vid uppdragschefens frånvaro. Ledningsorganisationen har utvecklats till två ledningsgrupper med olika fokus, en operativ ledningsgrupp och en administrativ ledningsgrupp. Uppdragschefen för daglig verksamhet är relativt ny och har arbetat i verksamheten i nio månader. Verksamhetschefen är utbildad personalvetare och har två samordnare som sköter den dagliga planeringen. Verksamhetschefen ansvar även för boendestödet i Solna. Verksamheten har haft en viss omsättning på chefer inom daglig verksamhet och saknar rutiner för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyten vilket behöver tas fram.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO.

## Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin för introduktion av nya medarbetare finns, med tillhörande checklista. Skriftligt material med utvalda delar ur kvalitetsledningssystemet och HR-information delas ut i samband med introduktion. Samordnare för daglig verksamhet ansvarar för introduktionen av nya medarbetare. Av checklistan för introduktion framgår datum för uppföljning som signeras när uppföljningen är genomförd. Uppdragschef och samordnare följer upp introduktionen gemensamt med medarbetaren.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en samlad plan för kompetensutveckling som innehåller introduktionsutbildningar via podcast, utbildning i bemötande och funktionsnedsättning, HLR samt krishantering. Vidare erbjuder verksamheten utbildning i det svåra samtalet, hot och våld och konflikthantering. Den övergripande kompetensutvecklingsplanen ska revideras i januari 2022. Under hösten genomför verksamheten medarbetarsamtal och samlar in utbildningsbehov för den individuella kompetensutvecklingsplanen vilket ligger till grund för den övergripande planen för nästa år. Verksamheten har arbetssätt för att planera in utbildningar i sitt årshjul för att säkerställa att utbildningar genomförs. Under den senaste året har webbutbildningar genomförts och första fysiska utbildningssatsningar har genomförts under hösten i lågaffektivt bemötande.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten gör inventeringar utifrån den kompetens som finns hos medarbetare i verksamheten när de får en ny arbetstagare. Vid behov av vikarier samarbetar verksamheterna med varandra för att använda resurser som finns inom företaget. Uppdragschefen bedömer att personalresurser finns för att driva verksamhet med god kvalitet även om någon medarbetare är sjuk eller ledig enstaka arbetspass. Planering inför semesterperioder görs gemensamt av uppdragschef med andra uppdragschefer för att säkerställa bemanningen.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för rekrytering av nya medarbetare. Vid nyrekrytering efterfrågas som lägst gymnasiekompetens samt erfarenhet av målgruppen. Vid intervjun säkerställs att medarbetarna har språkliga förutsättningar för att utföra uppdraget. Som medarbetare har man möjlighet att påverka verksamheten och erbjudas kompetensutveckling, vilket man anser bidrar till att kompetent personal väljer att stanna.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan. I denna beskrivs det att verksamheten är positivt inställd till bred samverkan, förutsatt samtycke från den enskilde. Verksamheten beskriver att samverkan med närstående och LSS-

Delområde	Kommentar
	boenden fungerar väl. I samband med ny deltagare och därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan inhämtas samtycke till informationsöverföring och diskussion förs då även kring vilka aktörer som verksamheten behöver samverka med. I samtyckesblanketten finns vissa fördefinierade samverkansparter som är vanligt förekommande. Den enskilde informeras om att kontakt tas med samverkansaktör vid varje tillfälle, vilket framgår i social journal.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Rutin för intern samverkan finns. Flera former för intern samverkan beskrivs, såsom dagliga möten för överrapportering och genomgång av dagen samt personalmöten. Arbetsgruppen är liten och den dagliga dialogen är nära mellan såväl medarbetare, samordnare och verksamhetschef.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga vid framtagande av handlingsplaner utifrån egenkontroller, riskanalyser och inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Detta sker på personalmöte. Initialt ansvarar kvalitetskoordinator för avvikelse- och klagomålsutredning. Därefter lyfts förslag på åtgärder på personalmöte, då samtliga medarbetare får komma med synpunkter. Rutin finns för att på samma blankett som avvikelser rapporteras, inkomma med förbättringsförslag även om ingen avvikelse skett. Medarbetare ingår även i arbetsgrupper, som driver projekt av olika slag i verksamheten. Medarbetarna uppmanas inkomma med förbättringsförslag löpande. Blankett för avvikelserapportering kan även användas för att inkomma med förbättringsförslag. Särskild ruta att kryssa i finns i detta syfte. Intervjuade medarbetare uttrycker att de är medvetna om denna möjlighet och att ledningen regelbundet påminner om att detta uppmuntras, men att detta är något de kan bli bättre på att använda sig av.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för avvikelserapportering. Samtliga typer av avvikelser rapporteras i ett digitalt avvikelssystem som kommer direkt till ansvarig chef. Uppdragschefen och den strategiska chefen ansvarar för att utreda avvikelser och inhämtar erforderlig information från berörda. Utredningen presenteras sedan på efterföljande personalmöte där man gemensamt fattar beslut om åtgärder. Det är ett arbetssätt förnatt försäkra sig om att alla medarbetare informeras om fattade beslut. Protokoll finns tillgängliga för dem som ej deltar på mötet. Genomgång av rutin och inrapporterade avvikelser är en stående punkt på APT-agendan. I verksamhetens ledningsgrupp går man igenom inrapporterade avvikelser för att söka systematik och vidta åtgärder på strategisk nivå. Det är fortsatt relativt få avvikelser som rapporteras in och verksamheten ser det som ett fortsatt utvecklingsområde att arbeta vidare med.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	<p><u>Riskanalyser</u></p> Verksamheten genomför riskanalys på verksamhetsnivå inom fördefinierade områden samt utifrån vad som sker i verksamheten för tillfället. Detta görs två gånger per år. Riskanalys på individnivå görs på samtliga deltagare i verksamheten. Det finns en framtagen mall för de områden inom vilken risk alltid bedöms. Riskbedömningen följs upp i samband med uppföljning av genomförandeplan. Verksamheten har rutin för riskbedömning utifrån förändrat arbetssätt. <p><u>Egenkontroll</u></p> Verksamheten genomför egenkontroll inom ett antal fördefinierade områden fyra gånger per år. Områden som då följs upp är bland annat aktuella genomförandeplaner, kvaliteten i social journal, SBA, att inrapporterade avvikelser och klagomål utretts och åtgärder vidtagits mm. Verksamhetschef har ett årshjul som stöd för att säkerställa att aktiviteter under verksamhetsåret genomförs som planerat och även detta följs upp i samband med egenkontroll. Utifrån granskning av social dokumentation så bör verksamheten se över sina arbetssätt och undersöka vilka parametrar egenkontrollen omfattar. <p><u>Rutiner</u></p> Kvalitetschef/strategisk chef ansvarar för att rutiner är aktuella, såväl datumässigt som till sitt innehåll. Att rutiner hålls aktuella ingår som en del i egenkontrollen. Vid revidering av rutiner utgår verksamheten från inrapporterade förbättringsförslag och avvikelser samt resultatet i egenkontrollen, omvärldsbevakning och sådant som fångas upp i det dagliga arbetet. Samordnarna är oftast med då nya rutiner tas fram.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Samtliga deltagare har en genomförandeplan men uppföljning har inte genomförts utifrån avtalet. Innehåll och mål finns beskrivet men verksamheten kan arbeta med mätbara mål för att det ska bli en röd tråd mellan beställning, genomförandeplan och social journal. Genomförandeplanen beskriver inte hur den enskilde varit delaktig i upprättandet vilket behöver förtydligas. Verksamheten behöver se över sitt arbete med genomförandeplanen så att det följer de riktlinjer som Solna stad har. Verksamheterna behöver även se över sin blankett för att inhämta samtycke.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Den sociala journalen bestod av sammanfattningar om vad som hänt under veckorna. Det var svårt att utläsa journalanteckningar i kronologisk ordning. Verksamheten har inte något digitalt system vilket påverkar kvaliteten av social journal. Verksamheten behöver ta ett omtag för att höja kvaliteten generellt i verksamheten. Upprättande och uppföljning framgår inte i journalföringen.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för egenkontroll som ska göras varje kvartal och det finns en lokal rutin för social dokumentation. Verksamheten behöver se över hur de arbetar med egenkontroll av social dokumentation och vidtar åtgärder i de brister som finns.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten har månadsmöten där samtliga deltagare erbjuds delta. Deltagarna uppmanas inkomma med synpunkter och förbättringsförslag. Agenda finns och protokoll förs. Minnesanteckningar finns tillgängliga i en pärm för dem som ej deltog under mötet. De dagar som deltagarna vistas i verksamheten får de välja vilka aktiviteter de vill delta i under dagen. Aktiviteternas utformning utgår i stor utsträckning från önskemål som inkommit från deltagarna. Deltagarna har även individuella möten med sin kontaktman utifrån behov.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskap finns och det framgår i denna vad kontaktmannaskapet innebär. Intervjuade medarbetare kan redogöra för vad uppdraget består i på ett sätt som överensstämmer med rutin. Medarbetargruppen är liten, vilket gör att samtliga deltagare känner alla medarbetare. Vid kontaktpersonens frånvaro utses annan medarbetare på morgonen som ersätter denne. Hänsyn tas då till vilken medarbetare som deltagaren har bäst relation till. Samtliga deltagare har en kontaktperson och möjligheten att byta kontaktperson framgår tydligt i rutin och är känd hos intervjuade medarbetare.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Rutin finns för mottagande av ny deltagare. Allmän information och förändringar i verksamheten lyfts månadsvis på möte för deltagarna.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	På varje uppstartsmöte med ny deltagare från Solna så finns Solna stads kvalitetsdeklaration med som en del i det skriftliga material som deltagaren får. Kontaktperson går igenom kvalitetsdeklarationen med deltagaren och beskriver att det är ett löfte som ges från Solna stad till medborgarna. Kvalitetsdeklarationen lyfts årligen på ett personalmöte utifrån verksamhetens årsplanering.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver i rutin hur stöd till närstående ges utifrån det samtycke som finns inhämtat från deltagare. Verksamheten har en positiv syn på samverkan generellt och även med närstående. Om det stöd som verksamheten kan ge ej upplevs räcka till, framgår det i rutin att man hänvisar till kommunens anhörigstöd.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Deltagare i verksamheten har med sig matlåda, går ut och äter lunch på restaurang eller äter lunch på eller i anslutning till praktikplatsen. Därav genomför verksamheten inga egenkontroller avseende livsmedelshygien.

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Deltagare får information när man börjar i verksamheten vilka valmöjligheter det finns gällande lunch. Deltagaren kan ta med sig egen matlåda och värma den i verksamheten, gå ut och äta med eller utan stöd eller köpa med sig mat och äta i lokalen.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Deltagare i verksamheten erbjuds minst ett individuellt samtal med sin kontaktperson i månaden. Därutöver sker en löpande dialog mellan kontaktperson och deltagaren i det dagliga arbetet. Val av praktikplats utgår uteslutande från deltagarens uttryckta önskemål vilket dokumenteras i genomförandeplan. Kontaktperson stöttar deltagaren i att söka efter verksamheter som den enskilde har önskemål om. Aktiviteter som erbjuds i verksamhetens lokaler utgår från önskemål som inkommit från deltagarna i stor utsträckning. Deltagarna har ett fastställt schema över vilka aktiviteter man vill delta i vilka dagar, men det finns också flexibilitet att byta aktivitet under dagen. För den grupp brukare som inte känner sig redo att ta steget ut till en extern praktikplats ensamma, har möjlighet till extern praktik i grupp tagits fram.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	I verksamheten finns brandlarm och inbrottslarm. Rutin för funktionskontroll finns och utförd funktionskontroll dokumenteras. Verksamheten har täta utrymningsövningar för deltagare och medarbetare gemensamt. De teoretiska brandutbildningar som hålls, sker i verksamheten internt. Filmer från Youtube utgör studiematerial, tillsammans med muntlig genomgång med verksamhetschef. I samband med årlig genomgång av verksamhetens brandpärm följs det upp att medarbetare genomgått brandutbildning enligt fastställd utbildningsplan brand.
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld och rutinerna är förankrade hos medarbetarna. Rutinerna behöver ses över och eventuellt struktureras om för att bli tydligare. Handlingsplan för vilka åtgärder som ska vidtas vid en hot och våldsituation kan utvecklas och bli tydligare.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar inte några nycklar.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar ej deltagarnas privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbunden och samtlig medarbetare skriver under att man förstått innebörden av detta.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Funkisgruppen</b> Rating 78
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Funkisgruppen - inriktning arbetsmarknad</b> <b>Funkisgruppen - inriktning arbetsmarknad</b>
	<b>Organisationsnummer: 556881-6283</b>
	Namn: Funkisgruppen AB
	Godkänd för F-skatt: JA
	Registrerad för moms: JA
	Registrerad som arbetsgivare: JA
	Beslutade arbetsgivaravgifter: 1
	nov-21 1 022 805,00
	okt-21 1 057 654,00
	sep-21 1 065 221,00

Delområde	Kommentar

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

HAGAVILLAN & VINGEN



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Hagavillan och Vingen drivs av Waxö omsorg. Waxö omsorg har tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheterna har sammanlagt tillstånd för 41 platser, Vingen (20) och Hagavillan (21). Vid uppföljning deltar 32 Solnabor i verksamheterna. Verksamheterna har gemensam verksamhetschef, arbetssätt är desamma inom båda verksamheterna och personalträffar sker i stor utsträckning gemensamt. Därav följs dessa verksamheter upp tillsammans och resulterar i en gemensam uppföljningsrapport.

Verksamheterna riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Hagavillan är belägen i Hagalund i Solna och erbjuder flera olika arbetsuppgifter. På Hagavillan ges brukarna möjlighet att arbeta med media inom ramen för arbetet med tidningen Draken, konstnärliga uttrycksformer, trädgårdsarbete och kaféverksamhet.

Vingen ligger i Råsunda i Solna och erbjuder arbete i secondhandaffär, musikskapande verksamhet, film, drama och transportservice.

Avtalsuppföljningen genomfördes den 19 oktober 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga områden inom verksamheten och en enkät har skickats ut till verksamhetschefen att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog verksamhetschef för Hagavillan och Vingen. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat tre medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Hagavillan och Vingen är välfungerande verksamheter med omsorgstagarna i fokus. Verksamheterna har en uttalad strategi att inom ramen för utvecklingsarbetet utgå från det som fungerar väl, i syfte att dra lärdomar av detta som kan överföras till områden där utvecklingsbehov finns.

Verksamheten har under året haft två större utbildningssatsningar inom företaget med fokus på social dokumentation och avvikelser. Medarbetardelaktigheten är hög inom verksamheten med möjlighet att utveckla innehåll i aktiviteterna tillsammans med omsorgstagarna. Verksamheten behöver arbeta vidare med den sociala dokumentationen och säkerställa att pärmar är uppdaterade och aktuella.

Verksamheten har en stabil medarbetargrupp sedan två år tillbaka som trivs med sitt arbete i verksamheten.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 mars 2022. I utvecklingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## 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	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
Risk och säkerhetsarbete	Tystnadsplikt och sekretess
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Avstängda hissar
	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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas till stor del. Verksamheten behöver ta fram rutiner för chefsbyte för att undvika att det systematiska kvalitetsarbetet påverkas negativt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledningsstruktur

## Personal och utbildning

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Samverkan

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

En tydlig struktur finns för intern samverkan och graden av tillämpning är hög. Rutin för extern samverkan finns också och tillämpas, men bör kompletteras och förtydligas vad gäller samverkan som inte utgår från omsorgstagarnas önskemål. I rutinen behöver det även framgå hur samverkan sker med andra övergripande aktörer.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Samverkan externt

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling och utformning är hög och medarbetarna har möjlighet att påverka innehållet den aktivitet som de ansvarar för.

Arbetet med risk- och avvikelshantering bör utvecklas ytterligare. Verksamheten har många styrande dokument i olika pärmar och det blir därför viktigt att den som söker information i dessa kan känna sig trygg i att informationen är aktuell. Därav behöver det framgå i dokument när de senast är reviderade.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

## Social dokumentation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt för att utveckla den sociala dokumentation och behöver säkerställa att de egenkontroller som görs också ger effekt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

## Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten redogör för en tydlig mötesstruktur, där olika möten har ett fördefinierat syfte. En årsplanering finns för vilka frågor som ska lyftas i vilket mötesforum under året och när dessa möten hålls. Protokoll förs, mötesforumen är inget forum för beslut utan diskussionerna ligger till grund för beslut hos ledningsgruppen som återkopplas till medarbetare på personalmöten. Protokollen

Delområde	Kommentar
	finns tillgängliga både digitalt och i pärmar på kontoret.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschefen ansvarar för både Vingen och Hagavillan och fördelar sin tid mellan verksamheterna. Verksamhetschefen har sitt fysiska kontor på Hagavillan. Vem som äger mandat att fatta beslut i olika frågor är tydligt beskrivet. Verksamhetscheferna inom Waxö omsorg ersätter varandra vid frånvaro, och har god kännedom om verksamheten. Medarbetare har god kännedom om verksamhetens organisation och får information vem som ersätter chefen vid frånvaro. Verksamheten saknar rutiner för att säkerställa att verksamhetens kvalitet inte påverkas negativt vid chefsbyte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Beslut om tillstånd från IVO att driva verksamheterna finns och ansvarig chef står på tillståndet.

## Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och använder sig av en checklista för introduktion. Alla nyanställda medarbetare ges en introduktion som är till viss del individuellt anpassad. Ordinarie medarbetare utses som handledare under introduktionen och vissa introduktionspunkter ansvarar verksamhetschef för att gå igenom. Uppföljning av introduktionen sker med ansvarig chef och dokumenteras. Områden som medarbetare och chef bedömer att medarbetaren behöver ytterligare kompetens inom förs in i medarbetarens utvecklingsplan som kallas "genomförandeplan personal". Denna följs sedan regelbundet upp utifrån befintlig årsplanering.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Behovet av kompetensutveckling bedöms dels på verksamhetsnivå, men även på verksamhetsövergripande nivå för verksamheter inom Waxö omsorg. På verksamhetsträffar för verksamhetschefer inom Waxö omsorg identifieras gemensamma utvecklingsområden och gemensamma utbildningssatsningar planeras tillsammans. På verksamhetsnivå är det i samband med individuella träffar mellan verksamhetschef och respektive medarbetare som behovet av kompetensutveckling identifieras. En stor del av efterfrågad kompetens är relaterad till den aktivitet i verksamheten som medarbetaren har ansvar för. Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att man har inskolade återkommande timvikarier som är förtrogna med verksamheten. Inför ledighetsperioder kartläggs hur medarbetarna önskar vara lediga och vikarier bokas in alternativt att nya vikarier behöver rekryteras. För att bibehålla en så hög kontinuitet som möjligt har varje kontaktperson en på förhand utsedd ersättare vid frånvaro. Denna person är en ordinarie medarbetare. Skulle även denna person vara borta finns en tredje person utsedd. Det är alltid minst en ordinarie medarbetare i tjänst. Befintliga vikarier har även möjlighet att tjänstgöra vid korttidsfrånvaro i en utsträckning som verksamheten bedömer som tillräcklig. Möjlighet finns även att samverka med verksamheten Vingen, och även med Centrumslingans servicebostad. Om en personal som har ansvar för en viss aktivitet är sjuk, finns rutiner för ersättare att utgå från, för att denne ska kunna genomföra aktiviteten.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Vid rekrytering använder verksamheten Socialstyrelsen allmänna råd kring de kunskaper som behövs för personal som arbetar inom funktionshinderområdet. Verksamheten har inga formella krav på utbildning utan stor vikt läggs på personlig lämplighet, etiska förhållningssätt och användande av arbetsmetoder och pedagogik. Stor vikt läggs även specifika kunskaper inom de aktiviteter som verksamheten erbjuder.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin för samverkan finns och externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Verksamheten beskriver att samverkan med externa parter i huvudsak sker utifrån omsorgstagarnas önskemål och uttryckta behov. Detta dokumenteras i ett så kallat samverkansavtal. Hur verksamheten samverkar externt i stort framgår inte.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Rutin finns för hur medarbetare förmedlar viktig information till kollegor. Särskild flik finns i pärm, där alla medarbetare ansvarar för att ta del av ny information i direkt anslutning till varje påbörjat arbetspass samt därefter signera att man tagit del av informationen. Verksamheten har även rutin att medarbetarna ska, på försättsblad i pärmar innehållande rutiner, signera att man tagit del av nya eller reviderade rutiner för att verksamhetschef ska se att informationen förankrats i verksamheten. Verksamhetschefen har lyft rutinen om signering och gör egenkontroller och nu är arbetssättet implementerat. Följsamhet till denna rutin är ett utvecklingsområde uppger chef. Intern samverkan sker också i samband med innehållsträffar, personalträffar och verksamhetsträffar. Verksamhetschef inventerar inför respektive möte vilka punkter som respektive medarbetare önskar lyfta under respektive agendapunkt, för att säkerställa att tid fördelas mellan dessa.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i hög grad vad gäller att utforma innehållet i de olika aktiviteterna som erbjuds, i samråd med omsorgstagarna. Respektive aktivitet har en utsedd ansvarig medarbetare som har beslutsmandat för frågor kopplade till denna aktivitet. Medarbetarna uppmanas även att löpande maila förbättringsförslag till verksamhetschef, som därefter lyfter dessa på kommande personalträffar. Olika ansvarsområden i verksamheten är fördelade till medarbetarna. Inom ramen för sitt ansvarsområde ansvarar medarbetare för att revidera rutiner. Detta sker tillsammans med verksamhetschef minst två gånger per år. Vid reviderade rutiner antecknas detta i pärm som alla ska ta del av i anslutning till påbörjat arbetspass. Då man tagit del av informationen signerar man detta. Rutiner som inte är knutna till något utdelat ansvarsområde revideras i samband med att annan verksamhetschef inom Waxö omsorg går in och arbetar i verksamheten minst en gång per år. Syftet med detta arbetssätt är att försäkra sig om att rutiner är tillräckligt tydliga för att en ny medarbetare ska kunna ge stöd till varje omsorgstagare.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten införde ett nytt arbetssätt under föregående år för att underlätta för medarbetare att rapportera avvikelser. Alla typer av avvikelser rapporteras i en och samma blankett, som sedan lämnas i avsett fack till verksamhetschef som sedan äger utredningen. Det finns skriftlig rutin för arbetssätt som nu har implementerats hos medarbetarna på planeringsdagar. Medarbetarna har rutin för att rapportera in avvikelser som utreds och återkopplas till medarbetare. Vid medarbetarsamtal framkom att rutinen inte är helt implementerad i verksamheten. Verksamhetschefen sammanställer inkomna avvikelser som presenteras i kvalitetsberättelsen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete beskrivs utifrån tre processer, omsorgsprocessen, personalprocessen och verksamhetsprocessen. <u>Risکاناليس</u> Verksamheten bedömer risker knutna till omsorgstagarna i samband med ny omsorgstagare, därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan samt därutöver vid behov. Risker bedöms dels ur ett omsorgstagarperspektiv och dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplan utifrån identifierade risker formuleras och förs in i de arbetsbeskrivningar som finns i respektive omsorgstagares APO-pärm. Checklista finns som stöd vid riskbedömning ur ett omsorgstagarperspektiv, med aspekter som alltid ska beaktas. Verksamheten behöver se över hur de arbetar med riskanalyser inför förändringar i verksamheten som kan påverka det systematiska kvalitetsarbetet, <u>Egenkontroll</u> Verksamheten har rutin för egenkontroll. En tydlig mötesstruktur finns, där uppföljning av tidigare beslut och utvärdering av vidtagna åtgärder är en stående punkt. Tre olika interna enkäter används som underlag för verksamhetsplan och fortsatt utvecklingsarbete. Verksamhetscheferna inom Waxö omsorg besöker varandras verksamheter årligen, i syfte att se om de lokala rutiner som finns i verksamheten utgör ett tillräckligt stöd för en utomstående i det dagliga arbetet. <u>Rutiner</u> Rutiner finns i huvudsak utskrivna i pärmar och några finns på datorn. Verksamheten har på övergripande nivå tagit fram en rutin för vilken chef n vilka

Delområde	Kommentar
	rutiner. Rutiner revideras på förekommen anledning och respektive medarbetare med tilldelat ansvarsområde har ansvar och mandat att revidera rutiner så att dessa är ständigt aktuella. Verksamheten har nedskrivet i sin årsplanering att samtliga rutiner ska revideras två gånger per år. Verksamheten uppger att rutinerna är uppföljda och att den planering som finns efterlevs. I de fall nya rutiner upprättats eller befintliga rutiner reviderats, anges detta i ett dokument som alla medarbetare ska ta del av i anslutning till påbörjat arbetspass och därefter signera att man tagit del av informationen. Verksamheten behöver säkerställa att rutiner är aktuella.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamhetens omsorgstagare har en aktuell genomförandeplan som har följts upp enligt planeringen. Genomförandeplanen innehåller mål och delmål och hur insatsen ska utföras. Hur den enskilde varit delaktig i upprättandet framgår samt vilka som deltagit. Genomförandeplanen har datum för uppföljningen. Verksamheten har mer detaljerade beskrivningar i en APO-pärm hur insatsen ska genomföras tillsammans med den enskilde.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten använder sig av Safe doc som stöd för sin dokumentation. Den sociala journalen visar på faktiska händelser och omständigheter till stor del. Avvikelse framgår men inte alltid de åtgärder som vidtagits i samband med att en journalanteckning har förts i journalen. Journalföringen har utvecklats och det finns ett tydligare samband mellan beställning, mål och social journal. Verksamheten ska fortsätta sitt pågående arbete med att utveckla den sociala journalföringen.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som behöver ses över för att vara helt aktuella. Verksamheten erbjuder utbildning i social dokumentation och arbetssättet är förankrat hos medarbetarna. Verksamheten gör egenkontroller med fokus på loggar, APO och samlig dokumentation.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Omsorgstagarna görs delaktiga på flera sätt och det är tydligt att verksamheten i hög grad utgår från omsorgstagarnas önskemål. Flera mötesforum finns, med möjlighet till delaktighet i utformandet av de olika aktiviteter som erbjuds. Omsorgstagarna har även möjlighet att välja mellan flera moment inom ramen för en viss aktivitet i det dagliga arbetet. Mötesforum finns därutöver då verksamhetschef träffar omsorgstagarna en gång per termin och inhämtar synpunkter och önskemål. Dessa tas sedan upp i möten med personal i verksamheten och omsätts i praktik i möjligaste mån.
Kontaktsmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten benämner kontaktsmannaskapet som kontaktpersonal. Varje medarbetare är kontaktpersonal till flera personer som är i verksamheten. Kontaktpersonalen har avsatt tid för att dokumentera och upprätta genomförandeplaner. Kontaktpersonalen har det övergripande ansvaret för omsorgstagarens stöd i verksamheten och ansvarar för att upprätta genomförandeplanen, hålla arbetsinstruktioner i APO-pärmen aktuella och göra riskbedömningar på individnivå. Vidare ansvarar kontaktpersonalen för att sprida information kring förändringar på innehållsträffar till kollegor i verksamheten. Omsorgstagarna har möjlighet att byta kontaktpersonal, men kan inte välja vem man vill. Verksamheten har rutiner för att ersätta kontaktpersonal vid frånvaro. Rutiner och utbildning i kontaktpersonalens ansvar och arbetet är förankrat hos medarbetare.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Information lämnas till omsorgstagare dels i samband med de möten som hålls inom ramen för respektive aktivitet (t.ex. redaktionsmöte för tidningen Draken), men också på de omsorgstagarträffar då verksamhetschef deltar.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar aktivt med bemötandefrågor i verksamheten. I relation till omsorgstagarna framgår det tydligt i arbetsbeskrivningarna (APO-pärmen) hur respektive omsorgstagare önskar bli bemött. Verksamheten arbetar även aktivt

Delområde	Kommentar
	med att skapa en kultur i medarbetargruppen där man kan ge och ta emot konstruktiv kritik i syfte att utveckla arbetssätt. Detta är väl förankrat och uppskattat i medarbetargruppen. Ärligen genomförs aktiviteter för att stärka medarbetargruppens samarbete. En bok kring lösningsfokuserat arbetssätt utgör grund för dessa diskussioner och övningar. Verksamheten har planerat in i sitt årshjul för när kvalitetsdeklarationen ska gås igenom med arbetstagare och medarbetare så det blir en naturlig del i systematiska kvalitetsarbetet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Stöd till närstående sker uteslutande utifrån omsorgstagarnas önskemål. Verksamhetschef beskriver att relationen till närstående är mycket god. Kvalitetsutvecklare informerar om att i de fall anhöriga skulle uppleva ett ytterligare behov av stöd så kan verksamheten hänvisa till Solna stads anhörigteam.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Rutin för egenkontroll av livsmedelshygien finns och tillämpas. Hagavillan har ett kök och där lagas mat varje dag till lunch. Verksamheten följer de livsmedelskrav som miljö och hälsa ansvarar för. Verksamheten gör dagliga egenkontroller. Kvalitetsutvecklare uppmanar verksamheten att rapportera identifierade avvikelser i samband med denna egenkontroll på samma sätt som för övriga identifierade avvikelser.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Omsorgstagarna väljer själva om de vill ha med sig mat, eller köpa mat utifrån vad som säljs i caféet. Det finns även möjlighet att gå ut och äta på annan restaurang. Restaurangen har ett begränsat antal maträtter som erbjuds och en gång i månaden så lagas en önskerätt som omsorgstagarna har röstat fram.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Inom ramen för de aktiviteter som verksamheten erbjuder finns stor valmöjlighet. Tack vare nära samverkan med Vingens dagliga verksamhet kan omsorgstagarna välja aktiviteter från båda verksamheterna. Sommartid erbjuds uteaktiviteter. Möjlighet att påverka aktiviteternas innehåll finns.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Utöver brandlarm används inga larm i verksamheten. Kontrollrond genomförs regelbundet av ansvarig medarbetare tillsammans med omsorgstagare med motsvarande uppdrag.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten bedömer risken för hot och våld i samband med ny omsorgstagare och därefter minst en gång i halvåret. Verksamheten beskriver själv att risken för hot & våld är störst omsorgstagare emellan. Rutin finns för hot och våld och det framgår vad medarbetare ska göra för att förebygga sådana situationer, men även hur man ska agera om situation uppstår och även efter. I arbetsbeskrivningarna för omsorgstagarna (APO-pärm) framgår det vad som är särskilt viktigt att beakta för att förebygga att hot och våld uppstår.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar inte omsorgstagarnas nycklar. Rutin för hantering av personalnycklar finns.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar inte omsorgstagarnas privata medel på ett sådant sätt att kassabokföring är aktuell. Eventuellt stöd i samband med hantering av ekonomi, t.ex. handhavande av kort i samband med köp, framgår i genomförandeplanen, men är i dagsläget inte aktuellt i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om tystnadsplikt och sekretess gås igenom i samband med anställning, där medarbetare får skriva under att man förstått innebörden. Verksamheten beaktar även inre sekretess i hög utsträckning, genom att begränsa tillgänglig information kring omsorgstagarna till medarbetare som har behov av att ta del av den. Informationsöverenskommelse upprättas för samtliga omsorgstagare, där samtycke inhämtas för informationsöverföring utifrån omsorgstagarens önskemål.



## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Hagavillan &amp; Vingen</b> Rating 90						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p><b>Hagavillan &amp; Vingen</b> <b>Hagavillan &amp; Vingen</b></p> <hr/> <p><b>Organisationsnummer:</b> <b>556470-9185</b></p> <p>Namn: Waxö omsorgs Aktiebolag</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:</p> <table> <tr> <td>okt-21</td> <td>559 514,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>606 335,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>642 963,00</td> </tr> </table>	okt-21	559 514,00	sep-21	606 335,00	aug-21	642 963,00
okt-21	559 514,00						
sep-21	606 335,00						
aug-21	642 963,00						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

LUNDA DAGLIG VERKSAMHET



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år. Lunda dagliga verksamhet drivs av Nytida sedan 2018. Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har tillstånd om 16 platser och det är fem Solnabor som deltar i verksamheten.

Verksamheten vänder sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har sina lokaler i bottenvåningen på ett flerfamiljshus på Lundagatan i Solna. Verksamheten har avtal med Solna stad enligt LOV sedan 2016. Lunda är en arbetslivsinriktad daglig verksamhet där fokus ligger på att hitta praktikplatser på den öppna arbetsmarknaden. Det finns också möjlighet att delta i teater- och tidningsverksamhet.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i verksamheten den 14 december 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga delar i verksamheten och en enkät har skickats ut till enhetschefen att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog enhetschefen för Lundagatans dagliga verksamhet. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat en medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en engagerad medarbetargrupp och nuvarande enhetschef har arbetat två år i verksamheten. Verksamheten har haft en del omsättning av chefer vilket behöver följas över tid. Verksamheten har en liten medarbetargrupp som har ett stort engagemang för brukarna och som har anpassat sina aktiviteter under den pågående pandemin. Verksamheten erbjuder fler aktiviteter i lokalen och utomhus då flera av praktikplatserna inte har tagit emot praktikanter. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt och implementerat nya rutiner.

Verksamheten behöver se över sitt arbete vid allvarliga avvikelser och säkerställa att verksamhetens kvalitet inte påverkas negativt vid chefsbyten.

## 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	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	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
Risk och säkerhetsarbete	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner för mötesstruktur och ersättare vid chefsfrånvaro finns. Verksamheten behöver säkerställa att rutiner finns vid chefsbyte för att inte påverka verksamhetens kvalitet negativt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledning

## Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas till viss del. Verksamheten behöver säkerställa sina arbetsätt för att rapportera in allvarliga händelser till omvårdnadsnämnden.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens arbete med avvikelser

## Social dokumentation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för social dokumentations som är förankrade hos medarbetare.

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven enligt avtal.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens enhetschef har arbetat i verksamheten sedan 2019 och ansvarar för den dagliga driften och arbetar även direkt i verksamheten med att ge stöd. Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning och det finns namngiven ersättare vid chefsfrånvaro. Ledningsstrukturen är känd i medarbetargruppen. Funktionsbeskrivningar finns där det framgår vilket ansvar och mandat respektive funktion har. Enhetschefen kommer att avsluta sitt uppdrag på Lunda dagliga verksamhet och vid uppföljningstillfället saknas ersättare. Verksamhetschefen för området kommer att ta över ansvaret för en tid. Verksamheten saknar rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid ett chefsbyte.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträffar tio gånger per år. Verksamheten har även arbetstagarmöten varje vecka där medarbetarna diskuterar olika brukarfrågor. Ett kvalitetsråd bestående av enhetschef och representant från medarbetargruppen kallat verksamhetsstöd sammanträder två gånger per månad. Vid kvalitetsråden diskuteras inkomna avvikelser, resultat från egenkontroller och verksamhetens årshjul följs upp. Medarbetarna har möjlighet att skicka med frågor till kvalitetsrådet. Återkoppling sker på efterföljande APT. Varannan vecka träffas enhetschef och verksamhetschef för avstämning. Protokoll förs för ovanstående möten och beslut följs upp som stående punkt på respektive agenda. Protokollen finns tillgängliga för medarbetarna i verksamheten. Ledarträffar hålls fyra gånger per termin för enhetscheferna i de verksamheter som verksamhetschef ansvarar för.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO och nuvarande enhetschef står på tillståndet.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Två medarbetare tjänstgör i verksamheten, exklusive enhetschef och båda är tillsvidareanställda. Rutin finns för ersättare vid oplanerad frånvaro. Verksamheten samverkar med andra enheter i bemanningsfrågor, vilket möjliggör en hög personalkontinuitet även vid vikarier. Om ingen ordinarie medarbetare från annan enhet kan ersätta vid frånvaro har verksamheten ett antal timvikarier anställda i sådan utsträckning att man bedömer det som tillräckligt.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin för rekrytering av nya medarbetare finns. Inom Nytida finns chefsstöd vid rekrytering som kan avropas vid behov.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns för introduktion och checklista används. Skriftlig information finns framtagen som lämnas till ny medarbetare i samband med introduktionen. Informationen innehåller bland annat uppförandekod, information om tystnadsplikt och sekretess samt lex Sarah. Enhetschefen ansvarar för introduktionen samt uppföljning. Uppföljning av introduktionen sker löpande under en sexmånaders provanställning och därefter görs en avslutande uppföljning som dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Vid rekrytering beaktas att medarbetare har adekvat utbildning samt erfarenhet. Resultat av egenkontroller ligger till grund för den generella kompetensutvecklingsplanen. Nytida har en egen utbildningsorganisation, Lära, där ett antal utbildningar för verksamhetsområdet är obligatoriska för samtliga





Delområde	Kommentar
	<p>medarbetare att genomgå. Därutöver finns ett stort utbud av utbildningar - såväl nätbaserade som klassrumsbaserade - som verksamheten kan nyttja vid behov. Ett lärande sker även mellan verksamheterna på så kallade verksamhetsområdesträffar. Då träffas alla medarbetare från dagliga verksamheter och utbyter erfarenheter. Genomförd kompetensutveckling finns även med som stående punkt på APT-agendan. Medarbetare som genomgått utbildning har då i uppdrag att sammanfatta det man lärt sig och även reflektera över om det är några arbetsätt som behöver förändras utifrån utbildningens innehåll.</p> <p>Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Underlag för denna är i huvudsak medarbetarsamtal mellan medarbetare och chef.</p>

## Samverkan




Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>3. Godkänd</p>	<p>Då antalet medarbetare är litet och verksamhet endast bedrivs dagtid så träffas samtliga medarbetare under varje arbetspass. Rutin för intern samverkan finns och beskriver roller och forum samt syfte för intern samverkan.</p>
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan. I denna framgår det vilka externa aktörer samverkan sker med och i vilka frågor på en övergripande nivå. Utifrån detta dokumenteras det i detalj hur samverkan ska ske för respektive brukare inom ramen för den sociala dokumentationen.</p>

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>3. Godkänd</p>	<p><u>Rutiner</u></p> <p>Rutiner finns i kvalitetsledningssystem. Alla medarbetare har tillgång till dessa och är förtrogna med systemet. Vid behov formuleras lokala rutiner, men de flesta är gemensamma inom Nytida. Medarbetarna beskriver i samtal att man kan lyfta behov av reviderade rutiner när som helst och att detta då förs in på kommande mötesagenda där man gemensamt fattar beslut. Därefter är det enhetschefen som ansvarar för att genomföra beslutade ändringar i rutin. I de aktiviteter som brukarna erbjuds i verksamheten är det den medarbetare som är aktivitetsansvarig som har mandat att tillsammans med brukarna fatta beslut om ändrade rutiner.</p> <p><u>Risakanalys</u></p> <p>Risakanalys görs på verksamhetsnivå och på individnivå. Riskanalys görs dels ur ett arbetsmiljöperspektiv, dels ur ett brukarperspektiv. Därutöver görs en generell riskanalys för verksamheten minst två gånger årligen. Handlingsplaner förankras i medarbetargruppen på personalmöten.</p> <p>Verksamhetsrisker bedöms i huvudsak på kvalitetsråden och förankras i medarbetargruppen på APT. Risker på individnivå görs av samtliga medarbetare tillsammans med chef och dokumenteras i den sociala dokumentationen. Checklistor används som stöd och övriga risker kan läggas till vid behov. Vid granskning av social dokumentation framgår det att arbetet med riskbedömningar är väl förankrat i verksamheten.</p> <p>De risker som identifieras förs in i den så kallade förbättringsloggen. Därefter ansvarar enhetschef för att tillsammans med medarbetarna planera för åtgärder för att minimera risk och följer även upp om vidtagna åtgärder givit önskad effekt.</p> <p><u>Egenkontroll</u></p> <p>En stor egenkontroll genomförs två gånger årligen som täcker in samtliga områden i verksamheten. Det är ungefär 140 frågor som besvaras av chef tillsammans med alla medarbetare. Dessa frågor är anpassade till just daglig verksamhet. Resultatet utgör grund för verksamhetens planering framöver och följs upp av Nytidas kvalitetsavdelning. Därutöver genomförs månatlig brandond, årlig brandskyddskontroll, årlig fysisk och psykosocial skyddsround samt egenkontroll social dokumentation. Vid identifierade brister i samband med egenkontrollerna förs detta in i förbättringsloggen.</p> <p>I kvalitetsrådet följer man löpande upp om aktiviteterna enligt årsplaneringen genomförts som planerat och flyttar vid behov fram aktiviteter som inte hunnits med.</p> <p>En så kallad genomlysning görs även regelbundet utifrån årsplaneringen av verksamhetsstödet, som är en medarbetare i verksamheten, tillsammans med enhetsstödet som är en central funktion inom Nytida. Genomlysningen är en form av egenkontroll som har stödet till brukarna i fokus. Checklista finns som stöd och bland annat granskas den sociala dokumentationen för samtliga brukare.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Rutin för avvikelshantering finns som är förankrad hos medarbetare. Avvikelse rapporteras i systemet Q-maxit. När en avvikelse rapporterats får ansvarig chef ett mail om detta och ansvarar då för utredning och förslag till åtgärder som därefter lyfts på APT. För allvarliga avvikelser som klassas som 3 eller 4 på en fyrgradig skala går även ett mail till regionchef, sektorchef, affärsområdeschef och kvalitetschef som sedan har möjlighet att bevaka utredningen och vilka åtgärder som vidtas.</p> <p>Verksamheten har haft ett fåtal inrapporterade avvikelser och därutöver inkommer andra avvikelser utifrån egenkontroller. Då en avvikelse avslutas får rapportören ett mail och kan då följa hur ärendet fortlöpt och vilka åtgärder som planerats eller vidtagits. Avvikelsen avslutas först då uppföljning skett av planerade åtgärders effekt.</p> <p>Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah lyfts minst två gånger per år utifrån årsplaneringen, vilken enhetschef och verksamhetschef ansvarar för.</p> <p>Verksamhetens lokala rutin är inte förankrad hos ledningen vilket behöver säkerställas.</p>
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Utsedd medarbetare utgör tillsammans med enhetschef och verksamhetschef det lokala kvalitetsrådet. Övriga medarbetare kan komma med synpunkter och förbättringsförslag via förbättringsloggen eller muntligen till någon i kvalitetsrådet. Därefter hanteras frågan i kvalitetsrådet och återkoppling sker till medarbetarna på APT. Medarbetarnas upplevelse av delaktighet mäts även i den så kallade teambarometern som är att betrakta som en del av organisatorisk och social skyddsron. Den tydliga mötesstruktur som finns, där syfte finns beskrivet för respektive fora, beskrivs som en god förutsättning för att kunna lyfta frågor utan att de glöms bort.</p> <p>Alla medarbetarna har även möjlighet att när som helst lägga in förbättringsförslag i förbättringsloggen, vilket sedan lyfts på APT.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  3. Godkänd	Verksamheten har ett anpassat dokumentationssystem för daglig verksamhet SMART som har en tydlig och bra struktur. Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan som innehåller mål och hur stöd ska ges inom de olika insatserna. Delaktigheten vid upprättandet framgår och hur, när och vem som utföra stödet. Verksamheten använder sig av tydliga samtycken och uppföljning av genomförandeplan finns beskrivet och görs med ett sexmånadersintervall eller oftare vid behov.
Social journal  3. Godkänd	Den sociala journalen följer en kronologisk ordning och det går att följa journalanteckningar riktade mot uppsatta mål. Det framgår faktiska händelser och avvikelser från genomförandeplanen och när genomförandeplanen upprättats och insatser har påbörjats. Språkbruket är värderingsfritt och respektfullt.
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för egenkontroller som omfattar samtliga delområden som föreskriften föreskriver.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Funktionsbeskrivning finns för kontaktmannens uppdrag. Alla brukare har en utsedd kontaktman. Då det endast är tre medarbetare i verksamheten så har alla en god kännedom om samtliga brukare. Detta tillsammans med veckovisa möten där samtliga brukare diskuteras minskar sårbarheten vid frånvaro. Brukarna informeras regelbundet om möjligheten att byta kontaktman. Veckovisa möten mellan kontaktman och brukare samt att kontaktman tillsammans med brukare följer upp genomförandeplanen regelbundet skapar förutsättning för en förtroendefull relation.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten finns och lämnas till ny brukare i samband med att denne introduceras i verksamheten. Varje morgon hålls morgonmöte med samtliga brukare. Då lämnas löpande information om verksamheten och möjlighet ges för brukarna att komma med önskemål. Verksamheten arbetar utifrån ett tidigare projekt som kallas "Kliv ut", som syftar till att motivera brukare, som har en utmaning i att komma till verksamheten, att öka sin närvaro. Individuellt stöd ges i form av telefonpåminnelser, motiverande samtal och även hembesök vid behov. I de fall man ändå inte lyckas motivera brukaren att öka sin närvaro återkopplas detta till

Delområde	Kommentar
	ansvarig LSS-handläggare.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Enhetsmöten hålls regelbundet och är brukarnas forum för inflytande och delaktighet. Agenda finns och protokollen finns tillgängliga i verksamheten. Synpunkter och förbättringsförslag från enhetsmötena lyfts som en stående punkt på efterföljande personalmöte och återkopplas därefter till brukarna på nästkommande enhetsmöte. Behovet av anpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan, då detta är ett livsområde som alltid beaktas.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Värdegrundsfrågor diskuteras vid behov på enhetsmötena med brukarna. I medarbetargruppen ingår värdegrundsfrågorna som en del i Nytidias pedagogiska ramverk och de utbildningar som är obligatoriska för samtliga medarbetare. Värdegrundsfrågor är även en del i den stora egenkontrollen som görs två gånger årligen, då en självskattning görs och åtgärder vid behov läggs in i förbättringsloggen. Enhetschefen har förankrat Solna stads kvalitetsdeklaration både hos medarbetare och brukare i verksamheten.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att i dagsläget är samtliga brukare självständiga i sådan utsträckning att samverkan med anhöriga inte varit aktuellt. Därför har inga rutiner upprättats för hur verksamheten ska identifiera behov av samt vid behov ge stöd till anhöriga. Medarbetare har kunskap om det stöd som Solna stad kan erbjuda till anhöriga och kan hänvisa det om behov skulle finnas.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Brukare har möjlighet att värma egen matlåda eller att köpa en matlåda från verksamheten. Verksamheten har matlagningsgrupp två dagar i veckan där arbetstagarna lagar mat tillsammans.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	De aktiviteter som erbjuds i verksamheten utgår från förslag från brukarna. På arbetstargarmöten finns en stående agendapunkt gällande just aktivitetsönskemål. Verksamheten redogör under samtal för flera exempel där brukarönskemål omsatts i praktik i form av stående, återkommande aktivitet. T.ex. en träningsgrupp som hålls regelbundet. Utöver aktiviteter i verksamheten arbetar man för att erbjuda externa praktikplatser. Det finns ett pågående arbetssätt som ger stöd för brukare som är redo att testa extern praktik. Under 2021 har inte praktikplatser kunnat erbjudas som planerat med anledning av pandemin. Verksamheten har förlagts utomhus till stor del för att minska smittspridningen.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet i medarbetargruppen utifrån årsplaneringen. Samtliga medarbetare skriver under att de tagit del av rutinen och förstått dess innebörd.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns. Nuvarande brukare är självständiga i sådan utsträckning att verksamheten ej hanterar privata medel i dagsläget.

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har inbrottslarm kopplat till bevakningsbolag samt lokalt brandlarm. Verksamheten har klarlagt vilka larm som hör till respektive enhet och det finns specifika koder för larmen. Medarbetarna är informerade och det finns rutiner.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot & våld som innehåller allt det som rutinen ska innehålla. Rutinen lyfts dels vid introduktion, men även därefter regelbundet på APT.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Lunda daglig verksamhet</b> Rating 62						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p><b>Lunda daglig verksamhet</b></p> <hr/> <p><b>Organisationsnummer:</b> <b>556434-5691</b></p> <p>Namn: Nytida Stöd och Resurs AB</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter: 1</p> <table> <tr> <td>okt-21</td> <td>649 021,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>810 892,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>889 278,00</td> </tr> </table>	okt-21	649 021,00	sep-21	810 892,00	aug-21	889 278,00
okt-21	649 021,00						
sep-21	810 892,00						
aug-21	889 278,00						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

SAGAGATAN



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Sagagatans dagliga verksamhet drivs av Waxö omsorg. Waxö omsorg har tillstånd från Inspektion för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har tillstånd för 15 platser och fem brukare från Solna deltar i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten ligger på Sagagatan i ett flerfamiljshus i närheten av Solna centrum. Brukarna i verksamheten har stora omvårdnadsbehov och fokus ligger på att erbjuda meningsfulla aktiviteter där aktivering av sinnen och tydliggörande pedagogik används som metod.

Avtalsuppföljning gjordes den 10 december 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga delar i verksamheten och en enkät har skickats ut till verksamhetschefen att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog verksamhetschef för Sagagatan. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat två medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av två personakter efter inhämtat samtycke.

Kvalitetsutvecklaren har tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Verksamhetens medarbetare är engagerade och har brukarfokus. Verksamheten är liten med ett fåtal omsorgstagare med en stabil medarbetargrupp som arbetat länge i verksamheten. Verksamheten har tydliga arbetssätt för teckenkommunikation och erbjuder en mängd olika aktiviteter. Under året har medarbetare erbjudits utbildning i att rapportera avvikelser och social dokumentation. Verksamhetens arbete med genomförandeplan är väl förankrat. De har arbetat aktivt med sina utvecklingsområden sedan föregående års uppföljning. Verksamheten har kvarstående förbättringsområden med sitt arbete med avvikelser och social dokumentation. I övrigt bedöms verksamheten uppfylla samtliga krav.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 mars 2022. I utvecklingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## 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	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	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
Risk och säkerhetsarbete	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas till stor del. Verksamheten behöver ta fram rutiner för chefsbyte för att undvika att det systematiska kvalitetsarbetet påverkas negativt.

Status	Utvecklingsområden
<span style="color: gray;">■</span> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledning

## Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling och utformning är hög. Verksamheten har många styrande dokument i olika pärmar och det blir därför viktigt att den som söker information i dessa kan känna sig trygg i att informationen är aktuell. Det behöver framgå i dokument när de senast är reviderade.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens systematiska ledningssystem

## Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt med den sociala dokumentationen. Verksamheten behöver utveckla hur egenkontroller kan utveckla den social dokumentationen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll av social journal
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

## Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven utifrån avtalet.



## Underlag bedömning

### Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef tjänstgör 100% i verksamheten och är utbildad hantverkspedagog. Funktionsbeskrivning för verksamhetschef är framtagen där chefens ansvar framgår. I de fall verksamhetschef inte är på plats i verksamheten finns hen tillgänglig per telefon och mail. Intervjuade medarbetare uttrycker att man upplever verksamhetschef som tillgänglig och stöttande i alla situationer där medarbetare behöver vägledning såväl i det dagliga arbetet som i mer övergripande frågor. Namngiven ersättare finns vid chefs frånvaro, vilket är förankrat i medarbetargruppen. Verksamheten saknar rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid ett chefsbyte vilket behöver upprättas.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten redogör för en tydlig mötesstruktur, där olika möten har ett fördefinierat syfte. En årsplanering finns för vilka frågor som ska lyftas i vilket mötesforum under året och när dessa möten ska hållas. Protokoll förs och uppföljning av fattade beslut sker som stående punkt på agenda. Protokollen finns tillgängliga för dem de berör.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktuellt tillstånd från IVO och det är verksamhetschef som står som föreståndare i tillståndet.

### Personal och utbildning


Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten strävar efter hög personalkontinuitet. Tre medarbetare har en tillsvidareanställning och en timvikarie är anställd i verksamheten. Därutöver samverkar man vid behov med andra dagliga verksamheter inom Waxö Omsorg. Rutin vid frånvaro finns och är förankrad hos medarbetarna. Verksamheten bedömer att behovet av medarbetare och vikarier är tillgodosett.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har mandat att anställa timvikarier helt självständigt. Vid tillsvidareanställningar är VD alltid med och fattar tillsammans med verksamhetschef beslut om anställning. Behov av framtida rekryteringar analyseras på verksamhetsövergripande nivå och frågan hanteras av ledningsgruppen där verksamhetscheferna inom Waxö Omsorg ingår. Verksamhetschefen har påbörjat rekrytering av vikarier till verksamheten

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Skriftlig rutin finns, checklista används som stöd och den nyanställda får med sig checklistan där utrymme för egna kommentarer under introduktionen finns. Introduktionen följs upp av verksamhetschef vilket dokumenteras. Verksamheten gör ingen skillnad på introduktion av timvikarier och tillsvidareanställda. Timvikarier bjuds även in till vissa av de så kallade innehållsträffarna, där man diskuterar utformningen av stödet till brukarna.
Kompetensutveckling  3. Godkänd	Inför rekrytering gör verksamheten en bedömning av vilken kompetens som krävs i verksamheten för tillfället. Detta ligger till grund för vilka som kallas till intervju. Waxö Omsorg har en del interna utbildningar som hålls löpande i fortbildningssyfte. Därutöver kan såväl chef som medarbetare uttrycka önskemål eller behov av kompetensutveckling, vilket ligger till grund för medarbetarnas individuella kompetensutvecklingsplaner. Utöver medarbetarsamtalen träffas verksamhetschef och respektive medarbetare regelbundet under året på så kallade individuella personalträffar, där medarbetarens utveckling följs upp och hur denne förvaltat sitt uppdrag. Resultat av olika egenkontroller och uppföljningar ligger till grund för strategisk kompetensutveckling. VD inom Waxö omsorg följer upp att planerade utbildningssatsningar utifrån årsplaneringen genomförts enligt plan. Resultatet av uppföljningen diskuteras på verksamhetschefsträffarna som hålls av VD tillsammans med alla verksamhetschefer. Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den medarbetare som genomgått någon utbildningsaktivitet förväntas presentera det man fått till sig för sina kollegor på nästkommande personalmöte. Fullgoda språkkunskaper inventeras i samband med anställning. Några formella kompetenskrav finns inte utan en bedömning av sökandes lämplighet och kompetens görs i varje enskilt fall. Under 2021 har två större utbildningssatsningar gjorts internt inom området social dokumentation och att rapportera avvikelser.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Rutin finns för hur medarbetare förmedlar viktig information till kollegor samt hur ledning förmedlar viktig information. Särskild flik finns i pärm, där alla medarbetare ansvarar för att ta del av ny information i direkt anslutning till varje påbörjat arbetspass. När man tagit del av informationen, signerar man, så att verksamhetschef vet att informationen nått fram.
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Rutin för samverkan finns. Externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Verksamheten beskriver att samverkan med externa parter i huvudsak sker utifrån omsorgstagarnas önskemål och uttryckta behov. Detta dokumenteras i ett så kallat samverkansavtal.


## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Kärnan i verksamhetens kvalitetsarbete är det årshjul som finns på verksamhetsövergripande nivå och de olika stående mötena. Avvikelser, resultat från egenkontroller och riskanalyser och andra utvecklingsfrågor lyfts i det mötesföra som lämpar sig för respektive fråga. De två dokumenten <i>genomförandeplan-personal</i> och <i>genomförandeplan-verksamhet</i> är där dokumentation sker gällande planerad utveckling och uppföljning på medarbetar- respektive verksamhetsnivå. Samtliga verksamheter inom Waxö Omsorg har utsedda personalrepresentanter som årligen träffar styrelsen för att diskutera och planera identifierade utvecklingsområden. <u>Riskanalys</u> Verksamheten bedömer risker knutna till omsorgstagarna i samband med ny omsorgstagare, därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan samt därutöver vid behov. Risker bedöms dels ur ett omsorgstagarperspektiv och dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplan utifrån identifierade risker formuleras och förs in i de arbetsbeskrivningar som finns i respektive omsorgstagar APO-pärm (arbetspärm-omsorgstagar). Denna pärm är del av personakt och ett komplement till sådan dokumentation som förs elektroniskt. Checklista finns som stöd vid riskbedömning ur ett omsorgstagarperspektiv, med aspekter som alltid ska beaktas. Det är respektive stödperson som ansvarar för att genomföra riskbedömning på individnivå och dokumentationen förvaras i respektive brukares APO-pärm. I samtal med medarbetarna framgår det att




Delområde	Kommentar
	<p>rutinen är förankrad då man uttrycker att riskfilken i pärmen är viktig att ha koll på och en sak man alltid visar timvikarier och nya medarbetare.</p> <p>Vad gäller identifierade risker på organisatorisk nivå så är det ett nyligen påbörjat arbete beskriver verksamhetschef. Verksamhetschefen har beslutat att arbetsmiljörelaterade avvikelser ska sättas in i verksamhetens arbetsmiljöpärm och det inkommer avvikelser regelbundet. Då arbetssättet är nytt behöver detta följas över tid så att det är helt implementerat.</p> <p><u>Egenkontroll</u></p> <p>Verksamheten har rutin för egenkontroll. En tydlig mötesstruktur finns, där uppföljning av tidigare beslut och utvärdering av vidtagna åtgärder är en stående punkt. Tre olika interna enkäter används som underlag för verksamhetsplan och fortsatt utvecklingsarbete. Verksamhetscheferna inom Waxö omsorg besöker varandras verksamheter årligen, i syfte att se om de lokala rutiner som finns i verksamheten utgör ett tillräckligt stöd för en utomstående i det dagliga arbetet. Identifierade utvecklingsområden i samband med respektive egenkontroll först in i verksamhetsplaneringen - <i>genomförandeplan-verksamhet</i>.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Rutiner som medarbetarna behöver känna till finns uteslutande utskrivna i pärmar. Vissa ledningsrutiner finns på datorn. Rutiner revideras på förekommen anledning och respektive medarbetare med tilldelat ansvarsområde har ansvar och mandat att revidera rutiner så att dessa är ständigt aktuella. Verksamheten har i sin årsplanering att samtliga rutiner ska revideras årligen. Egenkontroller finns i årsplaneringen som bland annat innebär att rutiner kopplade till individuellt stöd går igenom för att säkerställa att de är aktuella.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin finns för avvikelshantering. Verksamhetschef beskriver att avvikelser varit ett verksamhetsfokus och alla medarbetare har fått en internutbildning i hur man arbetar med avvikelser. Avvikelser rapporteras med en regelbundenhet och har även föranlett utredning enligt Lex Sarah. Åtgärder redovisas i kvalitetsberättelsen. Avvikelser knutna till omsorgstagarna som övriga avvikelser rapporteras i samma blankett för att underlätta för medarbetarna. Verksamhetschef tar emot rapporterna och inleder en utredning som sedan presenteras för medarbetarna på kommande personalmöte där beslut om åtgärder fattas och ansvar fördelas. Avvikelser finns med som en stående punkt på agendan.</p> <p>Verksamhetschef har lagt in rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah-rutin i verksamhetens årshjul så att det finns inplanerat och genomförs systematiskt.</p> <p>Brukarna har i dagsläget ingen möjlighet att lämna klagomål anonymt. Blanketter finns tillgängliga men låda eller annan plats att lämna dessa saknas uttrycker verksamhetschef. Detta är något som planeras att åtgärdas snarast.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetarna har ansvar för olika aktiviteter i verksamheten och inom ramen för detta uppdrag har man mandat att tillsammans med brukarna ändra aktiviteternas upplägg med tillhörande rutiner. Medarbetarna görs även delaktiga genom de mötesforum som finns, där framgångsanalyser genomförs, avvikelser utreds och beslut om åtgärder fattas gemensamt. I samtal med medarbetarna uttrycker de att verksamhetschef tacksamt tar emot förbättringsförslag och att dessa lyfts på möten gemensamt. Medarbetarna uttrycker att verksamhetschef alltid finns tillgänglig, är lyssnande och tar tillvara medarbetarnas synpunkter och lyssnar till deras behov.</p>

## Social dokumentation



Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamhetens omsorgstagare har en aktuell genomförandeplan som har följts upp enligt planeringen. Genomförandeplanen innehåller mål och delmål och hur insatsen ska utföras. Hur den enskilde varit delaktig i upprättandet framgår samt vilka som deltagit. Genomförandeplanen har datum för uppföljningen.</p> <p>Verksamheten har mer detaljerade beskrivningar i en APO pärm hur insatsen ska genomföras tillsammans med den enskilde.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten använder sig av Safe doc som stöd för sin dokumentation. Den sociala journalen visar på faktiska händelser och omständigheter till stor del. Avvikelser framgår men inte alltid de åtgärder som vidtagits i samband med att en journalanteckning förs i journalen. Journalföringen har utvecklats och det finns ett tydligare samband mellan beställning, mål och social journal. Den granskade sociala journalen behöver vara mer nyanserad när verksamheten dokumenterar avvikelser då fokus ligger på det som inte fungerar.</p>

Delområde	Kommentar
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som behöver ses över för att vara helt aktuella. Verksamheten erbjuder utbildning i social dokumentation och arbetssättet är förankrat hos medarbetarna. Verksamheten gör egenkontroller med fokus på loggar, APO och samtlig dokumentation. Verksamheten behöver säkra att egenkontrollen omfattar de brister som finns i social journal.



## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskap finns och det framgår i denna vad kontaktmannaskapet innebär. Medarbetargruppen är liten, vilket gör att samtliga deltagare känner alla medarbetare väl. Genom att ha få och väl introducerade vikarier minimeras risker som uppstår i samband med kontaktmannens frånvaro. Brukarna har möjlighet att byta kontaktman, men verksamhetschef och medarbetare uttrycker att inga brukare i verksamheten har förmåga att göra sådana val i dagsläget. Samtliga brukare har en utsedd kontaktman, i verksamheten kallad stödpersonal.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten lämnas till ny brukare och dennes anhöriga. Samverkan med anhöriga sker utifrån individuella informationsöverenskommelser, som utgör del av social dokumentation. Vid granskning av social dokumentation framgår det att sådana informationsöverenskommelser är upprättade enligt rutin.
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	Brukarna har en begränsad förmåga att uttrycka sina önskemål, men det framgår i social dokumentation att personal återkommande tolkar brukarnas önskemål. Individanpassat kommunikativt stöd beskrivs även i den sociala dokumentationen. Bildstöd används samt aktivitetsscheman för att skapa förutsägbarhet.


## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Verksamheten har interna utbildningar kring värdegrund och etik. Samtliga medarbetare genomgår en sådan utbildning kallad <i>Etik i praktiken</i> där etiska dilemman och förhållningssätt diskuteras. Individanpassat bemötande beskrivs även i APO-pärmen, vilket framgår vid granskning. Solna stads kvalitetsdeklaration lyfts regelbundet i medarbetargruppen på möten och hos brukarna och deras anhöriga i samband med uppföljning av genomförandeplan. I samtal med medarbetarna framgår det att kvalitetsdeklarationen är känd samt att rutinen att denna ska lyftas i samband med uppföljning av genomförandeplan är förankrad.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Anhörigas behov av stöd fångas upp i samband med upprättande av de så kallade informationsöverenskommelserna. I samtal med verksamhetschef framgår det att denne är medveten om att möjlighet till stöd via Solna stads anhörigteam finns.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	Verksamheten beställer färdig mat och möjlighet att välja mellan fem olika rätter finns. För de brukare som inte kan uttrycka sina önskemål utgår man från den erfarenhet som finns gällande brukarens matpreferenser, vilket även sker i samverkan med anhöriga.
Livsmedelshygien  3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	Aktiviteter som erbjuds i verksamheten anpassas löpande utifrån identifierade behov hos brukarna. Varje omsorgstagare har ett schema för sina aktiviteter, verksamheten erbjuder både individuella aktiviteter och aktiviteter i grupp. Omsorgstagarna är delaktiga i aktiviteternas utformning framför allt vid upprättandet av genomförandeplanen.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts dels i samband med introduktion men även regelbundet därefter. Sekretessförbindelse signeras i samband med anställning.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar ej deltagarnas privata medel.
Larm ● 3. Godkänd	Rutin för larm finns i verksamheten. Funktionskontroll sker regelbundet och dokumenteras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Risk för hot och våld bedöms i samband med ny omsorgstagare samt minst var sjätte månad och därutöver vid behov. Rutin för hot och våld finns och lyfts regelbundet på personalträffar.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Sagagatan</b> Rating 90
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Sagagatan</b> <b>Organisationsnummer: 556470-9185</b> Namn: WAXÖ OMSORGS AKTIEBOLAG Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA  Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 559 514,00 sep-21 606 335,00 aug-21 642 963,00  ..

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

SMEDJAN I DANDERYD





## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år. Smedjans dagliga verksamhet i Danderyd ingår som en av Solna stads LOV-upphandlade verksamheter och drivs av Nytida. Smedjan har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt 60 platser. Vid uppföljningstillfället deltar 10 Solnabor i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS. I huvudsak är det personer med Aspergers syndrom/högfungerande autism som erhåller stöd i verksamheten.

Smedjan dagliga verksamhet drivs i fina lokaler i Danderyd. Verksamheten har en tydlig inriktning mot arbetsträning, i syfte att förbereda arbetstagarna för den öppna arbetsmarknaden. Utöver externa praktikplatser, erbjuder verksamheten aktiviteter inom snickeri, textil, ateljé, musikproduktion, media, körkortsteori, kontorsarbete och har även en servicegrupp där arbetstagare tar emot och utför serviceuppdrag på andra enheter.

Avtalsuppföljningen genomfördes den 11 november 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga delar i verksamheten och en enkät har skickats ut till enhetschefen att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog enhetschef från Smedjan. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat en medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten är välfungerande och har en engagerad personalgrupp och ett nära ledarskap med korta beslutsvägar. Verksamheten har behövt göra förändringar under åren på grund av pandemin då flera praktikplatser har pausats. Verksamheten har planerat för utomhusaktivitet för att minska smittspridningen. Deltagare har även haft möjlighet att arbeta hemifrån och möten har genomförts via teams med anledning av pandemin.

Verksamheten har utvecklat sin sociala dokumentation och den uppfyller kraven i avtalet. Verksamheten behöver se över sina lokala rutiner för samverkan samt hur kvaliteten bibehålls vid chefsbyte. I övrigt bedöms verksamheten uppfylla samtliga krav. Verksamhetens bokslut är försenat med anledning av att Bolagsverket inte är i fas med sitt arbete.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## 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	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis

### Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas inom området. Verksamheten behöver ta fram rutiner vid chefsbyte så att inte verksamhetens kvalitet påverkas negativt.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledning

## Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Samverkan

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis inom området. Verksamheten behöver se över och utveckla sina lokala rutiner för samverkan.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Extern samverkan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Intern samverkan

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

### Smedjan i Danderyd

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förankra och öka tillämpningen av rutin för avvikelshantering

## Social dokumentation

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för social dokumentation som är förankrade hos medarbetare.

## Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

## Ekonomisk kontroll

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Uppföljning av ekonomin behöver genomföras under första kvartalet 2022.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har personalmöte varje vecka där frågor knutna till arbetstagarna lyfts och även andra verksamhetsfrågor. En gång i månaden hålls arbetsplatsträffar. Enhetschefen ingår i en ledningsgrupp om fem verksamheter som träffas för att diskutera olika frågor. Agenda finns för samtliga möten, protokoll förs och beslut följs upp på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Enhetschef har ansvar för verksamheten och har en hög närvaro. Enhetschefen ansvarar för att fördela arbetet, personalansvar och kan avropa stöd från enhetsstöd med vissa egenkontroller och visst administrativt arbete. Det finns även stöd i personalfrågor som fås av verksamhetschef och verksamhetsstöd. Rutin för ersättare vid chefs frånvaro finns och är förankrad i medarbetargruppen. Verksamheten saknar rutiner för hur kvaliteten säkerställs vid chefsbyte vilket kan behöva utvecklas inom företaget.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO och enhetschef står som föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare. Checklista finns och skriftligt material lämnas, som innehåller företagsspecifik information, information om Lex Sarah, tystnadsplikt, värdegrundsinformation samt beskrivning av var lokala rutiner finns. En fadder utses som genomför introduktionen med ny personal. Enhetschef är sedan den som följer upp introduktionen vilket görs efter två månader.

Delområde	Kommentar
	I checklisten för introduktion anges planerat datum för uppföljning av introduktionen. Chef följer därefter upp introduktionen, vilket dokumenteras genom underskrift av chef samt introducerad medarbetare.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan och samtliga medarbetare som tjänstgör i verksamheten har individuella kompetensutvecklingsplaner. Verksamhets- och enhetschef gör en bedömning av vad som ska ingå i den generella planen och de individuella planerna formuleras och följs upp i samband med medarbetarsamtal. Nytida har Lära, som är en utbildningsorganisation inom företaget, att erbjuda utbildning till verksamheterna. Verksamheten nyttjar de utbildningar som Lära tillhandahåller och dessa planeras in i den generella kompetensutvecklingsplanen utifrån identifierade behov. Medarbetarna har även tagit del av de utbildningar och nätverk som finns inom Forum Carpe. Under pandemin har i huvudsak e - utbildningar kunnat genomföras.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Rutin finns vid korttidsfrånvaro som är känd i verksamheten, personalkontinuiteten är hög. Samverkan sker inom verksamheten för att hjälpa varandra vid sjukdom om inte en vikarie har möjlighet att komma in. Verksamheten har vikarier att tillgå och behovet bedöms vara tillgodosett.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare. Verksamheten säkerställer rätt kompetens genom att CV begärs in och språkkunskaper beaktas i samband med intervju. Rekryteringen anpassas till viss del utifrån inriktning på aktiviteten om det finns behov av specialkompetens. Vid nyanställning eftersträvar verksamheten att sökande har högskoleutbildning inom lämpligt område.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har identifierat och beskrivit samverkansparter när samverkan ofta sker i rutin. Därutöver sker samverkan utifrån respektive arbetstagares individuella behov och önskemål. Samtycke inhämtas innan kontakt tas. Verksamheten har ett medvetet arbetssätt i de fall en arbetstagare ej kommer till verksamheten. Rutin finns för när LSS-handläggare ska informeras och individuell bedömning görs för hur arbetstagaren ska kontaktas vid frånvaro. Om arbetstagaren bor i bostad med särskild service kontaktas bostaden efter att samtycke inhämtats, för att samverka kring att motivera arbetstagaren att komma till sin dagliga verksamhet. Verksamheten behöver beskriva övergripande extern samverkan i sin lokala rutin t.ex. samverkan med omvårdnadsförvaltningen.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en stund varje morgon, där medarbetarna går igenom dagen innan arbetstagarna börjar. I samband med detta kan sådant som frånvaro hanteras och alla får en bild av hur dagen är tänkt att fortlöpa. Tisdagsmötena är ett forum där intern samverkan sker mellan samtliga medarbetare. Fokus på dessa möten är arbetstagarna och hur insatserna fortlöper för respektive individ. Verksamheten behöver skriva ner sin interna samverkan för att säkerställa arbetssätten i verksamheten.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna erbjuds delaktighet på flera sätt. Dels hålls ett kvalitetsråd varje månad. Agenda finns. En stående punkt är gemensam utredning och diskussion om inkomna avvikelser. Medarbetarundersökning genomförs årligen och resultatet ligger till grund för planerade aktiviteter framöver i verksamheten. Medarbetarna kan även inkomma med förbättringsförslag i en så kallad förbättringslogg. Inkomna förbättringsförslag lyfts på personalmöte och gemensam diskussion förs kring hur man kan gå vidare. Medarbetarna inkluderas även vid fysisk och social skyddsround, vad gäller att identifiera brister samt risker och utifrån detta ta fram en åtgärdsplan.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och system för hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. En hög grad av systematik beskrivs inom ramen för arbetet med inkomna klagomål, åtgärder vidtas och återkoppling sker enligt rutin till den som lämnat klagomål eller synpunkt till verksamheten. Verksamheten har rutin för avvikelserapportering som är implementerad hos medarbetarna. Syftet med avvikelser lyfts regelbundet på APT och stående punkt finns där inkomna avvikelser utreds och beslut fattas om åtgärd.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Rutiner finns i kvalitetsledningssystem. Alla medarbetare har tillgång till dessa och är förtrogna med systemet. Vid behov formuleras lokala rutiner, men de flesta är gemensamma inom Nytida. Riskanalys görs på verksamhetsnivå och på individnivå. Riskanalys görs dels ur ett arbetsmiljöperspektiv men också ur ett deltagarperspektiv. Därutöver görs en generell riskanalys för verksamheten minst två gånger årligen. Handlingsplaner förankras i medarbetargruppen på personalmöten. En stor egenkontroll genomförs två gånger årligen som täcker in samtliga områden i verksamheten. Resultatet utgör grund för verksamhetens planering framöver och följs upp av Nytidans kvalitetsavdelning. Därutöver genomförs månatlig brandrond, årlig brandskydds kontroll, årlig fysisk och psykosocial skydds rond samt egenkontroll social dokumentation utifrån en framtagen checklista. Verksamhetschef och enhetschef träffas även varje månad och går igenom en egenkontrolllista, för att försäkra sig om att aktiviteter i årshjulet utförs enligt plan.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamheten har ett anpassat dokumentationssystem för daglig verksamhet SMART som har en tydlig och bra struktur. Samtliga arbetstagare har en aktuell genomförandeplan som innehåller mål och hur stöd ska ges inom de olika insatserna. Delaktigheten vid upprättandet framgår och hur, när och vem som ska utföra stödet. Verksamheten använder sig av tydliga samtycken och uppföljning av genomförandeplan finns beskrivet och görs med ett sexmånadersintervall eller oftare vid behov.
Social journal ● 3. Godkänd	Den sociala journalen följer en kronologisk ordning och det går att följa journalanteckningar riktade mot uppsatta mål. Det framgår faktiska händelser och avvikelser från genomförandeplanen och när genomförandeplanen upprättats och insatser har påbörjats. Språkbruket är värderingsfritt och respektfullt.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för egenkontroller som omfattar samtliga delområden som föreskriften föreskriver.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten har måndagsmöten för arbetstagarna, där möjlighet finns att inkomma med synpunkter och önskemål. Individuella veckosamtal hålls mellan stödperson och arbetstagare. En gång per månad har verksamheten så kallat inflytelsemöte, där enhetschef deltar och kan ta emot förslag, önskemål och synpunkter. Därutöver följs genomförandeplanen upp minst två gånger per år, där arbetstagare och stödperson träffas för detta. Behov av anpassad kommunikation beaktas i samband med upprättande av, samt revidering av genomförandeplan.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Samtliga arbetstagare har en stödperson, vilket är verksamhetens benämning på kontaktsman. Det finns dessutom en andre stödperson, som kan överta uppdraget vid frånvaro. Arbetstagarna informeras om möjligheten att byta stödperson om man vill och rutin finns där stödpersonens uppdrag tydligt framgår.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Rutiner finns för mottagande av ny arbetstagare i verksamheten. Skriftligt material lämnas i samband med introduktion. Tillfälliga förändringar i verksamheten informeras arbetstagarna om löpande samt på måndagsmöte där protokoll efter mötet sätts upp på anslagstavla för alla att ta del av. Stödpersonen går igenom protokollet tillsammans med arbetstagaren om denne så önskar.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten utgår från Nytidans ramverk för värdegrundsarbetet Vår Värld samt Nytidans Pedagogiska ramverk. Samtliga medarbetare har fått utbildning inom dessa. På inflytelsemötet diskuteras arbetstagarnas arbetsmiljö och i dessa diskussioner förs samtal kring hur man är mot varandra i verksamheten. Solna stads kvalitetsdeklaration finns uppsatt på anslagstavla i verksamheten. För arbetstagare från Solna är kvalitetsdeklarationen en punkt som introduktionschecklistan och man går tillsammans med den enskilda igenom



Delområde	Kommentar
	innehållet. På APT har verksamheten lyft kvalitetsdeklarationen för samtliga medarbetare och tydliggjort att detta är löften från Solna stad till sina medborgare och att verksamheten behöver förankra detta.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten genomför årligen en närståendeundersökning. Resultatet ligger till grund för verksamhetens fortsatta arbete. Verksamheten uttrycker att då arbetstagarna är vuxna människor, så har man inte så mycket kontakt med anhöriga utöver om arbetstagare uttrycker önskemål om detta. Kvalitetsutvecklare informerar om att i de fall då anhöriga upplevs vilja vara mer delaktiga än arbetstagaren själv vill och verksamhetens eget stöd till anhöriga bedöms ej räcka till, så kan man hänvisa till Solna stads anhörigstöd.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Rutin för mottagningskontroll av varm mat finns och tillämpas i verksamheten. Uppmätt temperatur dokumenteras, kontrollen signeras och eventuella avvikelser rapporteras till matleverantör.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten samverkar med matleverantören Köket, som levererar mat till verksamheten för de arbetstagare som så önskar. Önskemål kring mat som arbetstagarna uttrycker skickas via mail till Köket, som också bjuds in till verksamheten vid behov för att diskutera maten som levereras.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Det är arbetstagarnas uttryckta önskemål och intressen som ligger till grund för vilka aktiviteter som erbjuds och vilka praktikplatser som söks upp. Detta inventeras dels i samtal mellan stödperson och arbetstagare, men möjlighet att påverka verksamhetens innehåll finns även på måndagsmöten, inflytelsemöten och via Lådan, som är verksamhetens låda för att ta emot anonyma synpunkter, förslag och klagomål.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	För de larm som används i verksamheten finns rutin för funktionstest, vilket signeras i lista då denna genomförts.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld som innehåller allt det som rutinen ska innehålla. Rutinen lyfts dels vid introduktion, men även därefter regelbundet på APT.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten hanterar inte arbetstagarnas nycklar. Rutin för hantering av personalnycklar finns.
Privata medel ● 3. Godkänd	Lokal rutin för hantering av privata medel finns.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Alla medarbetare skriver under att man tagit del av denna. Medarbetarna informeras i samband med anställning, men även regelbundet därefter årligen.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ◆ 2. Delvis godkänd	<b>Smedjan i Danderyd</b> Rating kan inte genomföras, då Bolagsverket inte behandlat färdigt bokslutet. Tidigare rating 57.
Skattekontroll ◆ 2. Delvis godkänd	<b>Smedjan i Danderyd</b> <b>Organisationsnummer:</b> 556487-0771 Namn: Nytida Enigma AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA

Delområde	Kommentar
	Beslutade arbetsgivaravgifter:1 nov-21 2 088 573,00 okt-21 2 067 597,00 sep-21 2 245 778,00

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

SOLNA DAGLIGA VERKSAMHET & VISA



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Solna dagliga verksamhet drivs av Waxö omsorg som har tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt tillstånd för 25 platser varav 8 omfattar personkrets 2. Vid uppföljningen är det 18 Solnabor som deltar i verksamheten som är belägen i Huvudsta i Solna.

Verksamheten erbjuder aktiviteter inom ett flertal områden, såsom exempelvis fysisk aktivitet, måleri, enskilda arbeten, musik & drama, miljö, vardagliga sysslor och hushållsgöromål, datorkunskap, bad & spa samt rörelseträning. Verksamheten förändrade sina arbetssätt under 2020 och bildade mindre grupper med färre deltagare och de grupperna har fortsatt att arbeta tillsammans under 2021.

Avtalsuppföljningen har genomförts via teams med anledning av den ökade smittspridningen och uppföljningen gjordes den 28 december 2021.

### Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av samtliga områden i verksamheten och en enkät har skickats ut till verksamhetschefen att besvara. Enkätsvaren har legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervju och dokumentationsgranskning.

Vid uppföljningen deltog verksamhetschef för Solna dagliga verksamhet. Kvalitetsutvecklaren har telefonintervjuat en medarbetare inom daglig verksamhet för att säkerställa att arbetssätt och rutiner är kända i medarbetargruppen. Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

## Sammanfattande bedömning

Solna dagliga verksamhet har ett tydligt individfokus. I samtal med såväl medarbetare som verksamhetschef framgår det tydligt att utgångspunkten alltid är omsorgstagarnas individuella behov.

Verksamheten har även en uttalad strategi att inom ramen för utvecklingsarbetet utgå från det som fungerar väl, i syfte att dra lärdomar av detta som kan överföras till områden där utvecklingsbehov finns. Många medarbetare har tjänstgjort länge i verksamheten och är väl förtrodda med arbetssätt samt känner omsorgstagarna väl.

Verksamheten har tidigare syftat till att brukarna kan välja mellan olika aktiviteter utifrån intressen men för att minska smittspridning har verksamheten delats in i mindre grupper. Tanken var att återgå till en aktivitetsbaserad verksamhet men nuvarande arbetssätt är kvar då pandemin inte har klingat av.

Verksamheten har erbjudit utbildning kring avvikelser och social dokumentation och arbetssätten har utvecklats positivt. Verksamheten behöver fortsätta sitt förbättringsarbete med den sociala dokumentationen. I övrigt bedöms verksamheten uppfylla samtliga krav.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 mars 2022. I utvecklingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## 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	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Avstängda hissar
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas till stor del. Verksamheten behöver ta fram rutiner för att undvika att det systematiska kvalitetsarbetet påverkas negativt vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation och ledning

## Personal och utbildning

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner och arbetssätt för introduktion och kompetensutveckling finns och tillämpas i hög utsträckning. Verksamheten behöver se över sina rutiner när nya medarbetare ska rekryteras.

## Samverkan

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling och utformning är hög och medarbetarna har stort inflytande över de aktivitetsområden som de ansvarar för. Arbetet med risk- och avvikelshantering bör utvecklas ytterligare. Verksamheten har många styrande dokument i olika pärmar och det blir därför viktigt att den som söker information i dessa kan känna sig trygg i att informationen är aktuell.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens arbete med rutiner

## Social dokumentation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt med den sociala dokumentationen, vidare behöver verksamhetens egenkontroller av social dokumentation utvecklas så att brister uppmärksammas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll av social Dokumentation
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

## Självbestämmande och integritet

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.



## Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten skapar på ett professionellt sätt möjlighet för omsorgstagarna att vara delaktiga i samband med val av måltid.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Omsorgstagarna erbjuds delaktighet inom ramen för de aktiviteter som verksamheten erbjuder.

## Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven enligt avtal.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur, där olika möten har ett fördefinierat syfte. Det finns årsplanering för de olika mötesforum som ska ske under verksamhetsåret. Verksamheten har ett årshjul som beskriver vilka frågor som ska lyftas under året. Protokoll förs och uppföljning av fattade beslut sker som stående punkt på agenda. Protokollen finns tillgängliga för medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef är ansvarig för en verksamhet och har sitt kontor på den dagliga verksamheten. Ledarskapet är nära och tydligt. Vem som äger mandat att fatta beslut i olika frågor är tydligt beskrivet. Solna dagliga verksamhet har en namngiven ersättare när den ordinarie verksamhetschefen är frånvarande. Ersättare har god verksamhetskunskap och är känd hos medarbetarna. Verksamheten saknar rutiner för att säkerställa att verksamhetens kvalitet inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Delområde	Kommentar
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO och det är verksamhetschef som är föreståndare på tillståndet.

## Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Introduktion ges till alla nyanställda medarbetare. Verksamheten har en lokal introduktionschecklista som används vid introduktionen. Ordinarie medarbetare utses som handledare under introduktionen. Vissa introduktionspunkter ansvarar verksamhetschef för att gå igenom och verksamhetschefen följer upp introduktionen med medarbetaren. Introduktionsprogrammet omfattar fyra dagar. Uppföljning av introduktionen sker med chef och dokumenteras. Områden som medarbetare och chef bedömer att medarbetaren behöver ytterligare kompetens inom förs in i medarbetarens utvecklingsplan som kallas "genomförandeplan personal". Denna följs sedan regelbundet upp utifrån verksamhetens årsplanering.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Behovet av kompetensutveckling bedöms dels på verksamhetsnivå, men även på övergripande nivå för verksamheter inom Waxö omsorg. På verksamhetsträffar för verksamhetschefer inom Waxö omsorg identifieras gemensamma utvecklingsområden och gemensamma utbildningssatsningar planeras utifrån detta. På verksamhetsnivå är det i samband med individuella träffar mellan verksamhetschef och respektive medarbetare som behovet av kompetensutveckling identifieras. Waxö omsorg erbjuder ett antal internutbildningar och nyligen har en intern utbildningskatalog tagits fram. Obligatoriskt för samtliga medarbetare är utbildning inom TAKK, lösningsfokuserat arbetssätt och kognitivt förhållningssätt. Under året har medarbetare deltagit i utbildning kring avvikelser och social dokumentation.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har nyrekryterat vikarier under hösten och har inskolade vikarier som kan arbeta vid frånvaro av ordinarie medarbetare. Verksamheten har haft en viss personalomsättning under året men har nu åter en stabil medarbetargrupp. Verksamhetschefen ansvarar för rekryteringen och den sker löpande för tillfället. Inför ledighetsperioder kartläggs hur medarbetarna önskar vara lediga och vikarier bokas in, alternativt rekryteras nya. Rutin finns som beskriver hur kontaktperson ersätts vid frånvaro.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Vid tillsvidareanställning rekryteras nya medarbetare av VD tillsammans med verksamhetschef. Vid vikarieanställningar ansvarar verksamhetschef för rekrytering. Verksamheten använder sig av Socialstyrelsens allmänna råd för rekrytering, verksamheten har formella kompetenskrav vid anställning, men den personliga lämpligheten för arbetet väger tungt. Om kompetensluckor identifieras hos en i övrigt lämplig kandidat, utgör detta grund för individuell kompetensutvecklingsplan.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Rutin för samverkan finns. Forum för samverkan med god man finns. Samverkan med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam upplevs fungera väl. I samband med upprättande av så kallade samverkansavtal, initieras extern samverkan utifrån identifierade behov utifrån omsorgstagarens individuella behov och önskemål.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Rutin finns för hur medarbetare förmedlar viktig information till kollegor samt hur ledning förmedlar viktig information. Särskild flik finns i pärm, där alla medarbetare ansvarar för att ta del av ny information i direkt anslutning till varje påbörjat arbetspass. När man tagit del av informationen, signerar man så att verksamhetschef vet att informationen nått fram.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna uttrycker att man i hög grad är delaktig vad gäller att utforma aktiviteternas innehåll. Varje aktivitet har en ansvarig medarbetare, som äger beslutsmandat i frågor som gäller aktivitetens utformning och rutiner. Övriga medarbetare kan komma med förslag och önskemål och även omsorgstagarnas synpunkter beaktas, men rutiner knutna till en viss aktivitet revideras av

Delområde	Kommentar
	<p>aktivitetsansvarig i samråd med verksamhetschef.</p> <p>Medarbetarna görs även delaktiga när det gäller riskanalys som görs på verksamhetsträffar. Nya identifierade risker och förslag på åtgärder diskuteras under denna stående punkt på agendan.</p> <p>Medarbetarna uppmanas även att inkomma med förslag och önskemål inför personalmöten, som verksamhetschef sedan för in på agendan. Medarbetare uppmanas även att rapportera identifierade avvikelser i högre utsträckning.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p><u>Avvikelser</u></p> <p>Rutiner finns i verksamheten och avvikelser av olika slag kan rapporteras i en och samma blankett. Verksamhetschef sorterar rapporterade avvikelser och säkerställer att dessa utreds i rätt mötesform. Avvikelser kopplade till verksamhetens rutiner lyfts på de så kallade verksamhetsträffarna och avvikelser kopplade till omsorgstagarna lyfts på de så kallade innehållsträffarna eller på kontaktmannaskapsträffarna.</p> <p>Antalet avvikelser fortsätter att öka under året som varit. Medarbetare behöver stöd i vad som är en avvikelse vilket diskuteras både på personalträffar och individuella träffar med verksamhetschefen. Verksamhetschefen upplever att medarbetare inte längre känner sig osäkra i att lämna in avvikelser vilket har utvecklat verksamhetens kvalitetsarbete.</p> <p>Rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts årligen i medarbetargruppen utifrån terminsplanering och ingår i verksamhetens årshjul.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p><u>Riskanalys</u></p> <p>Verksamheten bedömer risker knutna till omsorgstagarna i samband med ny omsorgstagare, därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan samt därutöver vid behov. Risker bedöms dels ur ett omsorgstagarperspektiv och dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplan utifrån identifierade risker formuleras och förs in i de arbetsbeskrivningar som finns i respektive omsorgstagares APO-pärm.</p> <p>Arbetsmiljörisker finns med som stående punkt på personalmöte. I samband med detta lyfts nya identifierade risker och handlingsplaner som formulerats utifrån dessa.</p> <p>Vad gäller risker för omsorgstagaren utgår verksamheten från sådant som kommit verksamheten till kännedom från LSS-handläggare, närstående eller annan aktör. En checklista används vid riskbedömning för att säkerställa att ett antal aspekter alltid beaktas då risker bedöms.</p> <p><u>Egenkontroll &amp; åtgärder</u></p> <p>Identifierade utvecklingsbehov som framkommer i t.ex. enkätundersökningar och avtalsuppföljningar utgör underlag för den genomförandeplan för verksamheten som formuleras årligen. Verksamhetschef ansvarar för att följa upp denna genomförandeplan, vilken också lyfts i medarbetargruppen. Det finns en röd tråd mellan genomförandeplan på organisations-, verksamhets- och individnivå för chef och medarbetare.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Medarbetare med särskilt ansvar inom något område ansvarar även för att rutiner inom området hålls aktuella och revideras regelbundet. Att regelbundet säkerställa att samtliga rutiner är aktuella och reviderade gör verksamhetschefen utifrån egenkontroller som ingår i verksamhetens årshjul. Vid verksamhetens egenkontroll framkom det att vissa rutiner inte reviderats som planerat och en handlingsplan har upprättats.</p> <p>Vid revidering av rutiner lyfts detta på efterföljande personalmöte eller kommuniceras ut via e-post som skrivs ut och sätts i pärm som samtliga medarbetare ska ta del av och signera.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Samtliga omsorgstagare har en aktuell genomförandeplan där mål och delmål finns beskrivet. Till genomförandeplanen finns en pärm för varje omsorgstagare som kompletterar med en utförlig beskrivning av hur insatser ska genomföras. Den enskildes delaktighet finns beskrivet och det framgår när, hur och av vem insatsen ska genomföras. Verksamheten upprättar en samverkansöverenskommelse i samband med att genomförandeplanen upprättas och som följs upp en gång per år.</p>

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten dokumenterar i Safe doc och samtliga medarbetare för social journal. Verksamheten har haft utbildning i social dokumentation med fokus på att stärka journalföringen till målen i genomförandeplanen, verksamheten kallar arbetssättet för gula tråden. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla den sociala journalen.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som behöver ses över för att vara helt aktuella. Verksamheten erbjuder utbildning i social dokumentation och arbetssättet är förankrat hos medarbetarna. Verksamheten gör egenkontroller med fokus på loggar, APO och samtlig dokumentation. Verksamheten behöver säkerställa att egenkontrollen omfattar de områden där brister identifieras i den sociala journalen.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten ska erbjuda två omsorgstagarträffar varje år och det har inte kunnat genomföras som planerat. Verksamhetschef uttrycker att det inte har blivit av i den utsträckning man planerat med anledning av den pågående pandemin. Verksamhetschefen har planerat in en träff i början av 2022 med anhöriga, god man och omsorgstagare. Verksamheten har erbjudit mindre gruppmöten på plats. Då har omsorgstagarna möjlighet att komma med önskemål eller synpunkter som gäller just den aktiviteten. Därutöver träffas kontaktperson och omsorgstagare regelbundet och följer upp hur omsorgstagaren tycker att det är i verksamheten. Behovet av anpassad kommunikation följs upp i samband med upprättande och vid uppföljning av genomförandeplan.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten benämner kontaktperson som kontaktpersonal. Kontaktpersonalen har det övergripande ansvaret för omsorgstagarens stöd i verksamheten och ansvarar för att hålla genomförandeplanen och tillhörande instruktioner i APO-pärmen uppdaterade samt genomföra riskbedömningar. Kontaktpersonalen ansvarar för att på s.k. innehållsträffar sprida information kring de omsorgstagare hen är kontaktpersonal för till kollegor. Omsorgstagarna har möjlighet att byta kontaktpersonal. Rutin finns som beskriver kontaktpersonalens uppdrag och hur kontaktpersonalen ersätts vid frånvaro.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Information lämnas till omsorgstagare dels i samband med de möten som hålls inom ramen för respektive aktivitet, men också på de omsorgstagarträffar då verksamhetschef deltar.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar aktivt utifrån ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Samtal utifrån studiematerial förs på återkommande personalmöten och detta är en del i Waxös värdegrundsarbete. I samtal med medarbetarna framgår det att detta sätt att arbeta är väl förankrat. Verksamheten har i sin årsplanering inlagt att kvalitetsdeklarationen ska lyftas på personalträff.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Stöd till närstående sker uteslutande utifrån omsorgstagarnas önskemål. Verksamhetschefen har information om det anhörigstöd som omvårdnadsförvaltningen kan erbjuda.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten skapar förutsättning för delaktighet i val av måltid genom att använda sig av tydliggörande pedagogik, bilder och individuella hjälpmedel. Omsorgstagare har möjlighet att välja mellan flera måltidsalternativ till lunch.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Inom ramen för respektive aktivitet och på omsorgstagar- och godmansträffar ges möjlighet att påverka innehållet i de aktiviteter som erbjuds.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Utöver brandlarm i form av brandvarnare används inga larm i verksamheten. Kontrollrond genomförs regelbundet av ansvarig medarbetare.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Risk för hot och våld bedöms i samband med ny omsorgstagare samt minst var sjätte månad och därutöver vid behov. Rutin för hot och våld finns och lyfts regelbundet på personalträffar.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin för nyckelhantering finns. Omsorgstagares nycklar hanteras ej i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Lokal rutin för hantering av privata medel finns.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts dels i samband med introduktion men även regelbundet därefter. Sekretessförbindelse signeras i samband med anställning.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Solna dagliga verksamhet &amp; VISA</b> Rating 90
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Solna dagliga verksamhet &amp; VISA</b> <hr/> <b>Organisationsnummer: 556470-9185</b> Namn: WAXÖ OMSORGS AKTIEBOLAG Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA  Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 okt-21 559 514,00 sep-21 606 335,00 aug-21 642 963,00



## Avtalsuppföljning av vård- och omsorgsboenden i Solna 2021

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

### Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september 2021 till februari 2022 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 för uppföljning vid 2021 års avtalsuppföljning har kvalitetsutvecklaren använt sig av enkät, dokumentationsgranskning, uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan för 2020, intervju av ledningsgruppen, medarbetare och boende, genomgång av inkomna klagomål och synpunkter samt måltidsobservationer. Anbudsutfästelser för verksamheter som drivs på entreprenad enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) har följts upp. Sammanlagt har ca. 27 boende och 34 medarbetare intervjuats i samband med uppföljningsbesöken.

Under 2021 har verksamheternas möjlighet till att skapa förutsättning för en långsiktig och stabil verksamhetsutveckling varit begränsade. Stort fokus har legat på att minska smittspridningen av Covid-19, bemanna samt stötta medarbetarna i det dagliga arbetet för att bibehålla en god kvalitet.

De upphandlade verksamheterna har i varierande grad arbetat för att infria sina anbudsloften. Generellt har planer för att erbjuda utlovade utbildningar inte följts eller följts delvis. Utveckling av kommunikativa verktyg, särskilt för personer med demenssjukdom, har inte påbörjats.

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 och säkerställa hantering av muntligt framförda klagomål. Vidare behöver verksamheterna säkerställa att de boende ges möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem samt anpassa kommunikationen efter den enskildes kommunikationsförmåga.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

VÅRD- OCH OMSORGSBOENDEN I SOLNA



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>



## 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 2021 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<sup>1</sup>. Totalt bodde ca 500 solnabor på vård- och omsorgsboenden i Solna under 2021.

Vid 2021 års avtalsuppföljning har kvalitetsutvecklaren använt sig av enkät, dokumentationsgranskning, uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan för 2020, intervju av ledningsgruppen, medarbetare och boende, genomgång av inkomna klagomål och synpunkter samt måltidsobservationer som metod för uppföljning. Anbudsutfästelser för verksamheter som drivs på entreprenad enligt Lagen om offentlig upphandling har följts upp. Sammanlagt har ca 27 boende och 34 medarbetare intervjuats i samband med uppföljningsbesöken.

2021 års avtalsuppföljning påbörjades september 2021 och avslutades under februari 2022.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden utifrån avtal samt anbud framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden och hur anbudsloften ska infrias. Dessa planer följs upp under 2022.

## Sammanfattande bedömning

Under 2021 har verksamheternas möjlighet till att skapa förutsättning för en långsiktig och stabil verksamhetsutveckling varit begränsade. Stort fokus har legat på att minska smittspridningen, bemanna samt stötta medarbetarna i det dagliga arbetet för att bibehålla en god kvalitet.

Bland identifierade styrkor kan följande nämnas: I genomsnitt är 92 % av de tillsvidareanställda utbildade undersköterskor. Under 2021 har 18 medarbetare getts möjlighet att delta i specialistutbildningar. Personalomsättning bland omvårdnadspersonal är låg. 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 150 undersköterskeelever. Det systematiska arbetet med att minska den besvärande ensamheten har utvecklats i samtliga verksamheter under 2021.

Trots att verksamheterna har en genomarbetad struktur för att involvera de boende i frågor som berör dem har boenderåd, kostråd, aktivitetsråd och anhörigräffar inte kunnat upprätthållas i samma utsträckning under 2021. Utbildningsplanen har delvis följts och ombudens arbete har inte fortlöpt enligt den ursprungliga planen. Detta pga. restriktioner och rekommendationer relaterade till rådande pandemi.

<sup>1</sup> Villa Råsunda har inte följts upp under 2021 då antal Solnabor har varit färre än fem.

Aktivitetstjänst och dess utformning har påverkats av restriktioner vilket flera av de intervjuade påtalade.

De upphandlade verksamheterna har i varierande grad arbetat för att infria sina anbudslöften. Generellt har planer för att erbjuda utlovade utbildningar inte följts eller följts delvis. Utveckling av kommunikativa verktyg särskilt för personer med demenssjukdom har inte påbörjats.

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 och säkerställa hantering av muntligt framförda klagomål. Vidare behöver verksamheterna säkerställa att de boende ges 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	Kontaktnaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider

Område	Delområde
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven 67 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven 33 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 67 (%)
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven 33 (%)	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven 22 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 67 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 78 (%)
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven 11 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)	
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Social dokumentation	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)

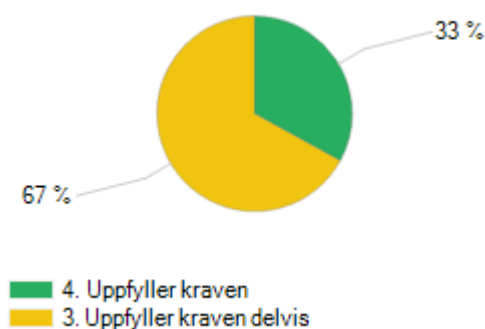
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Självbestämmande och integritet		3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)		3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Bemötande och anhörigstöd		4. Uppfyller kraven 44 (%)		4. Uppfyller kraven 78 (%)
		3. Uppfyller kraven delvis 56 (%)		3. Uppfyller kraven delvis 22 (%)
Mat och måltider		4. Uppfyller kraven 22 (%)		4. Uppfyller kraven 11 (%)
		3. Uppfyller kraven delvis 78 (%)		3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)
Aktiviteter och fritid		4. Uppfyller kraven 11 (%)		4. Uppfyller kraven 11 (%)
		3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)		3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)
Säkerhet		3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)		4. Uppfyller kraven 44 (%)
				3. Uppfyller kraven delvis 56 (%)
Ekonomisk kontroll		4. Uppfyller kraven 100 (%)		4. Uppfyller kraven 100 (%)

	Skoga	Hallen	Tryggheten	Björkgården	Frösunda	Oskarsro	Polhemsgården	Ametisten	Berga	Summa
Ledning & organisation	3	3	3	3	3	4	4	4	3	30
Personal & utbildning	4	3	3	3	3	3	3	4	3	29
Samverkan	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Social dokumentation	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Själv-bestämmande & integritet	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Bemötande & anhörigstöd	3	3	4	4	3	4	4	4	4	33
Mat & måltider	4	3	3	3	3	3	3	4	3	29
Aktiviteter & fritid	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Säkerhet	3	4	3	3	3	4	3	4	3	30
Ekonomisk kontroll *	-									
<b>Summa</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	

\* 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.

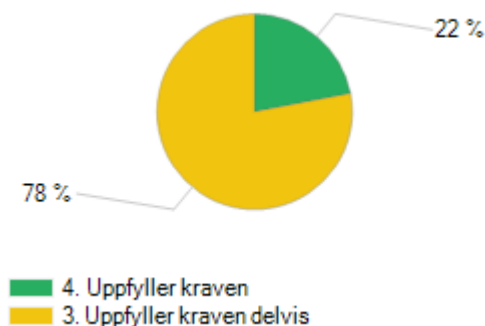
## Ledning och organisation



Samtliga verksamheterna har en närvarande chef och en tydlig arbetsledning i det dagliga arbetet. Åtta verksamhetschefer har en adekvat utbildning. En tillförordnad verksamhetschef saknar adekvat utbildning. Två verksamhetschefer är inte anmälda hos inspektionen för vård och omsorg och i ett fall har anmälan avslagits då denne saknade tre års erfarenhet av arbete inom äldreomsorg. Rutin finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. En tydlig mötesstruktur finns i alla verksamheter. Strukturen har delvis följts under 2021, vissa möten har prioriterats bort eller genomförts mindre frekvent. Agenda finns för alla möten, protokoll skrivs och finns tillgängliga i de flesta verksamheter.

Under 2021 har det varit hög omsättning på nyckelpersoner på vissa verksamheter som har lett till att utvecklingsarbetet inte har framskridit som väntat.

## Personal och utbildning



94 % av de tillsvidareanställda har en undersköterskeutbildning. I stort sett har alla verksamheter haft låg personalomsättning under 2021.

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

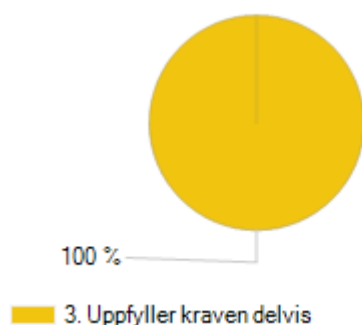
De flesta verksamheter arbetar med kompetensutveckling på såväl generell som individuell nivå. Utbildningsplanen har följts delvis och har inte kunnat fullföljas under 2021 pga. den rådande pandemin. Förvaltningens Strategi för kompetensutveckling är känd hos samtliga. Flera verksamheter har anpassat mallen för utvecklingssamtal i enlighet med strategin.

Samtliga verksamheter har rutiner och arbetssätt 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 sitt ansvarsområde.

Under 2021 påbörjade 18 medarbetare studier till specialistundersköterska inom äldre och hälsa, psykiatri, demens, akutvård och välfärdsteknologi.

## Samverkan

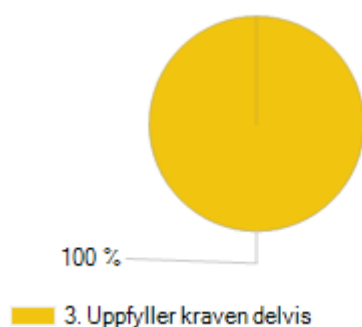


Rutin för extern samverkan finns i samtliga verksamheter.

Verksamheter har i varierande grad samverkat med vård- och omsorgsskolor samt högskolor under 2021. Antal praktikanter i verksamheterna har varierat men generellt varit lägre pga. restriktionerna till följd av pandemin. Totalt har 149 elever praktiserat på vård- och omsorgsboendena under 2021.

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 behöver utvecklas och nattmedarbetarna ska erbjudas möjlighet att påverka sin egen och arbetsplatsens utveckling.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Generellt behöver verksamheterna organisera det systematiska kvalitetsarbetet så att engagerad och kompetent personal från alla yrkeskategorier och särskilt omvårdnadspersonalen inkluderas i detta. Det finns goda exempel på arbetssätt där ansvar för egenkontroller inom exempelvis måltidssituation och dokumentation tilldelats undersköterskor för att öka medarbetarnas delaktighet i utvecklingsfrågor.

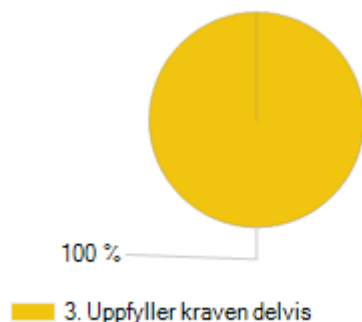
I samtliga verksamheter finns ombud inom områden såsom palliativ vård, kost, kvalitet och aktivitet. Ombudsrollen samt vilket ansvar som åligger ombuden behöver förtydligas. Ombuden behöver också få förutsättning i form av fördjupad kunskap och tid för att kunna bidra till verksamhetsutveckling.

Samtliga verksamheter har tydlig avvikelserapporteringsprocess men kunskap om vad som betraktas som avvikelser och varför avvikelser ska rapporteras behöver förankras hos medarbetarna. Detta är ett generellt 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 en personcentrerad och god kvalitet.

## Social dokumentation



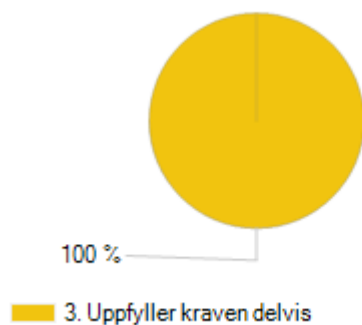
Samtliga verksamheter har digitala verksamhetssystem för social dokumentation och i de flesta verksamheterna är medarbetarna förtrodda med dessa system. Flera verksamheter dokumenterar redan enligt IBIC och några kommer att introducera medarbetarna i arbetssättet under hösten 2022. I de flesta verksamheter finns dokumentationsstödjare men bara i vissa fall har de tillräcklig kunskap för att kunna stötta sina kollegor. Webbaserad utbildning i Social dokumentation finns tillgänglig hos samtliga verksamheter.

Generellt har innehållet i den enskildes genomförandeplan utvecklats. Den enskildes önskemål om nattinsatser utgår 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 utifrån den enskilde i centrum skapa en röd tråd mellan beslut, genomförandeplan och löpande anteckningar i den sociala journalen.

I samband med granskning av social dokumentation i verksamheterna framgick det att det finns utmaningar vad gäller att dokumentera avböjda insatser samt utvärdera och följa upp vidtagna åtgärder. Den enskildes kommunikativa förmåga och hjälpbehov behöver förtydligas.

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

## Självbestämmande och integritet



De flesta verksamheterna har under 2021 kunnat upprätthålla de forum där boende kan framföra synpunkter om maten och aktiviteter om än i mindre utsträckning.



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

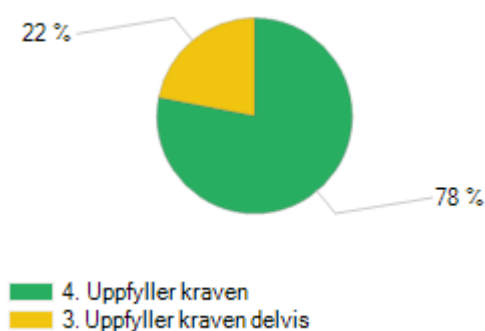
Samtliga verksamheter har förankrade rutiner för mottagande av nya boende.

Alla verksamheter utom en skickar månadsvis informationsbrev till boende och anhöriga.

Kommunikation och information om tillfälliga förändringar till personer med kognitiv svikt behöver anpassas inom samtliga verksamheter.

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

## Bemötande och anhörigstöd

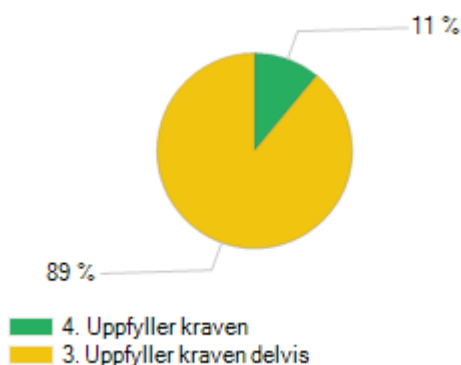


Bemötande- och värdegrundsfrågor har diskuterats på APT eller planeringsdagen. Verksamheter har inte kunnat erbjuda reflektionsträffar enligt krav för Silvia-omcertifiering. Några verksamheter har infört reflektion som inlärningsmetod i samband med överrapportering.

Skriftlig rutin för hur anhörigas behov av stöd ska identifieras och vilka stöd som kan erbjudas finns i de flesta verksamheterna. Verksamheterna har inte kunnat erbjuda anhörigträffar eller närstående råd under 2021.

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 man meddelar i förväg. De flesta verksamheter utför eller planerar att utföra strukturerade måltidsobservationer i syfte att förbättra måltidssituationen för de boende. Flera verksamheter haft mat och måltider som fokusområde och arbetat aktivt för att förbättra måltidssituationen.

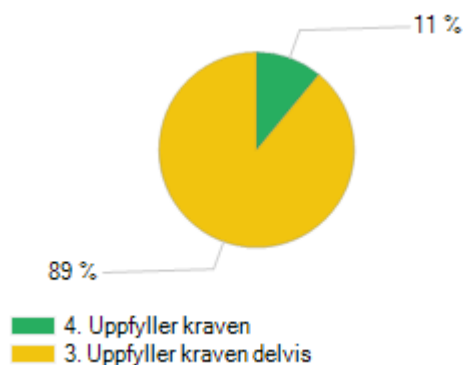
Samtliga verksamheter har utsett några medarbetare med särskilt uppdrag att förbättra måltidssituationen, så

kallad kostombud. Ombuden har delvis haft förutsättningar i form av tid och kunskap för att driva frågorna inom sitt ansvarsområde. Kostrådsmöten tillsammans med de boende har inte hållits regelbundet under 2021.

Nattmål och mellanmål erbjuds om den enskilde så önskar.

Rutin för livsmedelshygien finns men tillämpningen behöver förbättras.

## Aktiviteter och fritid



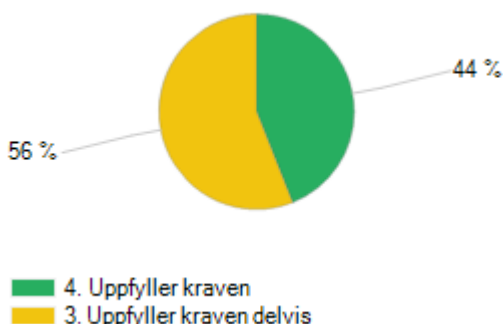
De flesta verksamheterna inhämtar de boendes önskemål om aktiviteter och dessa ligger till stor del till grund för de aktiviteter som erbjuds. Aktiviteter har erbjudits våningsvis och individuellt under 2021. Generellt behöver verksamheterna säkerställa att alla boende erbjuds en meningsfull tillvaro oavsett fysisk eller kognitiv förmåga. Det finns goda exempel på verksamheter 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.

Profilledarna har deltagit i de nätverksträffar som omvårdnadsförvaltningen har hållit i. Sex av åtta verksamheter deltog i projektet "meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" under 2021.

För att bredda aktivitetsutbudet har verksamheterna med stöd av tilldelat stimulansmedel införskaffat digitala verktyg såsom Tover tofel, Bike around, Yeti tablet<sup>2</sup>, robothundar och robotkatter.

Verksamheterna har i varierande grad bedrivit ett systematiskt arbete för att minska den besvärande ensamheten. Detta är ett fortsatt fokusområde under 2022.

## Säkerhet



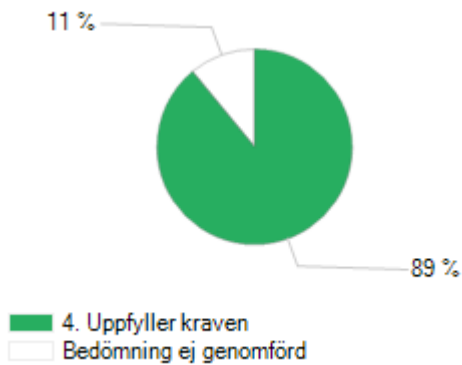
<sup>2</sup> Tover tofel är ett digitalt spel som stimulerar på en fysisk, social, kognitiv och sensorisk nivå. Bike around är en träningscykel som användaren styr varhelst hen vill med hjälp av Google Street View. Yeti tablet är en aktivitets-skärm som erbjuder mängder med olika aktiviteter genom appar som har sorterats i olika kategorier.

Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för säkerhetsarbetet. Rutin för att uppmärksamma och ge stöd vid misstanke om hot och våld i nära relation finns.

Samtliga verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt.

Verksamheter behöver i större utsträckning utföra strukturerad egenkontroll av larmets svarstid.

## Ekonomisk kontroll



\* För verksamheter i kommunal regi genomförs ej ekonomisk kontroll.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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.

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Ametisten
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 12 oktober 2021. Verksamhetschef och enhetschef, tre medarbetare samt två boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 17 januari 2022.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat aktivt med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna under 2021.

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

Under 2021 har mötesforum där boendes och anhörigas synpunkter kan tillvaratas inte kunnat upprätthållas pga. pandemin. Enligt Vardagas interna brukarundersökning är de flesta boende nöjda och trygga med sitt 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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 med avvikelse.	Utöka samverkan mellan natt- och dagpersonal
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 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.

## 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 upprätta en skriftlig rutin för hur och när och av vem information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att kontaktman gör veckoavstämning i syfte att ta reda på den enskildes synpunkter och önskemål.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: verksamheten ska utbilda medarbetarna i kommunikationsstöd bildstöd/AKK ska används i samtal med boende vid behov

## 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 är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver möjliggöra för alla medarbetare att gå utbildning i näringslära enligt anbud.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: färskt bröd ska serveras dagligen vid frukost.

## 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.	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 funktionsnedsättning erbjuds en meningsfull tillvaro.

## 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>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.</p> <p>Verksamheten under de senaste 12 månaderna utvärderat mötesstrukturen och ändrat bl.a. tiderna för mötena för att skapa kontinuitet.</p> <p>Rutiner är tillgängliga i pärmar och på intranätet för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt.</p> <p>Uppföljning av rutiner sker kontinuerligt i det dagliga arbetet. Närmaste chef eller ansvarigt ombud följer upp avsteg från rutiner via individuella samtal, på teammöte, våningsmöte, HSL-möte, kvalitetsråd eller APT. Exempelvis har rutin för tillgänglighet och hur och vem som ska svara i telefon följts upp efter att klagomål om detta har framförts.</p> <p>De viktigaste rutinerna tas upp enligt årshjul på APT och kvalitetsråd. Rutiner som behöver uppdateras tas upp på kvalitetsråd alternativt olika ombudsfora där ansvarig för översyn utses.</p>
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	<p>Ledningsgruppen består av en verksamhetschef, en enhetschef samt fem gruppchefer.</p> <p>De ansvarar för arbetsledning i det dagliga arbetet. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. En av gruppcheferna ansvarar även för medarbetarna som arbetar natt.</p> <p>Samtliga chefer har gått på ledarskapsutbildning och har en utsedd mentor. Sjuksköterska som arbetar natt har gått utbildning "Att leda utan att vara chef".</p> <p>Ansvar för medarbetare:</p> <p>Verksamhetschef har ansvar för sex medarbetare, enhetschef för 12 och gruppchefer för 10 medarbetare var. En gruppchef ansvarar även för nattmedarbetare och har ansvar för totalt 18.</p> <p>Ledningen upplever att det finns utrymme för att utöva nära ledarskap och finnas tillgänglig för medarbetarna.</p> <p>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.</p>
IVO-tillstånd  3. Godkänd	<p>Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg och föreståndaren är godkänd.</p>

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	<p>Närmaste chefen ansvarar för uppföljning av introduktionen. Enhetschef följer upp introduktionen fortlöpande och efter två månader.</p> <p>I samband med uppföljning säkerställs att den nyanställda har tagit del av webbaserade utbildningar såsom Kontaktmannaskap, Social dokumentation, Basala hygienrutiner, Socialstyrelsens webbaserade värdegrundsbildning, Palliation ABC.</p> <p>Enligt anbud ska introduktionen fortsätta och kompletteras med andra utbildningar 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), Allmän brandskyddsutbildning.</p> <p>Efter 12 månader erbjuds utbildningar i Våga fråga – Våga se! (psyisk ohälsa bland äldre), Livsmedelshygien, Brandutbildning för brandskyddsansvarig, Måltidsombudsutbildning, Livsmedelshygien- fördjupning, Miljöutbildning, Lågaffektivt bemötande i äldreomsorgen – att hantera och förebygga, Mångfalds- och jämställdhetsutbildning.</p> <p>Verksamheten har följt planen delvis pga. den rådande pandemin och andra utbildningar har prioriterats.</p>




Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Ca 93 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Verksamheten har en framtagen strategi för att öka medarbetarnas kompetens i linje med omvårdnadsnämndens "Strategi för kompetensutveckling".</p> <p>Kompetensutveckling sker via interna och externa föreläsningar samt dagligen på arbetsplats genom handledning av hälso- och sjukvårdsmedarbetare, reflektionsstunder och strukturerat besök på andra avdelningar. Besöken har syftat till att förbättra aktiviteter eller måltidssituationen. Det finns planer på att även tillämpa kollegial granskning för att förbättra dokumentationen.</p> <p>Verksamheten har fyra språkombud som nyligen har gått utbildning. Språkombuden kommer att frikopplas för att arbeta enligt uppdrag. En medarbetare från natt är språkombud.</p> <p>Alla har individuell kompetensplan i Lära och tillsammans med närmaste chef lägger de upp en plan på utvecklingssamtal. Så gott som samtliga medarbetare har per 1 oktober en individuell kompetensutvecklingsplan som omfattar inlärnings- och utlärningsmetoder, språknivå samt digital kompetens.</p> <p>Verksamheten har sett över hur utbildningar ska ges för att ge bäst effekt. t.ex. görs de webbaserade utbildningarna i grupp för att medarbetarna kan reflektera, interagera och diskutera med varandra. Daglig handledning används där medarbetarens kunskap och färdighet behöver säkerställas.</p> <p>Fyra tillsvidareanställda undersköterskor har påbörjat specialutbildning under hösten med inriktningar demens, välfärdsteknik, psykiatri och äldres hälsa.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Medarbetarna har behovsanpassat schema som förnyas var tionde vecka. Gruppchefer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter gör vårdbehovsmätning enligt en mall som finns i kvalitetssystemet. Resultat av mätningen används exempelvis för att justera bemanningen morgontid, vid måltider samt vid placering av elever och extratjänster.</p> <p>100% av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. Verksamheten har plan för driften i händelse av hög personalförbrukning.</p> <p>Verksamheten har vidtagit förebyggande åtgärder i syfte att öka kontinuiteten i verksamheten. Tex. omtankesamtal vid frånvaro, erbjuda kompetensutveckling, arbetat aktivt med arbetsmiljön, feedback, reflektion och önskeschema.</p> <p>I samarbete med Arbetsförmedlingen arbetar fem servicepersonal på Ametisten. De får 10 veckors utbildning innan de påbörjar sin anställning. Servicepersonal ansvarar bl.a. för att städa, tvätta och hjälpa till vid måltidsservering.</p> <p>Ametisten har redovisat täthetsschema för en hel vecka. Bemanningen räknas enligt samma mall som vid anbudstillfället. Ametisten uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet.</p> <p>Ametisten tar emot studenter och elever. Endast utbildade handledare tar hand om elever och studerande.</p>
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Sju tillsvidareanställda avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Verksamheten har haft avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning. Anledning till avslut har varit pensionsavgångar, flytt till annan ort och löneanspråk.</p>

## Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	<p>Fram till uppföljningstillfället har verksamheten tagit emot 27 undersköterskeelever/ 7 HSL studerande.</p> <p>Samverkansrutin för externa parter finns. Av rutinen framgår vilka man samverkar med, vem ansvarar för samverkan och hur samverkan ska ske.</p> <p>Ametisten medverkar i lokala Vård- och omsorgscollege Nordväst.</p>
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har strukturerade möten för att främja intern samverkan. Syftet med mötena är att öka samverkan och främja kompetensutveckling.</p> <p>T.ex. i samband med överrapportering läser medarbetarna tillsammans i Safe-Doc. Gruppchef deltar i överrapportering och ställer följdfrågor i lärande syfte.</p> <p>Enligt anbud ska nattmedarbetarna delta i teamsmöten. Verksamhetens planer att införa detta har skjutits upp pga. pandemin men kommer att återupptas nu.</p> <p>Medarbetaren som deltog i intervjun var positiva till att delta i teammöten för att bilda sig en helhetssyn över de boendes omvårdnadsbehov.</p> <p>En plan har framtagits för nattpersonalen att delta på APT och andra möten. Minnesanteckningar från möten finns tillgängliga för all personal för ökad delaktighet. Nattpersonalens gruppchef deltar som representant i</p>

Delområde	Kommentar
	<p>ledningsgruppen.</p> <p>Gruppchefer arbetar ibland nattetid främst när det saknas personal.</p> <p>Verksamhetschef har varit på anmälda och oanmälda besök nattetid för att bl.a. säkerställa att basala hygienrutiner följs. Enhetschef träffar nattpersonalen dagligen.</p> <p>Verksamheten behöver förstärka samverkan mellan dag- och nattpersonal i enlighet med det anbud som har lämnats.</p>



## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>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 schemalagt.</p> <p>Verksamheten strävar efter att alla som deltar i kvalitetsrådet ska vara utbildad handlare. Detta för att lättare kunna stötta sina kollegor i utvecklingsfrågor. Efter varje möte tas beslut om vad som ska spridas i hela verksamheten och när.</p> <p>Utvecklingsområden skrivs i förbättringsloggen, som är tillgänglig för alla medarbetare och följs upp kontinuerligt.</p> <p>Ombud finns inom flera områden. Alla protokoll finns tillgängliga för all personal att läsa.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att de har möjlighet att delta i utvecklingsfrågor och sökte aktivt i förbättringsloggen för att följa upp vidtagna åtgärder.</p> <p>Nattrepresentanten önskade att få större möjlighet att delta i utbildningar och vara delaktig i utvecklingen av verksamheten.</p> <p>Medarbetarna känner till verksamhetens utvecklingsplan och är delaktiga i framtagande av åtgärdsplanerna.</p> <p>Ansvar för egenkontroll fördelas mellan medarbetarna. Varje avdelning har en måltavla där det framgår hur utvecklingsarbete för ett visst område fortlöper.</p> <p>Arbetsplatsträffar har erbjudits våningsvis under pandemin. En representant från natten deltar i APT.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p> 2. Delvis godkänd</p>	<p>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.</p> <p>Språkombud/dokumentationsstödjare är också ett stöd för att stötta medarbetarna att skriva avvikelser. Resultatet är ett ökat antal inrapporterade avvikelser i systemet. Detta har i sin tur lett till att klagomålen har rapporterats och snabbare kommit till ledningens kännedom och på det sättet har boende och anhöriga fått snabbare återkoppling.</p> <p>Verksamheten har skriftlig lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Ett identifierat förbättringsområde är att dokumentera avvikelser och klagomålen i den enskildes sociala journal.</p> <p>Verksamheten har månatligen rapporterat en sammanställning av avvikelser och klagomål till staben för kvalitetsutveckling.</p> <p>Enligt ledningen är antal redovisade SOL-avvikelser få även om en viss ökning har noterats. Enligt medarbetarna kan detta bero på att medarbetarna åtgärdar de mindre bristerna på en gång istället för att dokumentera dessa i systemet. Det kan också bero på att man helt enkelt glömmer att skriva rapporter. Av samtalet framkommer också att kunskap om vad som är avvikelse behöver förbättras.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har valt ut några fokusområden där egenkontroll har utförts: Hygien, brand, värdegrund och palliativ vård.</p> <p>Riskanalys för flera områden har gjorts: risk för smitta (Covid-19), risk för elavbrott, risk för underbemanning pga. sjukdom (Covid-19) samt risk för brist på skyddsmaterial och förbrukningsmaterial.</p> <p>Enligt anbud ska verksamheten tillämpa SKL:s rekommendation för att säkerställa kvalitet på insatserna nattetid. Vardaga tillämpar konceptet "Den goda natten" och har arbetsledning nattetid, vilket till större delen är i enlighet med rekommendationen.</p> <p>Verksamheten beaktar tidigare utfall/resultat i arbetet med kvalitetsutveckling och arbetar systematiskt med att förankra rutinerna hos medarbetarna.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Två gånger per år, april och oktober, ska samtliga genomförandeplaner uppdateras.</p> <p>Information om förändringar i genomförandeplaner/bemötandeplaner rapporteras muntligt till övriga i arbetsteamet vid överrapportering samt skriftligt i i Safe Doc samt skriftligt på dagbladet.</p> <p>Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner.</p> <p>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 förmågor och hjälpbehov framgick tydligt av planen. Planen skrivs med respekt för den enskildes integritet.</p> <p>Den enskildes delaktighet framgår tydligt i tre av fem planer. Insatserna nattetid framgår tydligt i fyra av fem planer.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Bland styrkor kan det nämnas att större delen av dokumentationen handlade om händelser av vikt och avböjda insatser. Det fanns många anteckningar från natten i journalen.</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.</p> <p>Det förekom anteckningar att en boende har sovit dåligt flera nätter i rad men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa fanns delvis dokumenterade.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>All personal har gått på webbaserad utbildning. Det finns dokumentationsstöd och språkombud som stöttar medarbetarna med allt från vad som ska dokumenteras till hur man formulera sig på ett tydligt och respektfullt sätt.</p> <p>Fyra gånger per år utför gruppcheferna en strukturerad egenkontroll av den sociala dokumentationen. Bland förbättringsområden kan beskrivning av nattinsatser, dokumentation av avvikelser och klagomål nämnas. Verksamheten har också uppmärksammat att vissa medarbetare behöver ha stöd med ordval. Språkombud stöttar dessa medarbetare.</p> <p>Via loggkontroller säkerställer verksamheten att alla läser i Safe-Doc.</p> <p>Enligt anbud ska dokumentation ske mobilt. Allt är förberett, personal har gått utbildning i mobil dokumentation, telefoner och appar är införskaffade.</p> <p>Genomförandefasen påbörjas så fort tillgång till WiFi har säkerställts.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	<p>Enligt rutin ska synpunkter från boende skrivas in i kvalitetssystemet där också ansvarig för åtgärd och uppföljning utses.</p> <p>Verksamhetens utför egenkontroll ut för att säkerställa att begränsningsåtgärder inte förekommer. Begränsningsåtgärder tas upp på teammöte och följs upp regelbundet. Uppföljningsintervall är minst 2 gånger per år, dock tätare ju mer begränsande skyddsåtgärden är. Senaste egenkontroll visade att användning av sänggrindar kan förekomma utan att den enskilde inte har lämnat samtycke för detta.</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 för att kommunicera med den enskilde som inte har svenska som modersmål.</p> <p>Verksamheten utför egen brukar- och anhörigundersökning med fem frågor i områden såsom mat, bemötande, aktiviteter, total nöjdhet och om man rekommenderar boendet.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Den enskilde får information om möjligheten att byta kontaktman.</p> <p>Gruppchef följer upp varje kontaktman för att säkerställa att alla förstått vad ansvaret innebär. Alla medarbetare genomgår utbildning i "den goda dagen" där kontaktmannens ansvar tydligt framgår.</p>

Delområde	Kommentar
	Kvalitetsdeklaration är delvis känd av medarbetarna. Deklarationen lämnas till boende i samband med inflyttning och bevaras även i boendespärm som finns i boendes lägenhet.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten informerar den boende om kontaktman inte kan tjänstgöra, t.ex. vid sjukdom eller semester. Det finns skriftlig rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga. Uppföljning sker på ledningsgruppsmöten. Verksamheten har delvis arbetssätt för att anpassa information om tillfälliga förändringar efter den enskildes kommunikativa förmåga. Exempelvis lämnas informationen skriftligt och upprepas vid behov. Månadsbrev skickas till de boende och anhöriga. Verksamheten följer upp hur den nyinflyttade upplevt information och personalens bemötande i samband med inflyttning.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Alla genomför webbaserad utbildning i värdegrund. Utbildning ingår i introduktionen. En halvdagsplanering är avsatt för genomgång och reflektion kring värdegrunden i det dagliga arbetet. På APT/våringsmöten finns en värdegrundspunkt där verksamhetschef (VC) tar upp ett etiskt dilemma/frågeställning från verkligheten (avidentifierade exempel) för att reflektera och finna gemensamma förhållningssätt. De boende som deltog i samtal var nöjda med personalens bemötande. Bemötande vid inflyttning efterfrågas. Bemötandeplaner tas fram vid behov efter att BPSD-skattning har gjorts. Verksamheten gör BPSD-skattning på alla som flyttar in.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhetens Silviasjuksköterska erbjuder stöd till anhöriga. Lokal rutin har upprättats baserat på modell från Silviacertificering. Synpunkter från anhöriga bemöts och gruppchef ansvarar för återkoppling. Verksamheten har under pandemin bjudit in anhöriga till olika webinarier, exempelvis om anhörigas rättighet att få stöd, hur är det att bo på ett äldreboende idag, god man och förvaltarens ansvar och roll osv.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har strukturerad egenkontroll av följsamhet till rutiner för livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Kontaktman skriver konkret i boendes genomförandeplan om önskekost som sedan noteras i nutritionsplanen av sjuksköterska. På teammötet tas kontaktmannens observation vid måltidssituationen upp. Kostombuden får återkoppling från kontaktman och tar hänsyn i matbeställningarna. Boende är delaktig i sammansättning av veckans matmeny. Kostombuden har gått utbildning i konceptet "Mat som hemma". Verksamheten behöver planera för att all personal deltar i utbildningen enligt anbud. Det genomförs måltidsobservation regelbundet. Under pandemin har måltidsobservationen gjorts med fokus på att skapa en trivsam samvaro trots avståndsrestriktioner. Omsorgsmåltid (pedagogisk måltid) på enheter med demensinriktning har inte kunnat upprätthållas då medarbetarna bär munskydd vid hela måltidsserveringen. Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituationen på en demensavdelning. Sju boende åt tillsammans vid samma bord och två medarbetare hjälptes åt med serveringen. Maten var upplagd på en vagn och visades för de boende. De boende tillfrågades vad de vill 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. Bland förbättringsområden kan den relativt långa serveringstiden nämnas. Det tog mer än en kvart för den sista att få mat. Efter en stund bjöds de boende på hårt bröd, de som hade börjat äta serverades först och de som inte hunnit bli serverade fick vänta. Trots att maten var ljummen när sista boende blev serverad behöver verksamheten säkerställa att maten håller temperaturen med anledning av att

Delområde	Kommentar
	servering kan ta tid. De boende var nöjda med matens smak. Färskt bröd till frukost bakas på vissa dagar och på några avdelningar. För att leva upp till anbudet kommer verksamheten att införskaffa bakmaskin. De boende synpunkter på mat fångas upp dagligen i samband med måltiden men även någon då och då genom Måltidsappen (sura eller glada miner). Menigo säkerställer att kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har arbetat med att uppmärksamma besvärande ensamhet t.ex. genom att ta upp det på APT och på ledningsgruppsmöten. Aktivitetsansvarig har haft enskilda samtal med boende. Verksamheten har anpassat inom- och utomhusmiljön för att underlätta social kontakt under trygga förhållanden. Samtalsgrupper har bildats, högläsning erbjuds, intervjuer med några boende om upplevelsena under pandemin har gjorts. Ametisten har deltagit i projektet "Öka meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" under hösten. Det erbjuds aktiviteter under helger. Ung Omsorg är i verksamheten på helger. Helgaktiviteter och ansvar för dessa planeras på morgonmötet. Kontaktman har ansvar för planer och för att genomföra egentid. Tid för egentid redovisas på schema och följs upp på teammöte. På det sättet kan man säkerställa att alla erbjuds egentid. Vardaga har gjort en enkät till anhöriga och även för boende. I de fall de boende behöver hjälp med att fylla i enkäten hjälper kontaktman och gruppchef tillsammans den enskilde. De boende som deltog i samtal hade delade uppfattningar om de aktiviteter som erbjuds i huset. Båda önskade mer utvistelse.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokala rutiner för hot och våld som innefattar hot eller våld mellan boende, våld från personal mot boende samt våld i nära relation. Det görs riskbedömning i ärenden där det förekommer våld i nära relationer mot äldre.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin för regelbunden egenkontroll av kvalitet och funktionalitet av trygghetslarmet. Larmens kvalitet kontrolleras dagligen och signeras. Lokal rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att fungera. Verksamheten utför månatligen systematisk egenkontroll av larmsvar (dvs den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat. Ledningen känner sig trygg med att larmsvaren inte är oskäligt långa. I de fall larmsvar har dröjt görs en utredning. Verksamheten har säkerställt att det under kvällar, nätter och helger finns larmadministratör som kan se till att boendes larm fungerar.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om sekretessbestämmelserna delges alla nyanställda och tas upp i olika forum.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Ametisten</b> Rating 83
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Ametisten</b> <hr/> <b>Organisationsnummer:</b> <b>556573-6450</b> Namn: Vardaga Äldreomsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA



Delområde	Kommentar						
	<p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</p> <table><tr><td data-bbox="507 275 579 297">dec-21</td><td data-bbox="1209 275 1364 297">18 086 136,00</td></tr><tr><td data-bbox="507 309 579 331">nov-21</td><td data-bbox="1209 309 1364 331">17 938 511,00</td></tr><tr><td data-bbox="507 342 579 365">okt-21</td><td data-bbox="1209 342 1364 365">17 684 076,00</td></tr></table>	dec-21	18 086 136,00	nov-21	17 938 511,00	okt-21	17 684 076,00
dec-21	18 086 136,00						
nov-21	17 938 511,00						
okt-21	17 684 076,00						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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<sup>1</sup>. 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.

Under 2021 förlängdes avtalet t.o.m. februari 2026 och därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år. Inför beslut om avtalsförlängning genomförde staben för kvalitetsuppföljning en uppföljning av de brister som Inspektionen för vård och omsorg, IVO hade uppmärksammat i samband med granskning av verksamhetens hantering av pandemin. Uppföljningen visade att verksamheten har vidtagit/påbörjat vidta åtgärder för att säkra kvaliteten i verksamheten.

År 2021 gjordes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring de ovan beskrivna kriterierna.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Berga
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förankrat och genomfördes den 26 oktober 2021. Ledningsgruppen, områdeschef, fyra medarbetare samt tre boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska upprätta en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast 20 januari 2022.

## Sammanfattande bedömning

Med anledning av pandemin och omsättning i ledningsorganisationen har verksamheten delvis arbetat med utvecklingsplanerna under 2020-2021.

Under 2021 har flera medarbetare erbjudits kompetensutveckling med stöd av stimulansmedel och flertal medarbetare har involverats i olika utvecklingsprojekt.

Verksamheten har delvis uppfyllt anbudsloftena främst gällande kompetensutveckling och de boendes delaktighet i frågor såsom mat och aktiviteter.

## 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

<sup>1</sup> På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser var under uppföljningsbesöket endast 64 av 96 platser belagda.

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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
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 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	◆ 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.	Verksamheten ska se till att de möten som bedöms behövas för utveckling av verksamheten återupprättas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att ledningen har den kompetens som behövs för uppdraget.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att anteckningar från rådsmöten är lättillgängliga för samtliga medarbetare.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att snarast möjligt uppfylla kriterierna för Silviaomcertifiering.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Ombudens roll och ansvar ska förtydligas och förankras hos varje ombud.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Erbjuda möjlighet till utbildning till medarbetarna som arbetar natt och på dagverksamheterna.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver ta fram arbetssätt för att uppmuntra medarbetarna att delta i utvecklingen av verksamheten
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver upprätta en plan för hur anbudsloften gällande kompetensutveckling kommer att verkställas

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

## 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 med avvikelse.	Medarbetare ska ha god kännedom i hur, när och varför en avvikelse ska rapporteras.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur välfärdsteknik kan användas för att skapa ökad trygghet för de boende.

## 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.	Verksamheten ska säkerställa att uppföljning av händelser av vikt samt utvärdering av vidtagna åtgärder kopplas till den enskildes dagliga livsföring.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver förtydliga på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande eller uppdatering av genomförandeplanen.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Den enskildes kommunikationsförmåga inklusive behov av hjälpmedel/förhållningssätt för att stärka den kommunikativa förmågan behöver förtydligas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Utföraren ska verka för att dokumentation enligt Individens behov i centrum (IBIC) implementeras.

## 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 avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att det finns arbetssätt för att informera de boende om tillfälliga förändringar.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver förtydliga vilken funktion som har ansvar för att följa upp skyddsåtgärder och på vilket sätt.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att rutin för hantering av muntligt framförda synpunkter är förankrad hos samtliga medarbetare.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ha ett arbetssätt för att hålla de boende informerade om frågor som de berörs av.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska se till att vid behov erbjuds följande stöd: bolltäckor/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.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan för hur arbetssätt för anpassad kommunikation i enlighet med anbudet kan tillämpas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur diplomering av kontaktmän kan ske.

## Bemötande och anhörigstöd

### ● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver ta fram en plan för hur externt handledning av samtliga medarbetare kan ske i enlighet med anbudet.

## 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 avvikelser.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns rutin för hur ökat stöd vid måltiderna kan ges till medarbetarna.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att måltiderna är en trevlig stund på dagen.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska hålla kostråd en gång per månad då boende, dietist/kock, måltidsansvariga samt VC/EC deltar.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 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 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 med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att den enskilde erbjuds egentid.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Egentid två timmar i veckan ska erbjudas.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för hur helgungdomar kan berika aktiviteterna under helger.

## 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 utföra larmkontroller på ett systematiskt sätt för att minimera bakomliggande orsaker till oskäligt lång svarstid.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att rutin för kontroll av larmens funktionalitet efterlevs.

## Ekonomisk kontroll

### 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur samt fast agenda för varje möte. Mötesöversikten för hela året finns tillgänglig för medarbetarna. Ombudsträffar finns inplanerade i årets mötesschema med tid och plats. Mötestiden är inte schemalagd. Deltagare i möten kan variera beroende på vilka som arbetar. Veckobrev med aktuell information till medarbetare och anteckningar från APT skrivs och finns tillgängliga på intranätet. Anteckning från kvalitetsråd, kostråd eller boråd finns i en pärm på administrativa avdelningen på entréplanet och inte på intranätet.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ledningsgruppen består av verksamhetschef tillika enhetschef, 1,5 enhetschefer samt tjänstgörande sjuksköterska. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydlig och skriftligt nedtecknad. Under 2020 och 2021 har det varit viss personalomsättning i ledningsgruppen och antal enhetschefer har minskat på grund av minskning av antal platser. Rekrytering av ny enhetschef pågår. Plan för hur dennes arbetsuppgifter ska hanteras under rekryteringstiden har inte hunnits tas fram. Ledarskapsutbildning erbjuds till cheferna. Sjuksköterskor är arbetsledare under kvällar, nätter och helger då verksamhetschef inte är på plats. Under verksamhetschefens frånvaro ansvarar Trygghetens chef för verksamheten. Verksamhetschefer inom företaget turas om en vecka i taget och är jourhavande verksamhetschef mellan kl.17:00-07:00. För att öka det nära ledarskapet har ledningsgruppen minst en representant i samtliga möten. Enligt anbud ska ledningen förstärkas genom att bl.a. diplomera kontaktmän, kvalitetshandledare och teamledare så att de kan handleda kollegorna i omvårdnadsarbetet. Dessa har inte genomförts under 2021.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har erforderliga tillstånd för att driva särskilt boende inklusive dagverksamhet. Verksamhetschef är godkänd av Inspektionen för vård och omsorg.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Introduktionen är på 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. Verksamheten följer upp introduktionen på ett systematiskt sätt. Verksamhetschef eller enhetschef följer upp introduktioner inom 2 månader.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	97% av tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Fem medarbetare har under hösten börjat specialistutbildning med inriktning Äldre och hälsa och en inom Vålfärdsteknik. Ett vårdbiträde läser på heltid till undersköterska. Två omvårdnadspersonal som tillsvidareanställda har specialistundersköterskekompetens inom akutsjukvård samt demens. Verksamheten är Silviacertifierad. Reflektion erbjuds med 1,5 timme per månad och avdelning. Medarbetare som arbetar natt deltar inte i reflektionsmöten då dessa erbjuds dagtid. Enligt medarbetarna som deltog i samtal sker inläring på arbetsplatsen bl.a. genom webbaserade utbildningar eller utbildningar som erbjuds via Solna stad samt genom handledning av hälso- och sjukvårdspersonalen så fort behov uppstår. Kollegial granskning inom hygien och måltid utförs men resultatet har varit mindre lyckat då kollegor helst ville undvika att lyfta det som inte har fungerat på andra avdelningar. Enligt anbud ska verksamheten certifieras inom fyra år från avtalsstart till Kompetens Centrum (KC), Kunna, driva, leda. Vidare anges i anbudet att det ska

Delområde	Kommentar
	finnas medarbetare nattetid som har vidareutbildning i demens. En medarbetare ska vara certifierad BPSD-utbildare. Aktiviteter för att uppnå dessa utfästelser har inte genomförts.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Behovsbedömning görs dagligen utifrån sjuksköterskas observation samt utifrån personalens bedömning av vårdtyngden. Schemat kan justeras, t.ex. om fler behöver börja tidigt på morgonen eller om det behövs förstärkning vid något tillfälle. Verksamheten förstärker bemanningen när reflektionsträffar ska hållas. Verksamheten har förstärkt bemanningen nattetid så att sjuksköterskan är frikopplad och kan handleda personalen vid behov. 100% av medarbetare har en tillsvidareanställning och samtliga arbetspass är bemannade med ordinarie personal. Vikarier eller intermitteranställd personal tas in vid kort- eller långtidsfrånvaro. Fem medarbetare har avslutat sina tjänster under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Verksamheten har haft avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning. Bland orsaker som har angetts kan vidareutbildning, pensionsavgång samt flytt till annan verksamhet nämnas. Ytterligare 12 medarbetare blev övertaliga med anledning av minskning av antal platser.  Verksamheten har säkerställt att det finns en rutin för samverkan vid ensamarbete. Med anledning av att många medarbetare är studielediga har flera timanställda fått ett längre vikariat för att säkerställa personalkontinuiteten. Verksamheten har med anledning av färre antal belagda platser gjort en schemaändring. Enligt det nya schemat arbetar omvårdnadspersonalen en heldag mellan klockan 08-21 eller 7-20, två av fem helger. Medarbetarna kände inte att de gavs möjlighet att vara delaktiga i framtagandet av det nya schemat. Riskanalys med anledning av de långa arbetspassen har gjorts. Medarbetare som deltog i samtal upplevde att det långa arbetspasset kan påverka kvaliteten och öka risk för patientsäkerheten. Inga avvikelserapporter eller tillbudsanmälningar har inkommit med anledning av det nya schemat däremot har flera nyligen uttryckt att det är tungt med helgpassen. Ledningen kommer att se över schemat och ta in medarbetarnas synpunkter och önskemål i större utsträckning.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten använder enklare språktest vid rekrytering. Verksamheten har haft god tillgång till timvikarier men behöver rekrytera fler då många av de redan anställda är inne för medarbetare som är studielediga. Rekrytering av nya medarbetare pågår. Som ett led i kompetensförsörjning tar Berga emot studenter och elever från skolor och högskolor.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för extern samverkan finns. Verksamheten har tagit emot tio elever och studenter under våren 2021. Studerande från musik- och konsthögskolor har hållit i workshops med de boende och gjort sina examensarbeten. Verksamheten deltar i nätverksträffar som Solna stad anordnar. Enhetschefen är ledamot i vård- och omsorgscollege Nordväst.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Överrapportering sker genom att varje medarbetare ska läsa anteckningar i Safe-Doc vid arbetspassets början. Fem minuters överrapporteringstid mellan natt- och dagpersonal finns i schemat. Enligt medarbetarna är det viktigt med muntlig överrapportering och därför väljer man att komma tidigare eller sluta senare än schemalagd tid för att hinna ta del av rapporten. Enligt anbud ska SBAR, som är ett standardiserat verktyg för kommunikation vid överrapportering, användas. Detta används idag delvis av hälso- och sjukvårdspersonalen men inte av omvårdnadspersonalen. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att det inte alltid fanns möjlighet att delta i de olika mötena. Nattmedarbetarna erbjuds att delta i olika möten dagtid men deltagandet har varit lågt.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsombud från varje avdelning, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef deltar i kvalitetsrådet. Kvalitetsrådet har hållits fem gånger under 2021. Anteckningar från dessa möten skrivs och är tillgängliga på intranätet. Verksamheten har olika ombudsroller. Under 2020-2021 har ombudsmöten delvis kunnat upprätthållas. Enligt ledningen behöver man ta ett omtag när det gäller ombuden då dessa inte har fungerat fullt ut. Planeringsdagar har inte kunnat anordnas under 2020-2021. Medarbetarna bjuds in till APT 10 gånger per år. Enligt anbud ska tre medarbetare, en av de tjänstgör nattetid, vara diplomerad kvalitetshandledare med fördjupade kunskaper i personcentrerade arbetsätt och ledningssystemets rutiner. Verksamheten har inte utsett några kvalitetshandledare.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Vikten av att skriva avvikelserapport och varför dessa ska skrivas påtalas på APT. Klagomål tas upp på teammöten men kommer även att läggas till som en fast punkt på agendan för att inte glömmas bort. För att underlätta rapporteringen finns blanketter lättillgängliga på våningarna och i entrén. Det har blivit fler inlämnade klagomål och avvikelser som rapporterats men enligt ledningen är detta ett förbättringsområde. De flesta avvikelserna handlar om fall, medicin och maten. Avvikelser skrivs på papper och lämnas till närmaste chef eller hälso- och sjukvårdspersonal som i sin tur lägger in rapporten i systemet. Återkoppling av avvikelser sker i vissa fall till de som berörs. Generella avvikelser tas upp på APT. Medarbetarna medger att de behöver mer kunskap om vad en SoL-avvikelse kan handla om. Ansvar och Omsorg planerar att byta dokumentationssystemet, vilket på sikt kommer att möjliggöra för medarbetarna att rapportera avvikelserna direkt i systemet. Ledningen hoppas att det nya systemet kan underlätta hantering av rapporterade avvikelser samt återkoppling till de berörda. Verksamheten har månadsvis redovisat en sammanställning av rapporterade klagomål och avvikelser till förvaltningen. Dessa har bl.a. handlat om bristande omvårdnad, begränsningsåtgärder i form av uppdragna grindar, bristande kommunikation, brist på råvaror, utebliven insats och mindre lämpligt bemötande. Under 2021 har en händelse rapporterats och utretts enligt lex Sarah och bedömdes som missförhållande.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitets- och utvecklingsfrågor tas upp på kvalitetsrådet. Det är oklart vilket ansvar de som deltar i rådet har för att sprida information om det som har diskuterats. Minnesanteckningar skrivs inte. Egenkontroll görs bl.a. av promenadlista, följsamhet till hygienrutiner, social dokumentation, hantering av narkotikaklassade läkemedel och brandchecklistor. Resultatet/utfallet används för att ta fram åtgärdsplan. Företaget gör årligen internrevision men under 2021 har detta inte gjorts. Verksamheten har identifierat flera utvecklingsområden, däribland: social dokumentation, brist i språkkunskap, bristande planering av det dagliga arbetet, basala hygienrutiner, nyckelkvittering samt signering av omsorgslistor. Enligt anbud ska tvåspecialistkvalitetshandledare vara ledningen behjälplig med att utveckla verksamheten. Dessa ska handleda sina kollegor dagligen i omvårdnadsarbete samt förankra värdegrunden i verksamheten. Dessa roller är inte tillsatta. Enligt anbud ska verksamheten införa digitala sensorer, nattkameror och olika typer av mobila enheter. Dessa har inte påbörjats.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Förändringar i genomförandeplaner lyfts på teamforum en gång i veckan. Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Genomförandeplanerna var uppdaterade och hade en tydlig struktur för hur en insats ska genomföras. Dokumentation sker inte enligt IBIC. 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.

Delområde	Kommentar
	Behov av insatser nattetid var i de flesta fall beskrivna av dagpersonalen. I nästan samtliga fall fanns behov av sänggrindar. Oklart om plan för uppföljning av dessa skyddsåtgärder finns.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Det förekom anteckningar om händelser av vikt där vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa saknades. Det dokumenteras övervägande information av ringa betydelse i journalerna.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	En gång i månaden granskar enhetscheferna några socialjournaler per våning. Egenkontrollerna uppvisar att genomförandeplanerna inte alltid är uppdaterade, dokumentation av händelse av vikt behöver förbättras samt kontakt med anhöriga behöver dokumenteras. Generella förbättringsområden skrivs i veckobrev och skickas till samtliga medarbetare. Dokumentationsstödjare har gått utbildning men stödet har av olika skäl inte kunnat ges till medarbetarna. Enligt anbud ska enhetscheferna två gånger i månaden göra uppföljning av kvaliteten i den sociala dokumentationen på individnivå och säkra att den uppfyller kraven. Detta sker inte idag. Dokumentation ska ske enligt IBIC, vilket inte görs idag.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Boenderåd har erbjudits våningsvis under 2021, vilket enligt ledningen har fungerat bra. Verksamheten har tidigare erbjudit boråd fyra gånger per år men planerar att ha det månadsvis. Förutom boende deltar medarbetare och ibland kurator och dietist i dessa möten. Boende får då fylla i en blankett med frågor gällande mat, aktiviteter, städning etc. Blanketterna lämnas sedan till verksamhetschef som använder resultatet som diskussionsunderlag inför kommande kostråd och aktivitetsråd. För att underlätta samtal med boende har hörsel förstärkare införskaffats med stöd av stimulansmedel. Företaget har genomfört en egen brukarundersökning. Verksamheten informerar beställaren om utfallet när resultatet har sammanställts. Information om begränsningsåtgärder ges vid förflyttningsutbildning. Hälso- och sjukvårdspersonalen gör dagligen spontana observationer för att säkerställa att begränsningsåtgärder inte förekommer. Alla medarbetare ska genomgå utbildning i nollvision. Nattsjuksköterska ansvarar för att följa upp begränsningarna/skyddsåtgärderna. Enligt ledningen står inte detta ansvar står tydligt i ansvarsbeskrivningen och behöver förtydligas.  Boende som deltog i samtal tyckte att de fick den hjälp de behövde och hade möjlighet att påverka tiden då de fick hjälp. De upplevde att det i vissa fall kan vara svårt att förstå vad personalen säger relaterad till bristande språkkunskap och särskilt nu när munskydd används men var i överlag mycket nöjda med personalens bemötande. Enligt anbud ska verksamheten använda inläsningstjänster om den enskilde är synskadad, ha tillgång till information på lättläst svensk, 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. Dessa arbetssätt tillämpas inte idag.
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Den boende och anhöriga informeras om Solna stads kvalitetsdeklaration vid inflyttning samt vid uppdatering av genomförandeplanen, som sker två gånger per år. Den boende informeras om möjligheten att byta kontaktman. Kontaktman får skriva under ett kontrakt som förtydligar vad det innebär att vara kontaktman. Kontaktman ansvarar för att informera den enskilde om tillfälliga förändringar, exempelvis vid planerade semester. Detta följs upp exempelvis vid avvikelser och klagomål samt genom att påminna medarbetarna och aktivt fråga om detta har gjorts. Enligt ledningsgruppen behöver medarbetarnas kunskap och förståelse öka när det gäller sitt ansvar som kontaktman men även ansvar gentemot de övriga boende där medarbetaren inte i första hand är kontaktman till. Alla medarbetare ska gå webbaserad utbildning i kontaktmannens ansvar.

Delområde	Kommentar
	Steg II- utbildning, som handlar om fördjupning, är under framtagande.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten saknar rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges. Verksamhetschef skriver månadsvis informationsbrev till de anhöriga. De boende tar i dagsläget inte del av informationen. Boende som deltog i samtal upplevde att personalen är tillgänglig och svarar genast på larm. Dock har det hänt någon gång att de har fått vänta länge på hjälp. 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.

## Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillgång till kurator som bl.a. håller i mötena med värdegrundsombuden. Alla medarbetare ska göra värdegrundstrappan där varje trappa belyser etiska dilemman inom ett visst område. Exempel på ämnen är bemötande, delaktighet, måltider och aktiviteter. Med anledning av pandemin har S:t Lukas stiftelsen haft stödsamtal och handledning med medarbetarna under 2020-2021. Varje medarbetare har erbjudits ca nio timmars handledning. Kurator håller i Etikforum 6 gånger per år. Enligt anbud ska verksamheten ge professionell extern handledning till all tillsvidareanställd omvårdnadspersonal och legitimerad personal minst åtta tillfällen per år och minst två timmar per tillfälle. Med anledning av pandemin har S:t Lukas stiftelsen haft stödsamtal och handledning med medarbetarna under 2020-2021. Plan för att fortsätta erbjuda extern handledning saknas idag.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. 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. Kurator deltar vid anhörigmöten. Anhörigmöten har inte kunnat hållas under 2021 men kommer att återupptas under 2022.

## Mat och måltider



Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Temperaturkontroll av maten görs enligt checklista och signeras.
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarna tar reda på vilken mat den enskilde tycker om/inte tycker om i samband med ankomstsamtalet. Den enskildes upplevelse av matens smak fångas upp genom att aktivt fråga efter varje måltid eller via observationer. Mat som inte fungerar bra diskuteras på kostråd och tas senare upp med kökspersonalen. Enligt anbud ska medarbetarna delta genom pedagogiska måltider för att bland annat kommunicera med övriga kring bordet. Detta arbetssätt tillämpas inte då munskydd ska användas i samband med serveringen. Enligt anbud ska utbildning i mat och måltid ingå i introduktionsprogrammet vilket inte görs idag. Flera gånger i månaden ska även legitimerad personal delta vid måltiderna. Dessa tillämpas inte idag i den omfattningen som har utlovats. Ledningen bedömer att det finns behov av mer porslin, stora dukar, olika kryddor för att tydligare markera vardag från helg. Inköp av dessa pågår. Enligt anbud ska måltidsobservationer göras regelbundet i syfte att fånga upp förbättringsområden. Verksamhetens dietist har genomfört en observation hittills. Enligt anbud ska kostråd hållas en gång per månad då boende, dietist/kock, måltidsansvariga samt verksamhetschef/enhetschef deltar. Dessa möten har inte hållits i den omfattningen och boende har inte deltagit i mötena. De boende som deltog i samtal tyckte att maten som serverades var god. Det är oftast husmanskost som man känner igen, dock kan det vissa veckor bli lite för många köttfärsrätter. I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en avdelning med demensinriktning: Maten presenterades inte för de boende. Förkläde användes inte vid serveringen.

Delområde	Kommentar
	<p>Sex boende åt vid två bord, fyra av dem behövde ha hjälp med maten i varierande grad. En medarbetare hjälpte två boende samtidigt med matning. Två av de boende gick från bordet vid flertal tillfällen, vilket krävde personalens uppmärksamhet. Måltidssituationen upplevdes stressig och tid och utrymme för att skapa en trevlig socialsamvaro fanns inte. En boende ville berätta en historia men avbröts av personalen. Personalens bemötande kring måltid och sättet att tala till de äldre behöver förbättras.</p> <p>Enligt ledningen ska två personal arbeta vid måltiderna och vid behov kan andra professioner hjälpa till. Personalen på avdelningen fick inte hjälp från andra professioner vid observationstillfället. Detta trots att den ansträngda situationen på den avdelningen var känd av ledningen. Verksamheten behöver planera så att det finns tillräckligt med personal vid måltiderna för att kunna skapa en hanterbar och trevlig måltidssituation.</p> <p>Verksamheten har säkerställt att kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.</p>

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har under våren 2021 deltagit i projektet "Skapa Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus".</p> <p>För att kunna erbjuda meningsfulla aktiviteter har verksamheten tillgång till aktivitetscoacher, hälsocoach och kurator. Livsberättargrupper, som är en samtalsmetod för att minska ensamhetskänslan kommer att återupptas. Gruppen leds av kuratorn.</p> <p>Verksamheten samverkar med konstnärer, biblioteket i Bergshamra, kyrkan samt med Bergshamra skolor och förskolor.</p> <p>Aktivitetsutbudet har ökat och promenad erbjuds enligt schema och redovisas till verksamhetschefen. Trots pandemin har verksamheten haft vernissage varannan månad och de boende har haft möjlighet att besöka utställningen en i taget. Digitala andakter har hållits.</p> <p>Aktivitetsombuden upprättar ett aktivitetsschema som övriga medarbetare ska följa. Arbetsterapin har lagt fram vissa pussel, spel eller annat som kan lånas upp till våningen. Högtalare har införskaffats till våningen där man kan koppla upp musik. Aktivitetscoach tipsar om radioprogram eller tv-program. Hälsocoachen håller i gymnastik i grupp för boende, promenader, en cykeltur med cykeltaxi och personliga hälsomål för individen.</p> <p>Aktivitetscoachen och kurator har enskilda samtal med den nyinflyttade för att fånga upp dennes önskemål om aktiviteter. De boendes önskemål om aktiviteter fångas upp på borådet.</p> <p>Enligt anbud ska två timmars egentid erbjudas i veckan. Enligt ledningen erbjuds egentid en timme i veckan. Tid för egentid planeras av medarbetarna i samband med dagplaneringen. Enligt medarbetarna händer det att den aktiviteten inte kan genomföras pga. pressad arbetssituation. Ledningen följer upp att egentid genomförs i samband med granskning av journaler. Då egentid inte alltid dokumenteras i journalen ska annat arbetssätt tillämpas för att säkerställa detta. Under helger erbjuds aktiviteter. Det har köpts in material för att lättare kunna utföra spontana aktiviteter under helger.</p> <p>Enligt anbud ska helgungdomar komma till verksamheten. Påbörjade planer hann inte sjösättas pga. pandemin och därför behöver verksamheten ta ett omtag kring frågan. En helgungdom har anställts under november. Planen är att anställa fler. De boende som inte deltar i gemensamma aktiviteter erbjuds samtal med kurator. Hälsocoach erbjuder skraddarsydda aktiviteter efter deras förmåga. Kontaktmannen ansvarar för att erbjuda egentid.</p> <p>Enligt anbud ska samverkan ske med LSS-verksamheter vilket kommer att påbörjas i december 2021.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	<p>Rutin för hot och våld finns och har kompletterats med hur stöd ges till medarbetare som utsätts för hot och våld.</p>
Larm  2. Delvis godkänd	<p>Larmombud kontrollerar larmens funktionalitet en gång i månad. Enligt tidigare rutin ansvarade eftermiddagspersonalen för att kontrollera larmfunktionen. Ledningen är osäkra på om rutinen efterlevs.</p> <p>Verksamheten har lokal rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att</p>

Delområde	Kommentar
	fungera. Kvällar och natttid är sjuksköterskan larmadministratör. Kontroll av larmsvar sker inte systematiskt utan enbart vid avvikelser och klagomål.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om sekretessbestämmelserna delges alla nyanställda och tas upp i olika forum.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Berga</b> Rating 80						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p><b>Berga</b></p> <hr/> <p><b>Organisationsnummer: 556733-9147</b></p> <p>Namn: A&amp;O Temabo AB</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</p> <table> <tr> <td>21 -dec</td> <td>4 730 943,00</td> </tr> <tr> <td>21 -nov</td> <td>4 693 658,00</td> </tr> <tr> <td>21 -okt</td> <td>4 601 015,00</td> </tr> </table>	21 -dec	4 730 943,00	21 -nov	4 693 658,00	21 -okt	4 601 015,00
21 -dec	4 730 943,00						
21 -nov	4 693 658,00						
21 -okt	4 601 015,00						



# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

BJÖRKGÅRDEN



## Innehållsförteckning

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

## 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<sup>1</sup>.

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Björkgården
- Samtal med personal och boende
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes digitalt den 18 januari 2022. Samtal med boende, måltidsobservation samt granskning av journal genomfördes fysiskt den 17 februari. Tre medarbetare och två boende intervjuades i samband med uppföljningen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 21 mars 2022.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en god struktur med ett nära ledarskap och engagerade medarbetare. Verksamhetens arbete med utvecklingsplanen har fortlöpt under 2021 om än i mindre omfattning än planerat.

Björkgården har arbetat strukturerat för att förbättra dokumentationen. Verksamheten har arbetat aktivt med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna trots rådande pandemin.

## 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

<sup>1</sup> På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser var vid uppföljningstillfället 48 platser belagda.

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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 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	◆ 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.

Inspektionen för vård och omsorg har avslagit Förenade cares ansökan om byte av verksamhetschef på Björkgården då vederbörande saknar erfarenhet av arbete inom äldreomsorg. Företaget har överklagat beslutet och inväntar svar från förvaltningsrätten.

## 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 säkerställa att reflektionsträffar erbjuds och hålls en gång i månaden.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att BPSD administratör utbildas, (dag och nattpersonal). Bemötandeplaner behöver upprättas och följas upp.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att medarbetare som behöver stöd i svenska får hjälp via samtal och språkcafé.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att all medarbetare introduceras i digitaliseringen i enlighet med anbudet. IT-ombudets roll och ansvar behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Utvecklingssamtal med närmsta chef 1 gång per år ska erbjudas som ett led i medarbetarens kompetensutveckling
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Extern handledning och nätverksträff inom företaget för vidareutveckling ska erbjudas.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Enligt anbud ska varje tillsvidareanställd fortbildas/kompetensutvecklas en vecka per år (ca 7 dagar)

## 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 är ännu inte bedömd.	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 med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att ombuden har den kunskap som krävs för att utöva sitt uppdrag.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 med avvikelse.	Verksamheten behöver vidta åtgärder för att öka medvetenheten hos personalen att rapportera avvikelser samt rapportering enligt bestämmelserna för lex Sarah.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Planeringsdagar två gånger per år ska erbjudas.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Ledningen ska två ånger per år genomföra oanmälda besök nattetid.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Rutinerna ska vara tillgängliga på intranätet.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Fem varför-metoden ska tillämpas för att analysera grund orsaken till avvikande händelse

## 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 och på vilket sätt hen har varit delaktig behöver utvecklas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns en röd tråd mellan genomförandeplan och sociala dokumentation.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att kommunikationssättet är anpassat till den enskildes kommunikativa förmåga
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning av skyddsåtgärder behöver struktureras för att säkerställa att dessa åtgärder är tidsbegränsad och väl motiverade.
🟡 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska upprätta och förankra rutin för hur, vem och när information om tillfälliga förändringar ska ges.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Arbetsledare ska säkerställa att den enskilde får sina insatser utförda i enlighet med behov/önskemål i genomförandeplanen.
⚪ 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 är ännu inte bedömd.	Anbud: Samtliga medarbetare ska gå utbildning i kontaktmannaskap.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Kommunikationsverktyg såsom pictogram, bildstöd ska användas för att underlätta kommunikation med personer med kognitiv svikt. Vidare ska personliga bemötandepplaner används.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska på strukturerat sätt och med stöd av Qualid mäta livskvaliteter hos personer som själva inte kan uttrycka sig.

## Bemötande och anhörigstöd

### ● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska skapa ett Leva Livet team som tillsammans med värdegrundsombud förbättrar och utvecklar det professionella förhållningssättet.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 ska säkerställa att det finns strukturerat forum där boendes synpunkter på mat och måltidssituation kan hanteras.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 enligt plan.	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 är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska se till att skapa förutsättningar som behövs för att kunna använda utflyktsbussen
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Utbildning i "Mötas i musik" ska erbjudas.

## 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 egenkontroll av larmets svarstid sker systematiskt och inte enbart vid klagomål.




## Ekonomisk kontroll

### 4. Uppfyller kraven






## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	<p>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. Verksamheten har planerat att återinföra temamånader fr.o.m. 2022. Temamånader innebär att under en hel månad fokuserar alla ombudsmöten, utbildningar och egenkontroller på ett specifikt utvecklingsområde. Avvikelseråd har hållits varje månad. Anteckningar från dessa möten finns i Safe-Doc.</p> <p>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 förmedlat. Teammöte har hållits en gång per månad. Arbetsplatsträffar har inte kunnat upprätthållas månadsvis och nattmöte har skett endast en gång under 2021. Verksamhetschefen har för avsikt att träffa nattmedarbetare minst en gång i veckan under 2022.</p> <p>Reflektionsmöten har inte kunnat hållas en gång per månaden. I stället har reflektionsledaren skickat ut reflektionsfrågorna till varje avdelning som medarbetarna fått diskutera. Diskussioner har skett på ett mer eller mindre strukturerat sätt. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att diskussionerna har varit bra men de ersätter inte den sedvanliga reflektionsträffarna. Nattmedarbetarna hade inte tagit del av reflektionsfrågorna.</p>
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	<p>Ny verksamhetschef tillträdde sin tjänst i april 2021. Ledningsgruppen består av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Det finns ingen fast agenda för mötena. Ledningen planerar att inkludera flera professioner i ledningsgruppen, t.ex hälso- och sjukvårdspersonal samt Leva livet inspiratör.</p> <p>Företaget har erbjudit ledningen tre dagars utbildning i lagar och regler enligt anbud.</p> <p>Ledningen är tillgänglig och besöker våningarna dagligen för att fånga upp medarbetarnas och de boendes synpunkter och önskemål.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har det dagliga arbetsledaransvaret på varje våning. Tjänstgörande sjuksköterska är arbetsledare kvällar, nätter och helger. Tydlig ansvarsbeskrivning finns. Jourtid finns tillgång till arbetsledarjour inom företaget.</p> <p>Verksamhetschef är HSL-ansvarig. Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef turas om och täcker upp för varandra vid frånvaro.</p>
IVO-tillstånd  2. Delvis godkänd	<p>Inspektionen för vård och omsorg har avslagit Förenade cares ansökan om byte av verksamhetschef på Björkgården då vederbörande saknar erfarenhet av arbete inom äldreomsorg. Företaget har överklagat beslutet och inväntar svar från förvaltningsrätten.</p>

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	<p>Två tillsvidareanställda avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m.1 oktober 2021. Verksamheten haft avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning.</p> <p>Det sker systematisk uppföljning av introduktionen. Två veckor efter introduktionen går biträdande verksamhetschef och den nyanställde igenom checklisten och säkerställer att samtliga punkter på listan är godkända. Den nyanställdes digitala kunskap framförallt förmågan att kunna hantera olika verksamhetssystem tas upp och kontrolleras.</p> <p>Basala hygienrutiner, Demens ABC, Demens ABC plus, 0-Vision, Kohortvård ingår i introduktionen.</p>

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>90 % av tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Under 2021 har verksamhetschefen inte hunnit upprätta kompetensutvecklingsplaner för omvårdnadspersonalen. Detta planeras att genomföras under 2022.</p> <p>För närvarande finns en omvårdnadspersonal som har specialistundersköterskekompetens. Företaget erbjuder möjlighet till validering vilket innebär att vårdbiträden får möjlighet att utbilda sig till undersköterskor. Ett vårdbiträde har under 2021 utbildat sig till undersköterska. Verksamheten har i enlighet med anbud erbjudit medarbetarna möjlighet till validering med betald arbetstid, anpassade scheman och betalda studiematerial.</p> <p>För att handleda undersköterskorna i deras dagliga arbete erbjuds strukturerad och schemalagd handledning av t.ex. sjuksköterska i samband med omvårdnadsarbete. Tre dagar i veckan arbetar en sjuksköterska och en undersköterska tillsammans. Medarbetarna uppskattar sjuksköterskornas ökade tillgänglighet och upplever att det bidrar till kompetensutveckling och främjar det interprofessionella samarbetet.</p> <p>Webbaserade utbildningar erbjuds och medarbetarna upplever att det finns tid för att genomföra dem. Utöver dessa utbildningar har paramedicinerna och sjuksköterskorna hållit i enklare utbildningar för medarbetarna, t.ex. i förflyttningsteknik och munhälsa.</p> <p>Några medarbetare har fått gå utbildning i taktmassage. Natt medarbetaren som deltog i samtal kände inte till att det fanns möjlighet att gå på den utbildningen. Bland de generella kompetensbehoven har ledningen identifierat kompetensutveckling i att kunna planera sitt arbete samt skapa meningsfull tillvaro i möte med den enskilde.</p> <p>Medarbetarna önskar sig få möjlighet att använda sig av nya kunskaper som de förvärvar genom olika utbildningar samt öka kunskap i läkemedelsbiverkningar. Mobilt arbetssätt har införts och användningsgraden ökar succesivt.</p> <p>Digital läkemedelssigenering har införts under våren 2021. Medarbetarna upplever att digitaliseringen har lett till minskad läkemedelsrelaterade avvikelser.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas ett IT ombud i verksamheten. Biträdande verksamhetschef är IT-ombud. Det saknas ansvarsbeskrivning för detta.</p> <p>Verksamheten ska under 2022 förnya sitt Silviacertifikat och behöver därför planera för att erbjuda reflektionsträffarna på ett mer strukturerat sätt till samtliga medarbetare inklusive nattpersonal.</p> <p>Enligt anbud ska varje tillsvidareanställd fortbildas/kompetensutvecklas en vecka per år (ca 7 dagar). Detta har genomförts delvis.</p> <p>Vidare står i anbudet att verksamheten i första hand rekryterar undersköterskor med specialistutbildning. Nyrekrytering har inte varit aktuell under 2021 då de som har tillsvidareanställts hade sedan innan en timanställning.</p> <p>Verksamheten saknar BPSD administratörer men under 2021 har BPSD utbildning inte erbjudits. Planering för att utbilda nya administratörer pågår.</p> <p>I anbudet har Förenade care beskrivit en rad aktiviteter för att höja 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.</p> <p>Ledningspersonal, värdegrundsledare, Leva Livet-inspiratörer och ombudet går "E-hälsa och välfärdsteknik". Dessa aktiviteter har inte genomförts.</p> <p>Enligt anbud ska de medarbetare som behöver stöd i svenska språket få hjälp med samtal och vårdsvenska. Språkcafé en gång i månaden ska hållas. Dessa löften har inte infriats.</p> <p>Extern handledning ges, i ex demensfrågor, krissituationer, specifika ärenden, palliativ vård etc. Nätverk finns inom företaget för vidareutveckling. Dessa har inte erbjudits under 2021.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	<p>Verksamhetschefen har dagliga avstämningar med HSL personalen angående bemanningen.</p> <p>90% av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. Under 2021 har ledningen ersatt timanställningar med längre vikariat för att förbättra kontinuiteten. Timanställda tas in endast vid sjukfrånvaro eller semester. De tjänstgör i möjligaste mån på samma avdelning.</p> <p>Verksamheten har god tillgång till vikarier.</p> <p>Verksamhetens redovisade täthetsschema uppfyller kravet enligt anbud/avtalet.</p>



Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har god tillgång till vikarier. Det har inte varit aktuellt med nyrekrytering under 2021. Sommarvikarier rekryteras vid behov. Det är undersköterskor eller sökande som läser till undersköterska som anställs. Bedömning av sökandes språkkunskap görs i samband med intervju.

## Samverkan


Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	På grund av pandemin har verksamheten endast tagit emot två elever/studerande under 2021. Det finns handledare i verksamheten men kunskapen behöver uppdateras, enligt ledningen och medarbetarna. Verksamheten tar emot extra tjänster från arbetsförmedlingen. Rutin för extern samverkan finns och inkluderar samverkan med överförmyndarmyndigheten och dödsboudredare.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Rutinen för överrapportering är väl förankrad i verksamheten. Samtliga medarbetare som deltar i vård- och omsorgsarbetet ska också läsa anteckningar i Safe-Doc i början av sitt arbetspass. Det finns tid avsatt för överrapportering i samband med passbyte. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder det dagliga vård- och omsorgsarbetet och rapporterar muntligen till personal samt nästa tjänstgörande sjuksköterska om aktuella händelser, åtgärder och planer för omvårdnaden. Ledningen har gjort stickkontroller i hur ofta medarbetarna tar del av dokumentationen och samtalar med de som inte dokumenterar i tillräcklig omfattning. Andra möten där samverkan sker är morgonmöte, teammöte samt avvikelseråd. Dessa har beskrivits närmare under delområdet Verksamhetens mötesstruktur. Verksamheten kommer under 2022 att utbilda medarbetarna i SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation). De medarbetarna som deltog i samtal upplever att samverkan mellan dag- och nattpersonal är god och att det finns tillräckligt med tid för överrapportering.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	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. Enligt anbud ska medarbetarna engageras i verksamhetens utveckling exempelvis genom APT där avtalet, kvalitetsarbetet, inkl. kvalitetsdeklarationen, mål, utvecklingsplaner, och värdegrunden har egna punkter. Mötena protokollförs och finns tillgängliga på intranätet. Vidare ska information om ny forskning, nya riktlinjer och lagar m.m. ges på APT. Dessa har tillämpats delvis. Medarbetare som arbetar natt har möjlighet att maila synpunkter och förbättringsförslag till ledningen. Natten bjuds in men deltar inte på APT. Nattmedarbetaren som deltog i samtal upplever att information är tillgänglig, dels ringer chefen, dels skickas information i Quinyx som kan läsas från mobilen. 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. Flera ombudsroller finns i verksamheten. Enligt anbud ska ombuden få extra utbildning inom sitt specialområde. Hygienombud, palliativa ombud och dokumentationsombud har varit på utbildning. Övriga ombud har inte fått extra utbildning. Verksamheten planerar att se över ansvarsbeskrivning och kunskapsnivå för medarbetare som tar på sig rollen som ombud.  Enligt anbud ska årligen två planeringsdagar erbjudas. Under 2021 har verksamheten haft planeringsdag med HSL personal.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Ledningen har informerar ständigt om vikten av att rapportera avvikelse i syfte att utveckla verksamheten. Varje månad hålls ett kvalitetsråd/avvikelseråd där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut tillsammans med biträdande verksamhetschef eller verksamhetschef går igenom de avvikelserapporter som inkommit. För att öka förståelse för avvikelsehanteringsprocessen kommer framgent en medarbetare från varje avdelning att delta i avvikelserådet. Avvikelserådets analys av händelserna skrivs i Safe-Doc som alla medarbetarna har tillgång till. Enligt ledningen kan följsamheten bli bättre.</p> <p>Medarbetarna upplever att de får främst återkoppling på vidtagna åtgärder via sjuksköterskorna och att de följer avvikelsehanteringskedjan i Safe-Doc. Allvarliga händelser tas upp på APT och i vissa fall har föranlett utbildningssatsning för att öka kunskap inom visst specifikt område.</p> <p>Det rapporteras få SoL avvikelser och enligt medarbetarna är anledningen framför allt rädsla för att hänga ut sin kollega.</p> <p>Medarbetarna skriver årligen på att de tagit del av information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.</p> <p>Enligt anbud ska avvikelsen 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.</p> <p>Sammanställning av avvikelser och klagomål har rapporterats månatligen till omvårdnadsförvaltningen. Exempel på dessa är, bristande städning, synpunkter på mat, begränsningsåtgärder, utebliven insats och lång väntan på hjälp. Den enskildes synpunkter och avvikelser dokumenteras i sociala journalen.</p> <p>Rutin för hantering av muntligt framförda synpunkterna finns men enligt verksamhetschefen kan följsamheten bli bättre.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Verksamhetens rutiner finns i pärmar och är tillgängliga för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt. Pärmen finns i konferensrummet.</p> <p>Internrevisionsgruppen granskar rutinerna årligen och påtalar för biträdande verksamhetschef ifall behov av uppdatering föreligger. Fr.o.m. 2022 kommer rutiner som hör ihop med månadens tema att gås igenom och vid behov uppdateras.</p> <p>Rutinerna finns idag inte på intranätet. Företaget ser över möjligheten att kunna publicera rutinerna digitalt. Enligt anbud ska rutiner, information och protokoll från mötena finnas på intranätet.</p> <p>Enligt anbud ska ledningen minst två gånger per år göra oanmälda tillsynsbesök för att kvalitetssäkra arbetet nattetid. Dessa har inte genomförts.</p> <p>Verksamheten har ett årshjul med aktiviteter, egenkontroller och uppföljningar som har planerats för hela året. Det har genomförts egenkontroller inom områden såsom dokumentation, larmssvar, mätning av matens temperatur, självskattnig hygienrutiner, privata medel, besiktning av hjälpmedel, uppföljning av nattinsatser. Under 2021 har förenade care inte genomfört egenkontroll i verksamheten.</p> <p>Riskanalys med anledning av övergång till IBIC, digital läkemedelssigenering Signlt, och det ökade informationsflödet pga. pandemin har gjorts.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Dokumentationen sker enligt IBIC. Information om förändringar i genomförandeplaner rapporteras till övriga i arbetsteamet vid skiftbyte och ska enligt rutin dokumenteras i social journal.</p> <p>I samband med uppföljning granskade fem sociala journaler.</p> <p>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 väl i fyra av fem genomförandeplaner.</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 vad hen vill göra på den planerade egen tiden framgår tydligt.</p> <p>Förändringar och uppdateringar i genomförandeplaner dokumenteras inte i social journal.</p> <p>I flera planer stod det att sänggrindar ska dras upp nattetid. Oklart om samtycke har inhämtats eller om det finns plan för uppföljning av dessa begränsningsåtgärder.</p>

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Det förekommer en del anteckningar av ringa betydelse i sociala journaler. Händelser av vikt nämns men uppföljning finns delvis. I ett fall stod fel namn i journalen. Det förekommer värdeladdade ord som sur, dåligt humör, klaga och vägra i sociala dokumentationen. Viktig information som fanns med i social journal saknades i genomförandeplanen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Loggkontroll av SoL dokumentation genomförs månatligen av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Vid egenkontroll används Förenade cares egna blankett. Egenkontroller visar att dokumentation av åtgärder och uppföljning av dessa saknades och i vissa fall var genomförandeplan inte upprättade två veckor efter inflytt. Individuella uppföljningar med berörd medarbetare görs. För att stötta medarbetarna har dokumentationsgruppen bildats. De har gått utbildning i dokumentation i samband med införandet av IBIC. Verksamheten har tagit fram mallar för att underlätta val av sökord samt tagit fram formuleringsfraser som kan förbättra språkbruket. Ledningen ser en ökad medvetenhet hos medarbetarna när det gäller vikten av att dokumentera.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	För att underlätta kommunikationen med de äldre har ett flertal samtalsförstärkare införskaffats och använts. Verksamheten har utsett en medarbetare som ska vara hörselombud men har ännu inte erbjudit någon utbildning till denne. Talenheter används i vissa fall i syfte att underlätta kommunikationen mellan den enskilde som har larmat och personalen. Boråd har inte kunnat erbjudas under 2021 pga. pandemi. Däremot har de boende samlats avdelningsvis och diskuterat frågor kring mat och aktiviteter. Legitimerad personal och kontaktman är delaktiga i planering av skyddsåtgärder tillsammans med den boende och anhörig. Föreslagna åtgärder dokumenteras i genomförandeplanen. Uppföljning av skyddsåtgärder sker mestadels om den boende påtalar detta. Enligt anbud ska kommunikationshjälpmedel, tex pictogram, bildstöd för att underlätta kommunikation med den enskilde med kognitiv svikt. Vidare ska personliga bemötandeplaner används. Dessa har inte tillämpats under 2021. För att mäta livskvalitet hos den enskilde med kognitiv svikt ska enligt anbud utvärdering med Qualid tillämpas. (Qualid betyder Quality of life in late-stage dementia scale). Detta har inte genomförts.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Kontaktman utses innan en boende flyttar in. Den enskilde får information om möjligheten att byta kontaktman. Kontaktmannen får i samband med introduktion information om vad ansvaret innebär. Skriftlig information lämnas och skrivs under vid nyanställning och även årligen av samtliga medarbetare. Verksamheten har utsett en kontaktman för varje boende även nattetid. Kontaktmannen är då bl.a. ansvarig för uppdatering av genomförandeplanerna avseende nattinsatserna. Månadsbrev skrivs och läggs i varje boendes postfack samt skickas till anhöriga. Enligt anbud ska alla medarbetare 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. Vid utebliven insats enligt SoL registreras detta omgående som en rutinavvikelse på härför avsedd blankett. Dessa sker delvis. Alla har inte gått utbildning i kontaktmannaskap och utebliven insats dokumenteras inte alla gånger.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	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. Verksamhetschefen besöker avdelningarna dagligen och efterfrågar de boendes synpunkter och fångar upp eventuella önskemål. Verksamheten skriver månadsbrev som delas ut i de boendes postfack. Verksamheten saknar rutin för hur, vem och i vilka fall information om tillfälliga förändringar ska delges de boende. Verksamheten saknar rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges och hur informationen ska anpassa efter den enskildes kognitiva förmåga. Enligt

Delområde	Kommentar
	<p>de boende finns information om vilka som arbetar på tavlan- för de som är intresserade.</p> <p>Enligt anbud ska arbetsledare säkerställa att den enskilde får sina insatser utförda och att utförandet stämmer mot behov/önskemål i genomförandeplanen.</p> <p>Verksamheten har för avsikt att under 2022 följa upp det som står i genomförandeplanen, till exempel kommer Leva livets inspiratör att följa upp aktiviteter och arbetsterapeut följer upp att förflyttning sker enligt ordination.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Solna stads kvalitetsdeklaration och Förenade Cares värdegrund finns uppsatta på samtliga avdelningar, hiss och gemensamma utrymmen. Värdegrund och bemötande tas upp på olika möten. Värdegrundsledare tillika reflektionsledare håller i reflektionsmötena som till stor del handlar om bemötande och värdegrund inom äldreomsorg. De boende som deltog i samtal var nöjda med personalens bemötande.</p> <p>Enligt anbud ska Leva livet teamet och värdegrundsombud finnas i verksamheten men dessa finns delvis och har inte haft regelbundna träffar. Vidare ska enligt anbud alla medarbetare gå värdegrundsutbildning. Alla boendes levnadsberättelser ska läsas två gånger per år av berörd personal. Dessa har delvis genomförts.</p> <p>Alla ombud skapar ett Leva Livet team tillsammans med värdegrundsombud. 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>Leva livet inspiratör ansvarar för 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 2021.</p> <p>Verksamheten har saknat Leva livet inspiratör under större delen av 2021.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Det finns rutin för hur stöd till anhöriga utformas.</p>

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Livsmedelshygien</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Strukturerad egenkontroll av följsamhet till rutiner för livsmedelshygien sker. Verksamheten har införskaffat värmeplattor för att behålla matens temperatur under tiden servering pågår.</p>
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Synpunkter på maten från boende med kognitiv svikt fångas upp och hanteras genom iakttagelser, samtal och viktkontroll.</p> <p>Den som ansvarar för beställning går igenom menyn och involverar de boende i val av tillbehör. Kostråd har inte hållits under 2021. Under 2022 kommer det att skapas forum för att öka de boendes möjlighet att välja meny.</p> <p>Det har inkommit synpunkter på matens smak och variation från de boende. Verksamheten har samtalat med boende för att ta reda på vad missnöjet bottnar i. Det har visat sig att det är främst måltidssituationen som de boende har synpunkter på.</p> <p>Omsorgsmåltid (pedagogisk måltid) tillämpas på enheter med demensinriktning. Legitimerad personal har genomfört minst tre måltidsobservationer per månad. Bland förbättringsområden kan låg grad av boendes delaktighetsmöjlighet i planering av måltiderna, för korta måltidssittningar samt hög andel äldre som åt enskilt.</p> <p>Verksamheten har haft måltidssituationen som fokusområde och har därför deltagit i projektet " Meningsfull tillvaro med den äldre i centrum". Tack vare detta äter allt fler ute i gemensamhetsutrymme istället för enskilt i sina lägenheter.</p> <p>En person med stöd av nystartsjobb har anställts för att hjälpa till med dukning och servering. Verksamheten har införskaffat nya porslin, dukar och underlägg för trevligare måltidsmiljö och arbetar med kontraster, färg och form som stöd för personer med kognitiv svikt.</p> <p>Leverantören garanterar att det kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Avvikelser på maten framförs till Dafgårds kontaktperson men återkoppling av vidtagna åtgärder sker delvis till de boende.</p> <p>Enligt anbud ska det utses ett kostombud per enhet som utbildas 3 h av dietist i mat och måltider. Dietisten utbildar personalen i specifika utbildningar de två första avtalsåren. Detta har inte infriats.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en avdelning. Sju boende åt vid två olika bord och tre medarbetare arbetade. Maten presenterades för alla. Dukningen var torftig och vissna rosor stod på bordet. Medarbetarna använde förkläde vid serveringen. Två medarbetare hjälpte två boende med maten och en serverade mat till de övriga. Personalens bemötande var professionellt.</p> <p>Enligt den boende som deltog i samtal är maten god och väl sammansatt men det är endast personalen som väljer menyn. De upplevde att den sociala aspekten av måltider behöver bli bättre då måltiderna är den viktigaste tidpunkten på dagen. Kvälls- och nattmål erbjuds om den enskilde frågar efter det.</p>

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Under 2021 har verksamheten saknat Leva livet inspiratör därför har ansvaret för aktiviteter delats mellan flera medarbetare.</p> <p>Verksamheten har arbetat aktivt med att minska den besvärande ensamheten. En enkät har gått ut till samtliga boende och de som har angett att de besväras av ensamhet har följts upp.</p> <p>Verksamheten har anlagt en sportbar där de boende har varit delaktiga i val av inredningen. Tanken är att man ska mötas där och prata om minnen kring sporthändelser samt tillsammans se stora evenemang på storbildsskärm. Det finns forum för att diskutera frågor runt aktiviteter tillsammans med de boende och de boendes önskemål hörsammars. Boendes intressen identifieras och de uppmanas att utifrån förmåga och färdighet att hålla i aktiviteter. Ett aktivitetsombudsmöte och ett boråd har hållits under 2021.</p> <p>Verksamheten erbjuder aktiviteter under storhelger och vid speciella tillfällen. Enligt medarbetarna erbjuds någon form av aktiviteter dagligen i varje fall på demensavdelningen. Ledningen är medveten om att uppföljning av erbjudna aktiviteter och egen tid behöver förbättras. Leva livet inspiratör kommer att följa upp detta och analysera resultatet.</p> <p>De boende som deltog i samtal hade nyligen fått information om egen tid, vad den innebär och hur tiden kan disponeras. De tyckte att personalen är kreativa och skulle kunna genomföra meningsfulla aktiviteter men tiden räcker inte till. De berättade spontant att de vid behov får hjälp med inköp eller besök hos optiker eller hörselklinik. Önskemål på aktiviteter var manikyr, massage, sittympa och Bingo. De berättade att det har varit begränsat utbud på aktiviteter och att ibland har det inte varit någon aktivitet alls.</p> <p>Verksamheten har tagit fram en signeringslista för att säkerställa att egen tid erbjuds. Leva livet inspiratör ansvarar för uppföljningen.</p> <p>Information om planerade aktiviteter saknades på avdelningen. Medarbetarna som arbetade på förmiddag visste inte vilken aktivitet som var planerad efter lunch.</p> <p>Verksamheten bedömer att deltagandet i projektet "Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" har ökat medarbetarnas medvetenhet kring vikten av aktiviteter, bemötande och kommunikation framför allt för att minska den boendes känsla av ensamhet. Ledningen visar i handling att aktiviteter är en viktig del av omvårdnaden därför ställs aktiviteter sällan in utan de hålls ändå i någon form med stöd av andra professioner. Boende berättar att tidigare erbjöds de dagligen gemensamma aktiviteter i större grupp men pga. pandemin har detta inte varit möjligt. Aktiviteter hålls numera våningsvis vilket har lett till en minskning av antal erbjudna aktiviteter.</p> <p>Cykeltaxi har använts för att öka möjligheten till utevistelse. Med stöd av stimulansmedel har man införskaffat Bike Around som kommer att invigas under våren 2022.</p> <p>Utflyktsbussen har hittills inte kunnat användas. Enligt verksamheten saknas det förutsättning för att kunna använda bussen på ett tryggt sätt.</p> <p>Musik används ofta för att liva upp tillvaron på avdelningarna men musikombud har inte utsetts och utbildning i "Mötas i musik" har inte erbjudits.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokala rutiner för hot och våld som innefattar hot eller våld mellan boende, våld från personal mot boende samt våld i nära relation.
Larm ◆ 2. Delvis godkänd	Larmens kvalitet kontrolleras en gång i vecka måndag kl. 11. Det går ut en signal för att påminna alla om att det är dags för kontroll av larmfunktion och även att larmarmbandet är rent. Kontrollen signeras på en lista som lämnas till arbetsterapeut/fysioterapeut. Kontroll av larmsvar (dvs den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat) sker endast vid klagomål och behöver struktureras.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Medarbetarna får muntlig och skriftlig information om tystnadsplikt och sekretess vid introduktion. Informationen upprepas kontinuerligt vid olika möten och vid behov.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Björkgården</b> 87																						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>Björkgården</b></th> </tr> <tr> <th><b>Organisationsnummer</b></th> <th><b>556535-5400</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Förenade Care AB</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för F-skatt:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för arbetsgivaravgift:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><b>Beslutade arbetsgivaravgifter</b></th> </tr> <tr> <th><b>PERIOD</b></th> <th><b>BELOPP (SEK)</b></th> </tr> <tr> <td>dec-21</td> <td>23 460 714,00</td> </tr> <tr> <td>nov-21</td> <td>23 924 722,00</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>23 753 470,00</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Björkgården</b>		<b>Organisationsnummer</b>	<b>556535-5400</b>	Namn:	Förenade Care AB	Registrerad för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja	<b>Beslutade arbetsgivaravgifter</b>		<b>PERIOD</b>	<b>BELOPP (SEK)</b>	dec-21	23 460 714,00	nov-21	23 924 722,00	okt-21	23 753 470,00
<b>Björkgården</b>																							
<b>Organisationsnummer</b>	<b>556535-5400</b>																						
Namn:	Förenade Care AB																						
Registrerad för F-skatt:	Ja																						
Registrerad för moms:	Ja																						
Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja																						
<b>Beslutade arbetsgivaravgifter</b>																							
<b>PERIOD</b>	<b>BELOPP (SEK)</b>																						
dec-21	23 460 714,00																						
nov-21	23 924 722,00																						
okt-21	23 753 470,00																						



# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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 20 solnabor på Frösunda.

Staben för kvalitetsuppföljning har under 2021 haft flera avstämnings- och uppföljningsmöten för att följa upp verksamhetens vidtagna åtgärder för att förbättra bl.a. aktiviteter och personalkontinuiteten.

År 2021 gjordes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring de ovanbeskrivna kriterierna.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med boende och medarbetare
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan

Uppföljningsbesöket var förankrat och genomfördes den 22 oktober 2021. Verksamhetschef, tre medarbetare samt tre boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 20 januari 2022.

## Sammanfattande bedömning

Frösunda vård- och omsorgsboende har under 2021 haft ändringar i ledningsstrukturen som i kombination med rådande pandemin lett till att arbetet med vissa utvecklingsområden inte har löpt på som planerat. Förvaltningen har haft ett antal uppföljningsmöten främst med anledning av inkomna synpunkter kring bristande aktiviteter och bemanning. Verksamheten har delvis arbetat med utvecklingsplanerna.

Verksamheten har infört Mobil Omsorg som är ett digitalt planeringsverktyg för att säkerställa att insatserna utförs i enlighet med genomförandeplanerna. Verktyget är tänkt att underlätta uppföljning av de utförda och/eller uteblivna insatserna.

En intern enkätundersökning visar på att de flesta är trygga och nöjda med sitt 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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
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 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
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 med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att anteckningar från mötena skrivs och är tillgängliga för alla medarbetare.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att bemanningskrav på 0,85 uppfylls.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver arbeta aktivt för att höja personalkontinuiteten
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens tillgång till vikarier ska säkras för att kunna täcka bemanningsbehovet vid frånvaro

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver öka 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 är ännu inte bedömd.	Rutin för extern samverkan behöver upprättas
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska skapa förutsättning för god och säker överrapportering mellan 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 är ännu inte bedömd.	Förtydliga ombudens roller och skapa förutsättning för att de ska kunna bedriva verksamhetsutveckling
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver kvalitetssäkra insatserna nattetid och följa SKR:s rekommendation.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Förbättra medarbetarnas kunskap om bestämmelserna i lex Sarah.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 är ännu inte bedömd.	Genomförandeplanerna ska säkerställa på vilket sätt den enskilde har varit delaktig.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Händelser av vikt ska följas upp och utvärderas.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver utveckla egenkontroll av socialjournalens innehåll i enlighet med Socialstyrelsens krav på dokumentation.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Av genomförandeplaner ska det framgå hur kommunikation med den enskilde ska ske och vilka eventuella kommunikationshjälpmedel som ska används.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter tillvaratas och 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
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kommunikatormed den enskilde ska anpassas individuellt.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att vikarier och intermittenanställda ges möjlighet att ta del av dokumentationen kring den enskilde för att kunna erbjuda god och säker vård och omvårdnad.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att begränsningsåtgärder inte förekommer

## 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.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver tillämpa arbetssätt för bemötandeplaner upprättas och följs av samtliga.

## 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 säkerställa att rutin för god livsmedelshygien är känd och implementerad.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver se över måltidssituation för att skapa en trivsamt stund.

## 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 ska säkerställa att den enskilde erbjuds meningsfulla aktiviteter, egentid och utevistelse enligt önskemål
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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
<p>ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.</p>	Verksamheten behöver genomföra regelbundna egenkontroller för att säkerställa larmets funktionalitet och att svarstiden inte är orimligt lång
<p>— Aktiviteten är ännu inte bedömd.</p>	Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtroga med innebörden av tystnadsplikt och sekretess

## Ekonomisk kontroll

### ● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
<p>Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamhetens mötesstruktur följer Attendos handbok för olika möten. Det finns en mötesstruktur med fast agenda för varje möte. Mötena planeras för att underlätta uppföljning och utvärdering av fattade beslut och vidtagna åtgärder. Exempelvis planeras boråd i slutet av månaden för att ta del av boendes synpunkter inför kvalitetsrådet. kvalitetsrådet hålls första tisdagen och APT andra onsdagen varje månad. Det som tas upp på dessa möten återberättas för medarbetarna på APT. Medarbetarna turas om att delta i mötena. BPSD-möte och närståendemöte har inte kunnat upprätthållas under 2020 och</p>



Delområde	Kommentar
	våren 2021 men återupptas senare under hösten 2021. Verksamhetschefen skriver anteckningar från APT-mötena och skickar dem till medarbetarna via medarbetarappen Appendo. I dagsläget skrivs inte anteckning från kvalitetsråd och kostråd. Medarbetarna som deltar i mötena ansvarar därför för att sprida information om vad som har diskuterats på dessa möten.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Under 2020-2021 har det skett flera byten av verksamhetschef, samordnare och aktivitetsansvarig inom verksamheten. Verksamhetschef, samordnare och sjuksköterska ingår i ledningsgruppen. Ledningsgruppsmöten planeras med kort varsel när det passar och när ledamöterna finns samlade i verksamheten. Sjuksköterskekontinuiteten har inte varit optimal under året vilket i sig påverkar möjligheten att medverka i ledningsgruppen. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. Dagtid måndag-fredag håller samordnaren i morgonmöten. Verksamhetschefen innehar det primära ansvaret för arbetsfördelningen organisatoriskt måndag-fredag, och sjuksköterskorna har det ansvaret när Verksamhetschefen inte är på plats. Kvällar, helger och nätter ansvarar sjuksköterskorna/mobila teamet för arbetsledning. Det finns tillgång till en chefsjour vid kris eller akuta händelser. Verksamhetschefen kan kontaktas vid behov dygnet runt.
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 ◆ 2. Delvis godkänd	Checklista används vid introduktion. Introduktionen är oftast på tre arbetspass. Basal hygien, Jobba säkert med läkemedel, Demens ABC (oavsett inriktning på avdelning), Nationella värdegrunden inom äldreomsorg ingår i introduktionen. Checklistan används inte som underlag för uppföljning. Uppföljning av introduktionen sker sporadiskt och ej på ett strukturerat sätt.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	86 % av tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Tre medarbetare är specialistundersköterskor inom demens och palliativ vård. Tre medarbetare utbildar sig till undersköterska. 2020 års utbildningsplan har inte följts fullt ut. Bland annat har inte certifiering av kontaktmannaskap genomförts då det saknats tillräckligt många tillsvidareanställda på avdelningarna. Samtliga medarbetare (oavsett avdelning) ska genomgå utbildning i BPSD. Ett tiotal medarbetare har redan genomgått utbildningen. Nattmedarbetarna bjuds in till BPSD-utbildningen. Tre medarbetare från natten har gått utbildning i BPSD hösten 2021.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ◆ 2. Delvis godkänd	Daglig avstämning av bemanningen sker på morgonmöten. Samordnaren bemannar enligt grundschemat och utökar/gör justeringar vid behov. 86% av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. Det finns vakanta rader som fortfarande bemannas med timanställda. Verksamhetschefen arbetar för att öka andel tillsvidareanställda. Bemanningen på avdelningar har setts över och det är idag två personal som arbetar dagtid samt kvällstid. Verksamheten har servicepersonal som ansvarar för städning av gemensamma utrymmen på avdelningarna. Detta för att avlasta omvårdnadspersonalen och frigöra tid för omvårdnadsarbete. Verksamheten har plan för driften i händelse av hög personalfrånvaro och har tagit fram rutin för prioriteringsordning vid ensamarbete. I samband med avtalsuppföljning har täthetsschema för en hel vecka begärts in. Verksamheten har lämnat ett täthetsschema för en vecka som inte uppfyllde bemanningskravet på 0,85. Enligt verksamhetschefen berodde den låga bemanningen på hög personalfrånvaro och brist på vikarier under den aktuella veckan.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Tre tillsvidareanställda avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Duktiga vikarier har erbjudits en tillsvidare tjänst. Enklare språktest görs vid nyrekrytering. Verksamheten samverkar med skolor och tar emot studerande som ett led i kompetensförsörjningsstrategin.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har tagit emot 16 elever/studerande under våren 2021. Rutin för hur, när och med vilka parter extern samverkan ska ske behöver tas fram.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Varje morgon deltar en medarbetare från varje avdelning i ett kort avstämningsmöte för att planera dagens bemanning utifrån planerade insatser och aktiviteter i huset. Medarbetarna uppmanas att läsa senaste anteckningar i Safe-Doc för att hålla sig uppdaterade om de viktigaste händelserna. Detta förutsätter att all händelse av vikt dokumenteras, vilket inte alltid görs. Överrapportering sker därför även muntligen. Det finns en mall framtagen som ska användas vid överrapportering för att inte missa rapportera om händelser av vikt. Enligt verksamhetschefen kan följsamheten förbättras. Signeringslistor för utvalda uppgifter såsom träning, läkemedel m.m. följs upp av hälso- och sjukvårdspersonal och återkopplas till omvårdnadspersonal. Insatsplaneringen sker i Epsilon. Medarbetarna får information om insatser som ska genomföras via Epsilon. Insatser som inte genomförts markeras som avvikelser i systemet som följs upp på morgonmötet. Intern samverkan mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal sker via teammöte en gång i månaden eller oftare vid behov. Nattmedarbetarnas delaktighet i verksamhetsutveckling samt kvalitetsssäkring av nattinsatser är ett utvecklingsområde och behöver säkerställas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Samtliga medarbetare uppmanas att inkomma med tankar/förslag inför kvalitetsmöten och APT. Samordnare, minst en sjuksköterska, verksamhetschef och en medarbetare från varje våning deltar i kvalitetsrådet. Rådet har haft regelbundna möten sedan januari 2021. Medarbetarnas tankar och förbättringsförslag kan också fångas upp på avdelningsmöte och teammöten samt via Appendo. Nattmöte sker två gånger per termin där nattpersonal kan delges samt delge/föra fram tankar. Det kommer att finnas flera ombudsroller (t.ex inom brand, kost, inkontinens och kvalitet) i verksamheten. Flera medarbetare har utsetts till ombud. I nästa steg ska ansvarsbeskrivning för dessa roller förtydligas. Ombudens kompetens för att leda kvalitetsarbetet behöver därefter säkerställas.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Verksamhetschefen tar upp vikten av att rapportera avvikelser på APT och kvalitetsråd. De boende uppmanas att framföra synpunkter på Fredagscafé där löpande dialog kring förbättringsmöjligheter förs. Enligt verksamhetschefen har rapportering av avvikelser och muntligt framförda klagomål förbättrats även om detta är ett fortsatt utvecklingsområde. Anhöriga får information om vart de ska vända sig vid klagomål och synpunkter via veckobreven. Verksamheten redovisar månadsvis en sammanställning av avvikelser och klagomål till förvaltningen. Verksamhetens rutin för anmälan av lex Sarah har granskats. Kvalitetsutvecklarens uppfattning är att rutinen behöver förtydligas, förenklas och förankras hos samtliga medarbetare. Omvårdnadsförvaltningen har under 2021 fått kännedom om klagomål som har handlat om bristande kompetens, låg bemanning, låg kontinuitet, medicinincidenter och avsaknad av meningsfull tillvaro på vissa avdelningar. Verksamhetens upprättade åtgärdsplaner har följts upp. Förvaltningens bedömning är att verksamheten har vidtagit åtgärder för att förbättra kvaliteten bl.a. genom att rekrytera aktivitetsansvarig och förbättrat kontinuiteten genom att tillsätta flera vakanta rader med tillsvidareanställda. Signering av delegeringar,

Delområde	Kommentar
	ordinationer följs upp regelbundet vilket enligt verksamhetschef har lett till betydligt färre HSL avvikelser. Under 2021 har en händelse utretts enligt lex Sarah rapport där händelsen bedömdes som påtaglig risk för missförhållande.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Attendos kvalitetsavdelning har genomfört intern egenkontroll och Frösunda har godkänts i 98,7 % av områdena. Egenkontroll i områdena dokumentation, hygien, brand, måltider, läkemedel har gjorts. Riskanalyser med anledning av bristande dokumentation, bristande handhygien innan påbörjat arbete, smittspridning av Covid -19 efter hävt besöksstopp, försämrat allmäntillstånd för kunderna under värmebölja har gjorts. Aktuella rutiner finns på intranätet samt 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. Verksamheten har genomfört en brukarundersökning under oktober. 30 boende har svarat på enkäten. Enligt resultatet är 100 % nöjda med boendet och 97 % känner sig trygga. Boende på demensavdelningar har fått hjälp av en utomstående med att svara på enkäten och på omvårdnadsavdelningar har frågorna lästs upp av samordnaren och de boende har svarat genom att peka på skärmen.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Information om ändringar/uppdateringar informeras via Epsilon, muntligen vid överrapportering samt genom anteckning i dagboken. Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Genomförandeplanerna var uppdaterade och hade en tydlig struktur för hur en insats ska genomföras. Planen skrivs med respekt för den enskildes integritet. Den enskildes delaktighet framgår tydligt i tre av fem planer. Den enskildes kommunikativa förmåga och behov av kommunikativa hjälpmedel framgick inte av genomförandeplanerna. Behov av insatser nattetid var i de flesta fall beskrivna av dagpersonalen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Det dokumenteras övervägande information av ringa betydelse i journalerna. Det förekom anteckningar om händelse av vikt men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa saknades. Det fanns en del anteckningar av hälso- och sjukvårdskaraktär utan någon koppling till den dagliga aktiviteten. Det förekom vissa värderingsord i journalerna.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Dokumentationshandledare finns på två av fyra avdelningar. Det finns planer på att utse och utbilda ytterligare några medarbetare inom dokumentation. De utför egenkontroll av socialdokumentation minst två gånger per år. Målet är att på sikt utföra egenkontroller minst varannan månad. Egenkontrollerna visar bl.a. att genomförandeplanerna inte har uppdaterats i tid. Påminnelse om när uppdatering ska ske finns i Epsilon. Som stöd har medarbetarna tillgång till en lathund för hur en genomförandeplan ska skrivas. Ny granskning av dokumentationen planeras i oktober.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Under pandemin har det inte varit möjligt att erbjuda boråd. Däremot har Fredagscaféet använts för att prata om veckan som har varit där även förbättringsförslag från boende kan fångas upp. Samordnare håller i Fredagscaféet. Det finns planer på att återinföra boråd där synpunkter och förbättringsförslag kan hanteras på ett mer systematiskt sätt. Det har inkommit avvikelserapporter om att nattetid har viss begränsningsåtgärd (t.ex. uppdragna sänggrindar) förekommit. Uppföljning av skyddsåtgärder sker var fjärde vecka på teammöten. Kommunikation med personer med kognitiv svikt anpassas inte i dagsläget efter

Delområde	Kommentar
	den enskildes kommunikativa förmåga.
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsdeklaration lämnas till de boende i samband med inflyttning och finns i boendespärmen. Den boende informeras om möjligheten att byta kontaktman. Den boende informeras delvis när kontaktman inte kan tjänstgöra, t.ex. vid sjukdom eller semester. Det finns ingen rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges. Verksamheten behöver säkerställa att det alltid finns en kontaktman med övergripande ansvar för varje boende. Kontaktmannaskapet fördelas på de medarbetare som är tillsvidareanställda. På de avdelningar som fortfarande har vikarier eller intermittensanställda på vakanta rader ansvarar en kontaktman för flera boende vilket kan riskera att ansvaret inte kan fullgöras fullt ut. Medarbetarna själva ansvarar för att fördela kontaktmannaansvaret till en början och sedan stämmer verksamhetschefen av kring tyngden i fördelning på avdelningsmöten. För att förtydliga ansvaret har verksamheten planerat att certifiera kontaktmannaskapet i januari 2022.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	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. Detta är enligt verksamhetschefen ett förbättringsområde. Verksamhetschef skickar information om verksamhetsövergripande samt tillfälliga förändringar via veckobrev. I dagsläget finns inte den informationen tillgänglig för boende. De boende som deltog i samtal var mycket nöjda med den hjälp de fick. Enligt den enkätundersökning som Attendo har gjort uppger 87 % att det är lätt att få tag på personal.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Värderingsövningar sker på APT. Värderingscoacher är utsedda på samtliga avdelningar. I nästa steg ska de utbildas för att stötta ledningen i att förankra värdegrundsarbetet. En 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 göra en "omtankesvägg" där medarbetarna skriver peppande ord till varandra. De boendes och anhörigas synpunkter på personalens bemötande utreds och enskilda samtal med berörd medarbetare sker. Verksamheten har kommit igång med skattningar enligt BPSD och fortsätter arbeta med implementeringen. Enligt personal upprättas inte alltid bemötandeplaner och i de fall det upprättats kan efterlevnaden vara bristande. De boende som deltog i samtal var nöjda med personalens bemötande. Enligt Attendos brukarundersökning uppger 100 % att personalen är vänliga.
Stöd till närstående ◆ 2. Delvis godkänd	Attendo har lanserat närståendeeappen "Nära" i syfte att öka närståendes delaktighet. Tanken är att information om verksamhet samt inblick över den enskildes vardag ska kunna skickas enkelt till anhöriga som önskat det. Appen är klar att användas men har ej provats i verksamheten. Anhöriga vänder sig till sjuksköterska eller verksamhetschef om de behöver stöd. Verksamheten informerar om Solna stads anhörigstöd. Det saknas en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för livsmedelshygien. Vid uppföljningsbesöket granskades signeringslista för livsmedelshygien. Signering saknades för de flesta områden. Verksamheten behöver säkerställa att rutinen är känd av alla samt genomföra egenkontroll gällande följsamheten till rutinen.

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har nyligen fått stöd från Attendos kostavdelning i syfte att förbättra måltidssituationen. Tanken är att utse och utbilda några medarbetare som observerar måltidssituationen och stöttar sina kollegor att skapa en mer trivsamt måltidsmiljö. Enligt anbud och information på Frösundas hemsida ska det erbjudas lite "festigare" måltid på onsdagar och helger. Just nu sker detta endast på helger. Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituation på en demensavdelning. Fem boende åt i matsalen. Personal serverade maten men var inte närvarande under hela måltiden. De boende serverades allt eftersom de kom till matsalen. Förkläde användes inte av de som serverade maten. Den mat som serverades var inte samma som stod på menyn. Enligt personal sker detta ofta då ingredienser för att tillreda maten saknas. Enligt boende är maten god och det finns möjlighet att få annat om man vill. Kvällsmål erbjuds. Attendos centrala kost- och inköpsavdelning arbetar aktivt med att antibiotikabehandlat kött inte serveras i verksamheten.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	Ansvar för att genomföra aktiviteter har skiftat under de två senaste åren mellan omvårdnadspersonal och samordnare. I dagsläget åligger det verksamhetschefen att planera veckans aktiviteter. Rekrytering av en aktivitetsledare på 75 % pågår fortfarande. Sedan oktober 2021 hjälper en medarbetare från Samhall med individuella aktiviteter såsom promenader och högläsning. Samordnare ansvarar för de gemensamma aktiviteterna. De boende som deltog i samtal var nöjda med aktiviteterna. Enligt Attendos brukarundersökning är 73 % nöjda med aktiviteterna. Aktiviteter på helger sker spontant beroende på vilka som arbetar. Aktiviteten i så fall sker i samband med måltider och fikastunder. Verksamhetens arbete med att minska besvärande ensamhet har inte kommit igång enligt förvaltningens rekommenderade arbetssätt. I Epsilon läggs egentid och promenad som en insats. Kontaktman ansvarar då för att genomföra dessa. Avvikelse från plan följs upp. Enligt verksamhetschef får i genomsnitt ca 50 % av de boende egentid. En trolig orsak till den relativt låga andelen är att tillsvidareanställda har varit kontaktman för fler boende och har därmed inte hunnit att erbjuda egentid och utevistelse enligt plan. Verksamheten har inte haft representant på förvaltningens nätverksträffar för profilledare.

## 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	Larmens kvalitet kontrolleras en gång i veckan. Verksamheten har lokal rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att fungera. Medarbetare som arbetar natttid ansvarar för att kontrollera rörelselarmen. Detta står som en insats i Epsilon och ska signeras efter genomförandet. I nuläget kontrolleras inte larmsvar systematiskt utan enbart vid klagomål när den enskilde eller anhörig påtalar att svarstiden har varit för lång. Enligt boende som deltog i samtal har det hänt - särskilt natttid - att det har dröjt länge innan man har fått hjälp.
Nyckelhantering ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har delvis egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes lägenheter och är ett utvecklingsområde, enligt verksamhetschefen. Elektroniskt nyckelskåp är beställt till verksamheten och ska installeras i slutet av november. Detta innebär att varje enskild medarbetare endast kan kvittera ut aktuella nycklar för aktuellt arbetspass och om man har delegering eller ej.
Tystnadsplikt och sekretess ◆ 2. Delvis godkänd	Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten. Vid uppföljningsbesöket noterades det att det fanns detaljerad information om en boendes hjälpbehov väl synlig för allmänheten på anslagstavlan i personalrummet. Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna är förtroga med innebörden

Delområde	Kommentar
	av tystnadsplikt och sekretess.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Frösunda</b> Rating 83																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>Frösunda</b></th> </tr> <tr> <th><b>Organisationsnummer:</b></th> <th><b>556148-5169</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Attendo Sverige AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>dec-21</td> <td>57 920 670,00</td> </tr> <tr> <td>nov-21</td> <td>57 969 132,00</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>55 912 204,00</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Frösunda</b>		<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556148-5169</b>	Namn:	Attendo Sverige AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		dec-21	57 920 670,00	nov-21	57 969 132,00	okt-21	55 912 204,00
<b>Frösunda</b>																					
<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556148-5169</b>																				
Namn:	Attendo Sverige AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																					
dec-21	57 920 670,00																				
nov-21	57 969 132,00																				
okt-21	55 912 204,00																				

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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<sup>1</sup>. I verksamheten finns två dagverksamheter varav ena har inriktning demens.

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Hallen
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 26 november 2021. Verksamhetschef och enhetschef samt fyra medarbetare intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 15 mars 2022.<sup>2</sup>

## Sammanfattande bedömning

Utöver pandemin har verksamheten under 2021 haft en del utmaningar bl.a. personalomsättning bland nyckelpersoner som har bidragit till att utvecklingsarbetet inte har fortlöpt enligt plan.

Verksamheten arbetar systematiskt med att utveckla verksamheten och förbättringar i vissa områden har skett. Verksamheten behöver i större omfattning erbjuda medarbetarna möjlighet till kompetensutveckling och delaktighet i frågor som de berörs av. Aktiviteter och måltider behöver också förbättras. Anbudslöften gällande kompetensutveckling, aktiviteter och måltidssituation har delvis infriats.

## 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

<sup>1</sup> På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser var under uppföljningsbesöket 52 platser belagda. Korttidsavdelningen har varit stängd under 2021.

<sup>2</sup> Biträdande verksamhetschef samt verksamhetschef har avslutat sina tjänster under februari respektive mars 2022.

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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
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 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	● 4. Uppfyller kraven
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 med avvikelser.	Företaget ska analysera och vidta åtgärder för att skapa en stabil ledning i Verksamheten.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att olika rådsmöten, nattmöte, reflektionsträffar samt andra nödvändiga forum som är viktiga för utveckling av verksamheten, upprätthålls.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Gruppledarna ska gå på ledarskapsutbildning som företaget erbjuder.

## 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.	Upprätta kompetensutvecklingsplan för samtliga medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver strukturera uppföljning av introduktionen.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska möjliggöra kompetensutveckling utifrån identifierade behov.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att reflektionsträffar erbjuds för att uppnå krav för omcertifiering.
⏸ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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.

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

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### 3. Uppfyller kraven delvis

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta öka medarbetarnas medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: Säkerställa att medarbetarna (inom samtliga professioner) är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbetet
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rutin för hantering av muntligt framförda klagomål ska förankras. Vidare ska verksamheten säkerställa att rutinen följs.
⏸ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud; resultat som är under riskgenomsnitt ska analyseras och åtgärdsplan ska tas fram.
⏸ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Oanmält besök nattetid ska utföras.

## 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.	Den enskildes delaktighet och på vilket sätt hen har varit delaktig behöver utvecklas.
⏸ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Händelse av vikt, vidtagna åtgärder samt uppföljningen behöver dokumenteras.
⏸ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 avvikelser.	Verksamheten behöver säkerställa att information om tillfälliga förändringar ges.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska 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.	Anbud: Verksamheten behöver ta fram en plan för hur kommunikation med personer med kognitiv svikt kan ske utifrån anbudet.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud; utbildning i musik och sång ska erbjudas till medarbetare som arbetar på demensenheter.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Qualid som verktyg ska användas för att på ett strukturerat sätt mäta livskvalitet för den enskilde med svår demenssjukdom

## 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 förbättra återkoppling till anhöriga i de fall synpunkter framförs.
⊖ 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.

## 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 avvikelser.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter på mat och måltidssituation fångas upp och åtgärderna återkopplas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att forum skapas för att på ett strukturerat sätt fånga upp de boendes synpunkter på maten.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 avvikelser.	Vidta åtgärder för att identifiera och i möjligaste mån undanröja faktorer som kan leda till besvärande ensamhet.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska förbättra de boendes möjlighet till utevistelse.
 Aktiviteten pågår med avvikelse	Verksamheten ska se till att de boende har en meningsfull tillvaro och känner välbefinnande.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Utflyktsbussen som enligt avtal skulle finnas i verksamheten en vecka i månaden ska drifvasättas.

## Säkerhet

-  4. Uppfyller kraven

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

## Ekonomisk kontroll

-  4. Uppfyller kraven




## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
<p>Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Ledningsgruppen består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, gruppleddare, hälso- och sjukvårdspersonalen och Leva livet inspiratör. Gruppleddare samt sjuksköterska är ansvariga för dagliga driften i samråd med verksamhetschef. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat.</p> <p>Verksamheten har morgonmöten vardagar för att gå igenom bemanningen och vad som sker i huset. Idag arbetar 2,5 årsarbetare gruppleddare och en fjärde som är under upplärning. En gruppleddare arbetar på timmar och en gruppleddare arbetar deltid pga. studier. Övriga möten är: ledningsgruppsmöte, HSL-möte, sjuksköterskemöte, teammöte, APT, avvikelseråd och våningsmöten. Aktivitetsråd, boenderåd, kostombudsmöte och reflektionsträffar har pga. pandemin inte kunnat hållas som planerat. Ombudsträffarna har inte kommit igång än. Möte med nattmedarbetare ska ske fyra gånger per år men har erbjudits en gång under 2021.</p> <p>Verksamheten har utvärderat mötesstrukturen genom en medarbetarenkät för att förbättra mötesstrukturen och dess innehåll.</p> <p>Protokoll från möten finns på intranätet och i mappar. Protokoll för APT, veckobrev och annat viktigt utskick sänds till varje medarbetare via systemet Quinyx. Medarbetare uppmanas att ta del av dessa regelbundet. Medarbetarna har inte eget företagskonto utan mail skickas till deras privata mailadress.</p> <p>Enligt ledningen är veckobreven uppskattade. Information som står i veckobreven är exempelvis information om positiva händelser, uppmuntrande ord till medarbetarna, aktuell och viktig information om exempelvis vaccination, påminnelse om utevistelse samt generella klagomål och synpunkter.</p>
<p>Verksamhetens organisation och ledning</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Ledningsgruppen består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, gruppleddare, hälso- och sjukvårdspersonalen och Leva livet inspiratör. Gruppleddare samt sjuksköterska är ansvariga för dagliga driften i samråd med verksamhetschef. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen tydligt och skriftligt nedtecknat.</p> <p>Verksamhetschef har medarbetarsamtal med samtliga anställda.</p> <p>Biträdande verksamhetschef går på ledarskapsutbildning som Solna stad erbjuder.</p> <p>En av gruppleddarna går på specialistutbildning och en studerar till sjuksköterska. Gruppleddarna är frikopplad från omvårdnadsarbete och ägnar sig enbart åt att stötta kollegorna i det dagliga arbetet, fördela arbetsuppgifter samt säkerställa att rutiner följs.</p> <p>Ledningen har internutbildats för att klara sitt uppdrag utifrån sitt ansvar. Enligt anbud ska ledningen årligen få minst fem heldagsutbildningar vilket inte har kunnat erbjudas. Gruppleddarna har inte deltagit i ledarskapsutbildning via Förenade care.</p> <p>Efter avtalsuppföljning har biträdande verksamhetschef och verksamhetschef valt att avsluta sina tjänster. Förenade care avser att göra schemaändring vilket bl.a. innebär att antal gruppleddare minskas.</p>
<p>IVO-tillstånd</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten inklusive korttidsboende och dagverksamhet. Nuvarande verksamhetschef är godkänd.</p>

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
<p>Introduktion av nya medarbetare</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har en tydlig struktur för uppföljning av introduktionen. Verksamhetschef planerar introduktionen tillsammans med gruppleddare och utser en lämplig handledare, gärna en med handledarutbildning. Vissa medarbetare är introduktionsansvariga. Introduktionen är på minst två arbetspass.</p> <p>Brandutbildning, demensutbildning ABC, basala hygienrutiner ingår i introduktionen.</p> <p>Handledaren går igenom introduktionslistan och lämnar den till biträdande verksamhetschef som arkiverar den. Uppföljning sker efter tre månader enligt en uppföljningsmall. Gruppleddare följer upp undersköterskornas introduktion och biträdande verksamhetschef följer upp legitimerad personalens introduktion.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Under uppföljningstillfället samtalade kvalitetsutvecklare med en intermitternt personal vars introduktion inte hade följts upp. Gruppledaren som deltog i samtal tyckte att uppföljningarna kan generellt bli bättre.</p>
<p>Kompetensutveckling   2. Delvis godkänd</p>	<p>95 % av tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. 80 % av intermitternt personal är undersköterskor eller är under pågående utbildning. Drygt 50 % av medarbetarna har haft medarbetarsamtal hittills under 2021. Enligt verksamhetschefen som genomför medarbetarsamtal med samtliga medarbetare upplever de flesta undersköterskor att de har den kompetens som behövs för att klara sina arbetsuppgifter. Arbetet pågår för att medvetandegöra behov av kompetensutveckling.</p> <p>De medarbetarna som deltog i samtal har i samband med medarbetarsamtal framfört önskemål om utbildning och önskar att de under 2022 kan få möjlighet att delta i några. Ytterst få medarbetare från Hallen har deltagit i de utbildningar som Solna stad har erbjudit.</p> <p>Tre omvårdnadspersonal som har tillsvidareanställts har specialistundersköterskekompetens inom bland annat psykiatri, akutsjukvård, arbetsledare/samordnare.</p> <p>Verksamheten har i februari 2021 tagit fram ett årshjul för att strukturera utvecklingsarbetet. Utvecklingsområden har tagits fram utifrån klagomål, synpunkter, medarbetarförslag eller uppföljningsresultat. Tanken var att man varje månad fokuserar på ett särskilt område. Under den månaden utbildas medarbetarna, ombuden inom det specifika ämnet. Arbetet enligt årshjulet har inte kunnat genomföras i alla delar. Endast få utbildningar har erbjudits och ombuden har inte kunnat fördjupa sina kunskaper eller nätverka internt eller externt enligt den ursprungliga planen. Medarbetarna, inklusive gruppledaren som deltog i samtal kände inte till årshjulet.</p> <p>Sjuksköterskorna har ansvar för handledning för var sin avdelning och har sitt kontor på avdelningen i syfte att öka tillgängligheten.</p> <p>Reflektionsmöten sker på demensavdelningarna. Reflektionsträffar har hållits med en timme- istället för 1,5 timme- och inte heller månadsvis. Det finns planer på att utbilda flera reflektionsledare nästa år. Det finns en plan för Silvia omcertifiering.</p> <p>Verksamheten har påbörjat införa reflektion som en inlärningsmetod efter varje arbetspass. Gruppledare håller i reflektionsstunden. Reflektionen sker genom att ställa frågor om hur dagen har gått, vad var bra, mindre bra, och hur samarbetet har fungerat.</p> <p>En medarbetare har fått möjlighet att validera via Förenade cares uppdragsutbildning.</p> <p>I anbudet har Förenade care lyft en rad olika utbildningar såsom språkcafé, en vecka 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. Dessa har ännu inte infriats.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning   3. Godkänd</p>	<p>80 % av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. Bemanningen utifrån behov och vårdtyngd bedöms dagligen på morgonmöten/teammöten. Resursen fördelas beroende på boendes planerade mottagningsbesök, palliativvård, oro etc.</p> <p>Med anledning av pandemin har antal platser minskat i verksamheten. Verksamheten har fått omplacera några medarbetare pga. detta.</p> <p>För att öka kontinuiteten bokas vikarier i möjligaste mån till samma avdelning. Verksamheten har sett över schemat. Långpass förekommer men i schemat har det tagits hänsyn till behov av återhämtning. Utvärdering av det nya schemat har gjorts via enkät. Resultatet visar på att de flesta är nöjda med schemat. Medarbetarna som deltog i samtal var nöjda med schemat.</p> <p>Verksamhetens plan för driften i händelse av hög personalfrånvaro behöver kompletteras då den är framtagen utifrån en normal personalfrånvaro. Verksamheten har redovisat täthetsschemat för en hel vecka. Tätheten håller kravet enligt anbudet.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare   3. Godkänd</p>	<p>Rekryteringsprocessen börjar med en telefonintervju för att bl.a. testa den sökandes språkkunskap. Undersköterskeintyg begärs in och betygen genomgås. Under perioden 1 januari 2021 t.o.m.1 oktober 2021 avslutade tre omvårdnadspersonal sin anställning. Verksamheten har haft avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning. Verksamheten påbörjar rekryteringsprocessen i god tid innan jul- och sommarledighet. Verksamheten tar emot elever och praktikanter som ett led i kompetensförsörjningsprocessen.</p>



## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har representant i vård- och omsorgscollege lokala styrgrupp. Verksamheten har tagit emot 7 elever och praktikanter hittills under 2021. Verksamheten har rutin för samverkan som innefattar samverkan med överförmyndarenheten och dödsboudredare.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns rutin för överrapportering i samband med skiftbyte samt för dagplanering på morgonen. Medarbetarna signerar på rapportmallen att de har tagit emot information. Medarbetarna använder en mall vid överrapportering. Av mallen framgår vem som ansvarar för vad. Utförd insats signeras. Gruppledarna följer upp löpande och förbättringar planeras och genomförs utifrån resultatet. Resultatet tas upp på våningsmötet. Sjuksköterskorna använder sig av SBAR vid överrapportering. I nästa steg ska undersköterskorna också använda verktyget vid överrapportering sinsemellan. Medarbetarna som arbetar natt tar del av protokollen. De ges möjlighet att delta i utveckling av verksamheten genom enkät och skriva frågor inför APT. De har hittills inte deltagit på APT. Nattmöte har hållits en gång under 2021.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor. Verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal deltar i mötet. På dessa möten går man igenom bl.a. rutiner och vidareutvecklare checklistor. Protokoll sänds till samtliga medarbetare och diskuteras på APT. Verksamheten planerar att framöver involvera omvårdnadspersonalen i dessa möten i större utsträckning. Medarbetare har möjlighet att lämna förbättringsförslag i olika forum eller via mail/muntligt. De flesta förslag och synpunkter framförs till gruppledarna som är närmast medarbetarna i det dagliga arbetet. Medarbetare uppmanas att skicka in frågor inför APT. Medarbetarna som deltog i samtal upplevde att de hade möjlighet att framför synpunkter i vissa fall men i vissa fall kan beslut tas utan att de har fått vara med och tycka till. Medarbetarna hålls informerad om viktig information via veckobreven. Företaget gör två gånger per år en extern revision för att säkerställa att ledningssystemet är implementerat och att rutinerna är kända av medarbetarna. I samband med revision intervjuas boende, medarbetare och rutiner genomgås. Senaste revision skedde digitalt och därmed har flera delar i granskningen inte kunnat genomföras. Rutinen ständiga förbättringar enligt PDCA och kvalitetshjulet har presenterats på APT i oktober 2020. Uppföljning sker på APT i november. Medarbetarna har tilldelats särskilda ombudsroller. Enligt medarbetarna behöver kunskapen inom det utdelade ansvarsområdet förbättras. Medarbetarundersökning har gjorts men antal svarande har varit för lågt. 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 ännu inte diplomerats.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Avvikelseråd/kvalitetsråd är schemalagt en gång per månad. Arbetsterapeut och fysioterapeut utreder inkomna fallrapporter. Övriga avvikelser hanteras av biträdande verksamhetschef. Mindre och enklare avvikelser analyseras med 5-varför metoden. På avvikelseråd tas dessa upp för att analysera bakgrund till det inträffade samt planering av vidtagna åtgärder. Beroende på avvikelserkaraktären sker återkoppling personligt eller i grupp, via veckobrev, avvikelseråd eller på APT. Verksamheten har en skriftlig rutin för hur framförda klagomål ska hanteras. Verksamheten har vidtagit en rad åtgärder för att öka medarbetarnas kunskap kring vikten av att rapportera avvikelser. Grunden till varför få avvikelser skrivs har kartlagts och därför har en tryggare arbetsmiljö och medarbetarskap varit i fokus under 2021. Medarbetarna har vid flera tillfällen undervisats i varför avvikelserapporter ska skrivas och hur avvikelsemodulen i Safe- Doc ska användas. Undervisningar har skett under APT samt individuellt. Avvikelser har återkopplats och generella avvikelser har lyfts i olika forum. Utvärderingen visar stor förbättring i rapporterade och hanterade avvikelser, enligt verksamhetschefen. Verksamheten har månadsvis redovisat en sammanställning över inkomna avvikelserapporter och klagomål. Exempel på avvikelser är lång väntan på larm,

Delområde	Kommentar
	<p>bemötande, försvunna prydnadssaker och uteblivna insatser.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal beskrev att de flesta avvikelser som de skriver handlar om fall och läkemedel. Detta beror mest på okunskap om vad som kan betraktas som SoL avvikelser, enligt dem. Muntligt framförda klagomål rapporteras inte alltid vidare till ledningen.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har infört digital signering och mobilt arbetssätt, dvs. möjlighet att dokumentera direkt i Safe-Doc app. Avvikelseberättelser sker också numera i Safe-Doc.</p> <p>Verksamhetens rutiner är tillgängliga för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt på intranätet samt i pärmar. Gruppledare ansvarar för daglig drift och att rutiner följs.</p> <p>Verksamhetens mål för 2021 har varit att förbättra bemötande samt matens- och aktiviteternas kvalitet. Under 2020 och 2021 har det gjorts intervjuer med de boende för att ta reda på synpunkter och önskemål. Utifrån resultat har verksamheten arbetat systematiskt med bl.a. egenkontroller, statistik, måltidsobservationer, nattfastemätningar. Uppföljning av resultat har skett i vissa fall.</p> <p>Riskanalyser med anledning av smittspridning Covid-19, bemanning r/t pandemin, sjuksköterskebemanning har gjorts.</p> <p>Årshjul för att arbeta med olika fokusområde/utvecklingsområde har tagits fram. Under en månad fokuseras på ett område genom att återkommande ta upp förbättringsåtgärder i olika forum och vid behov ska utbildning erbjudas.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal kände inte till årshjulet och var inte heller delaktiga i att ta fram det. De hade inte erbjudits utbildning i vissa områden (exempelvis munhälsa) trots att behov av utbildning förelåg.</p> <p>Enligt anbud ska verksamhetens resultat av brukarundersökning ligga 1 % över riksgenomsnittet. Hallens resultat var i vissa områden bättre än riskgenomsnittet och i vissa områden lägre. Arbetet med att förbättra utevistelse har pågått under året. Frågan tas upp på veckobreven, APT, dagligplanering och statistiskt över utevistelse följs upp.</p> <p>Onämnd nattbesök två gånger per år har inte skett enligt anbudet.</p>



## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Under 2020 infördes IBIC.</p> <p>Information om förändringar i genomförandeplaner/bemötande planer rapporteras till övriga i arbetsteamet på teammöte, våningsmöte och rapport vid skiftbyte samt dokumentation.</p> <p>I samband med uppföljning granskade fem sociala journaler.</p> <p>Den enskildes delaktighet nämns i dokumentationen men beskrivs delvis på vilket sätt detta har skett. Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av hörapparat beskrivs delvis.</p> <p>Behov av hjälpmedel står tydligt, hur det ska användas och vad den enskilde klarar av.</p> <p>Behov av insatser nattetid framgick delvis.</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.</p> <p>Händelser av vikt nämns men uppföljning finns delvis. I en av journalerna fanns information om medicingivning trots att i genomförandeplanen stod att den enskilde inte hade några mediciner. I ett fall hade dagpersonalen dokumenterat en viktig händelse som hade inträffat under natten. I ett fall stod fel namn i journalen.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Under 2020 infördes IBIC. All personal har fått utbildning i att skriva genomförandeplaner, dokumentationsstödare finns på varje avdelning och handleder undersköterskorna. Dokumentationsstödare har fått utbildning i IBIC.</p> <p>Var tredje månad samt vid behov granskar gruppledare och biträdande verksamhetschef alla journaler. Formuleringar och "röda tråden" har följts upp som utvecklingsområden.</p> <p>På sikt ska granskningen göras kollegialt i lärande syfte.</p> <p>Gruppledarna deltar i omvårdnadsarbete enligt schema. Verksamheten planerar att nyttja detta tillfälle att säkerställa att den enskildes behov av insats stämmer överens med det som står i genomförandeplanen.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Information om bland annat viktiga händelser i verksamheten och aktiviteter skickas ut månatligen till anhöriga och kontaktpolitiker. Aktiviteter kommuniceras ut till anhöriga via instagram. Boende får ta del av månadsbrevet som finns i köket, i hisshallarna och på anslagstavlan.</p> <p>Verksamheten har erbjudit boenderåd en gång under 2021. Boende synpunkter och önskemål har fångats upp via personliga intervjuer.</p> <p>Skyddsåtgärder tas upp på teammöte samt rapport vid skiftbyte. HSL-guppen har ansvar för att skyddsåtgärder följs upp och utvärderas. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera om begränsningsåtgärder vidtas. Enligt verksamhetschefen har några rapporter med anledning av otillåtna begränsningsåtgärder lämnats in. Boende som deltog i samtal saknade forum för att framföra sina synpunkter. De upplevde att ingen har tid att lyssna på dem. De önskar att ledningen är mer närvarande och efterfrågar deras synpunkter på ett mer aktivt sätt.</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.</p> <p>Kommunikationshjälpmedel, tex pictogram på platta ska 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 finns inte i verksamheten idag.</p> <p>För att mäta livskvalitet hos den enskilde med kognitiv svikt ska enligt anbud utvärdering med Qualid tillämpas. (Qualid betyder Quality of life in late-stage dementia scale). Detta har inte genomförts.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamhetschefen går återkommande igenom kontaktmannens ansvar på APT samt årligen genom ett påskrivet kontrakt. Samtliga medarbetare ska genomgå en webbaserad utbildning i kontaktmannaskap. Enligt verksamhetschefen har medarbetarna som arbetar natt inte deltagit i utbildningen.</p> <p>Den enskilde informeras om möjligheten att byta kontaktman.</p> <p>Kvalitetsdeklaration delas ut till den enskilde som flyttat in och sätts in i inflyttningsmappen. Kvalitetsdeklaration har presenterats för medarbetarna.</p> <p>För att öka kontinuiteten arbetar nattmedarbetarna på en och samma våning. Arbetet pågår kring förankring av vikten att arbeta utifrån genomförandeplan även på natten.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Kontaktman alternativ vice ansvarar för att informera boende och anhöriga om tillfälliga förändringar. Detta framgår av kontaktmannakapskontrakt.</p> <p>Gruppledarna har det huvudansvaret att inför julhelgen informera om personalförändringar med anledning av ordinarie personalens frånvaro t.ex. pga semester. Uppföljning att detta så sker behöver förbättras, enligt gruppledaren.</p>

## Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande  2. Delvis godkänd	<p>Arbetet med förankring av värdegrund har pågått under 2021. Leva livet inspiratör har intervjuat de boende angående bemötande, mat och aktiviteter.</p> <p>Handlingsplaner har tagits fram och följts upp. Avvikelse och klagomål som har handlat om bemötande har lyfts på APT, våningsmöte samt tagits direkt med den som har berörts. Under 2022 kommer bemötande kopplat till värdegrund vara en stående punkt på APT och reflektionsmöten samt inlagt i årshjulet som ett fokusområde under en månad. Samtliga medarbetare ska läsa i levnadsberättelse för att i större utsträckning kunna anpassa bemötandet efter den enskilde.</p> <p>Värdegrundsledare har genomgått utbildning men har inte kunnat ha träffar pga pandemin. HSL personal, Leva Livet ombud och gruppledarna är värdegrundsledare.</p> <p>Enligt anbud ska alla medarbetare, inklusive intermitterande anställda, som arbetar på enheter med demensinriktning ges relevant utbildning i bemötande av personer med kognitiv svikt och deras anhöriga och för att kunna ge bästa möjliga vård och omsorg för att bevara eller öka livskvaliteten. Detta har inte skett under 2021.</p> <p>All personal får Värdegrundsutbildning där "meningsfull vardag" ingår. Dessa har inte genomförts under 2021.</p>
Stöd till närstående  2. Delvis godkänd	<p>Det finns skriftlig rutin för hur anhörigstödet ska utformas.</p> <p>I välkomstbroschyren finns info om Solna stad anhörigstödare. Anhöriga bjuds in</p>

Delområde	Kommentar
	till vårdplanering och delges månadsbrev. Individuella samtal och efterlevnadssamtal erbjuds. Anhörigträffar har pga. rådande pandemin inte kunnat erbjudas. Ett flertal klagomål har inkommit till förvaltningen där anhöriga framfört synpunkter på att deras synpunkter inte besvarats eller har delvis besvarats samt att de upplever att de inte har getts möjlighet till delaktighet i frågor som rör deras närstående.




## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Checklista för kontroll av temperatur var i fylld.
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Kostmöten har genomförts med kostgruppen en gång i månaden, och webbaserad utbildning har erbjudits. Utifrån de boendes synpunkter och önskemål har nya menyer tagits fram och vissa rätter har tagits bort. Nya porslin har köpts in för trevligare måltidsmiljö.</p> <p>För att utveckla profilen har verksamheten genomfört enkätundersökningar. Synpunkter på maten från boende med kognitiv svikt fångas upp och sammanställs av Leva livet inspiratören och lämnas till ledning.</p> <p>Kostråd för de boende har med anledning av pandemin hållits en gång under 2021.</p> <p>Måltidsobservation har gjorts två gånger under 2021. Bland förbättringsområden som observationerna har visat kan uppläggning av mat, karotter på bordet, presentation av maträtt nämnas. Verksamheten arbetar tillsammans med kostombud för mer varierade meny, tillbehör och efterrätter samt nya recept för mellanmål och efterrätter.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en avdelning. Sju boende åt vid två olika bord och två medarbetare arbetade. Medarbetarna använde förkläde vid serveringen. Det fanns möjlighet att välja mellan ris eller potatis. Det doftade nybakat på avdelningen.</p> <p>Situationen kring serveringen upplevdes stressig. Det fattades ren bestick och personal var tvungna att låna några från en annan avdelning. Det var bråttom att ta bort tallriken och man frågade om man var klar fast det fanns mat kvar på tallriken. Åsikter om huruvida maten var god eller inte gick isär. Några tyckte att maten var bra och några tyckte att maten sällan smakar gott. En boende framförde att det händer att det serveras liknande mat både till lunch och middag, till exempel crepe till middag och pannkaka till lunch eller kåldolmar och kålpudding på en och samma dag. De upplevde att det inte händer någon förbättring även om de framför synpunkter. Medarbetarna argumenterade emot när de boende framförde synpunkter på maten. De boende tyckte att det händer ofta att maten eller efterrätten inte är som det står på menyn. Boende berättade att de inte alltid erbjuds alternativ maträtt om de inte gillar maten.</p> <p>Matleverantören Dafgård har garanterat användning av kött från GFSI godkända leverantörer och företaget är miljö- och kvalitetscertifierat.</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. Ett kostombud per enhet utses som utbildas av dietist i mat &amp; måltider.</p> <p>Omvårdnadspersonal får utbildning i Måltidsmiljön FAMM, Livsmedelshygien &amp; Egenkontroll, Film Bra att veta om Demens Vägledning med färg och form, Att förebygga trycksår, fall, undernäring och nattfasta. Vidare ska kostombuden få ytterligare utbildning i måltid, mat &amp; näring. Frukost serveras i bufféform för eget val. Det finns möjlighet att varje dag ta med öl &amp; vin till maten.</p> <p>kostråd en gång i månaden där boende/närstående, kostombud, omvårdnadspersonal med särskilt ansvar för mat/måltidsmiljön deltar.</p> <p>På helgen kommer en person arbeta som har det övergripande ansvaret på helgen och roterar mellan avdelningarna för att säkerställa att allt är fint dukat och ordnat runt måltiderna. Ansvarig för mat/måltider är stationerad i köket och välkomnar de boende till måltiden. De säkerställer så att måltidsmiljön är trevlig &amp; ombonad, att de boende får den stöttning &amp; service som behövs vid måltidssituationen. FAMM observationsmall används fyra gånger per år. Matens kvalitet följs dagligen genom dialog med den enskilda och matleverantör.</p> <p>Merparten av dessa utfästelser har inte infriats.</p>



## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>Under 2021 har två Leva livet inspiratör rekryterats och avslutat sina tjänster. I väntan på att en ny rekryteras kommer flera medarbetare att få ansvar för att planera och genomföra aktiviteter.</p> <p>Utevistelse planeras dagligen och signerar av den som har genomfört utevistelsen. Gruppledarna ansvar för att följa upp detta. Enligt gruppledarna kan uppföljning förbättras.</p> <p>En gruppledare tjänstgör varje helg. Denne ser till att aktiviteter genomförs under helger.</p> <p>I fastigheten finns en lokal som används som Må- bra salong. En medarbetare arbetar enbart med att erbjuda egentid till de som annars inte deltar i aktiviteterna eller har behov av att få enskild aktivitet exempelvis, taktill massage eller samtal om livet. Verksamheten har inte tillämpat förvaltningens arbetsätt för att på ett systematiskt sätt minska den besvärande ensamheten. Avsedd enkät som ska användas för detta ändamål var inte känd av medarbetarna.</p> <p>Egentid planeras in i början av veckan och antecknas i dagböcker samt dokumenteras, kontaktperson är ansvarig för genomförande och dokumentation. Ledningen uppskattar att ca i genomsnitt 80 % av de boende får egen tid.</p> <p>Verksamheten har med stöd av extra anslaget som Förenade care har lovat i anbudet (75000 kronor per år) genomfört underhållning i caféet, midsommarfirande, konsert från kulturskolan och hyrt in hästen Asko.</p> <p>Verksamheten har införskaffat varma jackor till medarbetarna och speciella åkplåsar för att främja utevistelse under vintertid har införskaffats.</p> <p>Utflyktsbussen som enligt avtal skulle finnas i verksamheten en vecka i månaden har ännu inte kunnat driftsättas.</p> <p>De boende som kvalitetsutvecklaren intervjuade önskade mer variation på aktiviteterna. De medger att aktiviteter och framför allt hur de genomförs gör stor skillnad i deras vardag. De berättade också att aktiviteter ställs in när den som ska hålla i aktiviteten är sjuk. De önskar också större möjlighet att få komma ut på promenad.</p> <p>Verksamheten valde att inte delta i projektet "Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" som förvaltningen erbjöd.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	Rutin för hot och våld finns.
Larm  3. Godkänd	En gång i veckan kontrolleras larmens kvalitet. Biträdande verksamhetschef gör stickkontroll 1 gång per månad genom att välja 5 boende samt vid behov. Resultatet återkopplas till respektive avdelning. Det förekommer väntetider särskilt när fler vill ha hjälp samtidigt.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtrognas med innebörden av tystnadsplikt och sekretess i samband med anställning och på APT. Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	<b>Hallen</b> 87
Skattekontroll  3. Godkänd	<b>Hallen</b> <b>Organisationsnummer: 556535-5400</b> Namn: FÖRENADE CARE AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1

Delområde	Kommentar	
	dec-21	23 460 714,00
	nov-21	23 924 722,00
	okt-21	23 753 470,00

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

OSKARSRO



## Innehållsförteckning

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



## 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.

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Oskarsro
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 8 december 2021. Verksamhetschef och två gruppchefer, fem medarbetare samt fyra boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 15 mars 2022.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft en stabil ledning och låg personalomsättning under 2021. Verksamheten har arbetat aktivt med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna.

Under 2021 har mötesforum där boendes och anhörigas synpunkter kan tillvaratas inte kunnat upprätthållas pga. pandemin.

Verksamheten har arbetat aktivt med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna.

De boende är nöjda med personalens bemötande och 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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	● 4. Uppfyller kraven	◆ 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 pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver ta fram en strategi för att bedöma framtida rekryteringsbehov och uppmuntra undersköterskorna att vilja utbilda sig inom de områden där behov finns.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att reflektionsträffar i enlighet med Silvia-certifiering återupprättas.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska skapa förutsättning för medarbetarna att delta i de utbildningar som bedöms bidra till verksamhetens utveckling.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: kompetenstrappa 0-18 månader ska implementeras.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska möjliggöra för medarbetarna att genom auskultation och studiebesök utveckla sin kompetens och uppmuntras till att utveckla sin arbetsplats.

## 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.	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.	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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att återkoppling avseende vidtagna åtgärder med anledning av skriven rapport utvecklas.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska möjliggöra för medarbetarna att delta i egenkontroller utifrån sina ansvarsområden. En av egenkontrollerna sker av en annan verksamhetschef.

## 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.	Genomförandeplan: Den enskildes hjälpbehov nattetid behöver förtydligas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att anteckningar i den enskildes sociala dokumentation är i enlighet med riktlinjerna.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 pågår med avvikelse.	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 ska återupprätta forum för att möjliggöra för de boende att delta i frågor som rör deras välbefinnande.

Status	Utvecklingsområden
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att kontaktman gör veckoavstämning i syfte att ta reda på den enskildes synpunkter och önskemål.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: verksamheten ska utbilda medarbetarna i kommunikationsstöd bildstöd/AKK ska används i samtal med boende vid behov.

## Bemötande och anhörigstöd

### ● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att de boendes åsikter om mat och måltid beaktas och att återkoppling sker.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll av livsmedelshygien behöver förbättras.
☐ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver möjliggöra för alla medarbetare att gå utbildning för att förbättra måltiderna för de äldre.

## Aktiviteter och fritid

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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.	Anbud: Verksamheten ska leva upp till det som har lovats i avtal gällande aktiviteter, uppföljning och utvärdering av dessa.

## 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	Samtliga medarbetare, inklusive intermittanställda har ett mailkonto. Protokoll från alla möten, generell information som berör verksamheten samt information om utbildningar skickas till medarbetarna. 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. Vissa möten såsom kostråd, anhörigmöte och boråd har pga. pandemin inte kunnat upprätthållas i önskad omfattning.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledningen består av verksamhetschef och två gruppchefer. Det finns planer på att adjungera sjuksköterskorna en gång i månaden till dessa möten. Dagtid ansvarar gruppcheferna för arbetsledning och kvällstid och natten ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. Gruppchefer har gått ledarskapsprogrammet via företaget.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är godkänd av IVO.

### 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, demens ABC, jobba säkert med läkemedel, arbetsmiljöutbildning och brandutbildning.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	97 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Samtliga medarbetare har per 1 oktober en individuell kompetensutvecklingsplan. Det finns planer på att inkludera språknivå och digital kompetens i kommande medarbetarsamtal. En medarbetare har specialistutbildning inom vård av äldre och ytterligare en medarbetare går specialistutbildning inom multisjuka äldre med stöd av stimulansmedel. Verksamheten Silviaomcertifierades i april 2020. Reflektionsmöten har inte kunnat upprätthållas under våren 2021 enligt krav på grund av pandemin. För att främja möjligheten till inläring på arbetsplatsen planerar ledningen att kartlägga hur de olika mötesforumen kan användas i lärande syfte. Även reflektion som inlärningsverktyg planeras att införas i anslutning till överrapportering eller teammöte. En av medarbetarna som arbetar nattetid är palliativt ombud. Det finns planer på att utbilda minst en till BPSD-administratör. Enligt medarbetarna finns det fysiska hinder för att kunna genomföra webbaserade utbildningar. Det finns inte alltid tillgång till lediga utbildningsdatorer eller en avskild lokal. De upplever att information om möjlighet att studera till specialistundersköterska på arbetstid har inte nått alla. De önskar utbildning i munvård och hörsel. Utbildningstrappan enligt anbud har i stora delar följts. Verksamheten planerar att erbjuda de utbildningar som inte har erbjudits under 2022. Polhemsgården och Oskarsro har samverkat under 2021 för att främja erfarenhetsutbyte och lärande. Bland annat har Polhemsgårdens demensteam hållit i föreläsningar för anhöriga och profilledarnas erfarenhet och




Delområde	Kommentar
	<p>kompetens har utbytt. Kollegial granskning i form av måltidsobservation på annan avdelning än sin egen har gjorts med lyckat resultat.</p> <p>Enligt anbud ska auskultation och studiebesök genomföras i andra verksamheter. Detta har inte varit möjligt under 2021 pga. pandemin men planeras att genomföras under 2022. Vidare har i anbudet angetts att en kompetenstrappa 0-18 månader ska implementeras. Ledningen har lagt in utbildningarna i årshjulet, en del är avklarade och en del som inte har genomförts pga. pandemin planeras att genomföras under 2022.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten säkerställer att bemanningen är anpassad efter vårdbehovet genom regelbundna avstämningar i ledningsgruppen. Gruppchefer deltar dagligen i omvårdnadsarbetet och kan genom det anpassa bemanning efter behovet. 90 % av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. 10-15 % av schemalagd omvårdnadspersonal är timanställd eller har ett kortare vikariat i verksamheten. Ledningen anser att detta behövs för att behålla sina duktiga timanställda. Timanställda placeras i möjligaste mån på samma avdelning för att bibehålla kontinuiteten.</p> <p>Verksamheten har gjort en schemaöversyn. Medarbetarna som deltog i samtalet var inte nöjda med schemaförslaget. Bland annat på grund av att "ensamarbete" förekommer mitt på dagen. Majoriteten av personalen kommer att få arbeta ett eller flera långpass i veckan</p> <p>Enligt ledningen har det gjorts Anpassningar av schemat efter vårdtyngd och boendes behov men även efter medarbetarnas individuella önskemål.</p> <p>Verksamheten har gjort riskanalys utifrån arbetsmiljö såsom långa arbetspass. Det finns rutin för dagplanering och hur man kan få stöd av övriga i personalgruppen under den tid man är ensam på avdelningen samt hur man planerar.</p> <p>Verksamheten kommer att följa upp och utvärdera nya scheman efter några månader.</p> <p>Verksamheten har plan för driften i händelse av hög personalfrånvaro. Den redovisade bemanningen är i enlighet med som har lovats i anbudet.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>I samband med nyrekrytering uppmärksammas sökandes språkfärdighet. Det ställs krav på avslutad eller pågående undersköterskeutbildning vid rekrytering. Fyra tillsvidareanställda avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m.1 oktober 2021. Verksamheten har haft avslutande samtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning. Bland orsaker kan omplacering i andra verksamheter pga. övertalighet nämnas.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för extern samverkan finns.</p> <p>Verksamheten har under 2021 tagit emot 12 undersköterskepraktikanter och två sjuksköterskestuderande. Det finns idag 4 medarbetare som har handledarutbildning som ansvarar för att ta emot nya elever. Verksamheten har anmält flera medarbetare till handledarutbildning.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Medarbetarna ska i första hand läsa viktig information i Safe- Doc men även muntlig överrapportering tillämpas vid t.ex. akut förändring i boendes hälsostatus. För att underlätta samverkan planerar verksamheten att uppdatera dagplaneringen så att det framgår tydligt vem som ansvarar för överrapportering, reflektionsstunder eller när raster ska tas.</p> <p>Medarbetarna befarar att den möjligheten kommer att tas bort i och med det nya schemat. Redan idag sker överrapportering före eller efter den schemalagda tiden, enligt medarbetarna.</p> <p>Internsamverkan mellan olika professioner sker via teammöte och vid behov. Hälso- och sjukvårdspersonal tar kontakt med berörd personal och informerar muntligt samt vid behov instruerar och handleder personalen. Information av vikt dokumenteras i Safe-Doc.</p> <p>Enligt anbud ska representant från nattmedarbetarna delta på teammöte en gång i månaden. Detta görs inte idag men planeras att implementeras under 2022.</p> <p>Verksamheten använder sig av SKR:s checklista för att kvalitetssäkra kvalitet på nattinsatserna. Samtliga medarbetare som arbetar natt har fått en genomgång av checklisten i samband med utbildning i "Den goda natten".</p> <p>De boende som deltog i samtal upplever att de nyanställda eller timanställda inte alltid är uppdaterad i vad som ska göras. Men detta är inget problem så länge de</p>

Delområde	Kommentar
	kan berätta för de nya hur hjälpen ska ges.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor. Verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, gruppchefer samt kvalitetsombud deltar i mötena. Anteckningar från möten mailas ut samt skrivs ut. Det händer att läskvittens kontrolleras särskilt när viktig information har delats ut. Verksamhetens rutiner är tillgängliga för samtliga medarbetare i pärmar och på intranätet.</p> <p>Medarbetarna är delaktiga i utvecklingen av verksamheten genom att delta i kvalitetsrådet, våningsmöten samt möjlighet att lämna förbättringsförslag direkt i verksamhetssystemet. Vardagas verksamheter åläggs att två gånger per år göra en omfattande egenkontroll. Cirka 200 frågor ska besvaras. Under 2021 har medarbetarna varit delvis delaktiga och besvarat en del av frågorna utifrån ansvarsområden.</p> <p>Det finns utsedda ombudsroller inom olika områden. Ombuden har en tydlig ansvarsbeskrivning. Ansvaret behöver förankras hos ombuden då detta inte är helt klart bland medarbetarna. Det händer att en medarbetare tilldelas flera ansvarsområden vilket kan försvåra att hinna med olika åtaganden. Verksamheten har kartlagt ombudens kompetens och har i vissa fall erbjudit fördjupad utbildning för att de ska kunna fullgöra det ansvar som åligger dem. Kostombuden har ännu inte fått fördjupad utbildning som enligt anbud ska erbjudas. Detta planeras att genomföras under 2022.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Det finns en skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Ledningen har poängterat vikten av att skriva synpunkter och klagomål och gått igenom rutinen på APT-möten och våningsmöten.</p> <p>Enligt ledningen rapporteras fler synpunkter och klagomål samt avvikelser i Q-maxit men detta är fortfarande ett fortsatt utvecklingsområde. Rapporterade avvikelser tas upp på Kvalitetsråd och våningsmöten. Generella avvikelser tas upp på APT. Samtliga medarbetare kan ta del av skrivna avvikelser i Q-maxit.</p> <p>Återkoppling av vidtagna åtgärder sker till medarbetare, anhöriga och boende. Medarbetarna som deltog i samtal medgav att de inte skriver avvikelser i den utsträckning som behövs, dels för att de inte vet vad som betraktas som avvikelse och dels för att avvikelser åtgärdas och nödvändigtvis inte behöver rapporteras. De upplevde också att återkopplingen mestadels sker i Q-maxit när ärendestatus ändrats till "avslutat". Däremot får de inte alltid information om vilka åtgärder man har vidtagit.</p> <p>Verksamheten har månadsvis rapporterat in en sammanställning av rapporterade avvikelser och synpunkter. Exempel på avvikelser är: utebliven insats, felaktigt inkontinensskydd, brist i kommunikation, lång väntan på hjälp och brist på aktiviteter. Vid egenkontroller har det framkommit att framförda klagomål eller rapporterade avvikelser inte alltid dokumenteras i den enskildes sociala journal.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Verksamhetens egna mål för 2021 är att arbeta utifrån brukarundersökningsresultatet, förbättra den sociala dokumentationen samt självbestämmande och bemötande. Information om målen och fokusområden har delgetts vid APT, planeringsdag och vid individuella målsamtal.</p> <p>Verksamhetschefen och gruppchefer använder måltavla och förbättringsloggen för att visa vilka åtgärder som vidtas för att närma sig målen och vem som ansvarar för genomförandet och när dessa ska genomföras. Tavlan finns väl synlig i personalrummet.</p> <p>Ambea genomför årligen egenkontroll med ca 200 frågor. Bland förbättringsområden kan sortering av matsvinn, inkontinens, dokumentation samt genomförd egentid nämnas.</p> <p>Flera risker har identifierats i verksamheten under 2021, bland annat relaterat till Covid-19, besökare som inte följer besöksrutiner, bemanning, brandrisker samt renovering av hiss.</p> <p>Arbetet med att implementera mobil dokumentation och digital läkemedelssigenering stannade av under 2020 pga. pandemin men kommer att återupptas våren 2022.</p>



## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Dokumentation sker i enlighet med IBIC. Information om förändringar i genomförandeplaner/bemötandeplaner rapporteras till övriga i arbetsteamet. Kontaktmannen ansvarar för att informera kollegor om förändringar i GP och att man ska läsa det som är uppdaterat i Safedoc. Den boende deltar oftast inte när genomförandeplanen uppdateras. I samband med uppföljning granskade fem sociala journaler. Den enskildes kommunikativa förmåga och eventuella behov av hörapparat beskrivs delvis. Den enskildes delaktighet beskrivs delvis i genomförandeplanen. Vad den enskilde klarar av själv och vad hen behöver hjälp med beskrivs väl. Vad den enskilde behöver hjälp med nattetid beskrivs delvis. Den enskildes önskemål om hur hjälpen ska utföras beskrivs väl. I ett fall fanns motsägelsefull information om den enskildes hjälpbehov vid förflyttning.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Det förekommer en del anteckningar av ringa betydelse i sociala journaler. Händelser av vikt nämns men uppföljning finns delvis. I en av journalerna fanns viktig information som inte återgavs i genomförandeplanen. I ett fall hade dagpersonalen dokumenterat en viktig händelse som hade inträffat under natten. värdeladdade ord såsom arg, sur, irriterad och snäll förekom.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Fyra gånger per år gör gruppcheferna tillika dokumentationsstödare egenkontroll av den sociala dokumentationen. Checklista används. Utfallet tas upp med den enskilde medarbetare vid målsamtal. Vid behov erbjuder de stöd till personal. Egenkontrollen visar att det delvis saknas röd tråd mellan genomförandeplaner och den sociala dokumentationen. Det skrivs fortfarande mestadels genomförda aktiviteter i social dokumentation istället för sådant som avviker från genomförandeplanen. Verksamhetschef utför loggkontroller samt vilka som inte har loggat in under en längre tid.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten följer kontinuerligt upp att begränsningsåtgärder inte förekommer. Skyddsåtgärder följs upp på teammöte och kvalitetsråd samt vid granskning av genomförandeplaner. Inflyttningsprocessen följs upp efter fyra veckor. Gruppchefer har uppföljningsmöte två gånger per år med de boende, där delaktighet och kontaktmannaskap tas upp. Verksamheten har tillgång till talenhet för att underlätta kommunikation med de som larmar. Under 2021 har boenderåd inte erbjudits. Boenderåd är planerat 4 gånger under 2022. Enligt anbud ska anpassade bildstödsappar, samtalskort och planeringsstöd användas som stöd vid kommunikation med personer med kognitiv svikt. Kontaktman utbildas i kommunikationsstödet av Lära och AKK används i samtal med boende vid behov. Kommunikation med personer med kognitivsvikt har under 2021 inte utvecklats i enlighet med anbudet.
Kontaktmannaskap ● 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 kontaktmannaskap och skriver under ansvarsförbindelsen. Ansvaret tas upp på planeringsdag samt följs upp på uppföljnings- och medarbetarsamtal. Två gånger per år stämmer gruppcheferna av med den boende hur kontaktmannaskapet fungerar. Enligt anbud ska kontaktmannen göra en veckoavstämning med de boende, men genomförandet har satts på paus under 2021.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Det finns skriftlig rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga. Rutinen är inte anpassad efter personer med kognitiv svikt. Namn på vilka som arbetar står på tavlan. De boende som deltog i samtal önskade att timanställda även presenterar sig när de börjar sitt arbetspass. Kvalitetsdeklaration har hittills delats ut till de nyinflyttade men kommer framöver att delas ut till alla årligen. Verksamheten har gjort en enkätundersökning vars resultat presenteras för

Delområde	Kommentar
	<p>beställaren i januari 2022.</p> <p>Information skickas ut månadsvis till anhöriga samt skrivs ut och läggs i facken hos boende. De boende som deltog i samtal önskade mer information och upplevde inte att de får tillräckligt med information.</p> <p>De boende som deltog i samtal saknade forum för att framföra önskemål om bland annat maten och aktiviteter. De upplevde att de kan framföra synpunkterna till personalen men det verkade som att inget händer. De upplevde också att det ibland kan dröja med att få hjälp med larmet.</p> <p>För att främja den enskildes självständighet har verksamheten i vissa fall färganpassat dörrkarmar, toaletter osv. för att markera skillnad mot den ljusa bakgrunden. Boendemiljö har anpassats för att de boende lättare kan vistas ute. Enligt anbud ska porslin och andra material färganpassas till målgruppen, vilket inte har skett.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Värdegrunden och Solnas kvalitetsdeklaration ska genomsyra det dagliga arbetet. Samtliga medarbetare har gjort webbutbildningen "Vår värld", där värdegrund inom äldreomsorg tas upp. Värdegrund och Solnas kvalitetsdeklaration är en punkt på APT, väningsmöten, reflektionsträffar och planeringsdagar.</p> <p>Vid nyinflyttning ingår Solnas kvalitetsdeklaration i välkomstmappen och den finns synlig vid huvudentrén.</p> <p>De boende som deltog i samtal var mycket nöjda med personalens bemötande. Under 2020 har utbildning i Jag-stödande förhållningssätt" erbjudits till samtliga medarbetare och därefter har 5 vägledningssamtal a 1,5 h som leds av demensvårdsutvecklare erbjudits.</p> <p>Vidare ska enligt anbud samtliga gå Svenskt Demenscentrum musikutbildning "Mötas i musik" och Demensakademins utbildning i Vårdarsång. Dessa planeras att genomföras under 2022.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>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.</p> <p>Närståenderåd har under 2021 inte kunnat genomföras pga. pandemin. Verksamheten kommer att prova att ha mötena digitalt.</p>

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Livsmedelshygien</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Egenkontroll av livsmedelshygien sker men behöver förbättras. Checklistan för kontroll av matens temperatur var delvis ifylld.</p>
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>I de fall den boende inte kan uttrycka sina synpunkter om maten uppmärksammas önskemålen med stöd av anhöriga, genom levnadsberättelsen samt observation. Omsorgsmåltid erbjuds på enheter med demensinriktning.</p> <p>Det har genomförts fyra måltidsobservationer under 2021. Det är arbetsterapeut, fysioterapeut, gruppchefer samt kollegor från andra avdelningar som genomfört dessa. Bland utvecklingsområden som fångades upp kan finare dukning, inte diska under måltid och vänta med att servera efterrätt tills alla ätit klart, nämnas. Måltidsråd hålls en gång i månaden. Under 2021 har de boende inte erbjudits möjlighet att delta. De boende som deltog i samtal saknade ett forum där synpunkter på maten och eventuella önskemål kan framföras. De saknade återkoppling från personalen på hur framförda synpunkter har hanterats. Matens smak och kvalitet upplevdes olika. Vissa tyckte att maten var godare på Oskarsro än hemma och vissa tyckte att maten var enahanda. De tyckte att kvällsmålen oftast är för tunga och att dessa hellre borde serveras till lunch.</p> <p>Färskt bröd till frukost har provats men de boende har tackat nej till det. De boende berättade att kvällsmål erbjuds till de som efterfrågar det.</p> <p>Kökschef inom Ambea säkerställer genom avtal med Menigo att det kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.</p> <p>Varje helg serveras tre rätters middag med fördrink, öl och vin samt extra fin dukning.</p> <p>Vardagas måltidschef har regelbundna uppföljningar med måltidsansvariga. Enligt anbud ska alla gå utbildningarna "Måltidsupplevelsen", "Livsmedelshygien"</p>

Delområde	Kommentar
	<p>"Kost och näring för äldre", "Måltidstraditioner", "Matens betydelse för äldre", "Näringslära", "Enklare matlagning" och "Lilla degskolan" för att vi ska ta tillvara önskemål och ge den bästa måltidsupplevelsen. (KM) lägger upp bilder på rätter, bröd, mellanmål och efterrätter utifrån vad den boende tycker om att äta. Detta har inte hunnits med under 2021.</p> <p>I samband med uppföljning observerades måltidssituationen på en avdelning. Fem boende åt vid ett långbord. Maten visades och presenterades. Förkläde användes. En personal hjälpte en boende med maten. Serveringen gick lugnt till. Dukningen var torftig.</p>

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Profilledaren har regelbundna avstämningar med verksamhetschefen där aktiviteter och eventuella behov av materiella resurser tas upp. Profilsvarig har regelbundna möten med aktivitetsombuden samt med de boende.</p> <p>Verksamheten har delvis arbetat enligt Solna stads anvisning när det gäller att minska den besvärande ensamheten. Kontaktman fångar upp om boende uttrycker eller upplevs att besväras av ensamhet. Problematiken tas upp på teammöte och åtgärder planeras in med den boende. Flera digitala verktyg har använts i syfte att underlätta för medarbetarna att erbjuda aktiviteter, särskilt under helger, exempelvis enkla spel, musiklistor, aktivitetslåda, läsplatlor, tillgång till Spotify samt musikfrågesporter.</p> <p>De boende som deltog i samtal var nöjda med aktiviteterna som erbjuds. Det sker någon form av aktivitet dagligen. De upplever att deras synpunkter på aktivitetsutbudet tas till vara. Några av de boende hade t.ex. framfört att besök från Ung Omsorg inte behövdes på just den avdelningen vilket resulterade i att besöken sker mindre ofta än tidigare. En boende tyckte att korsorden var svåra och hade fått något lättare variant att lösa. Däremot upplever de att utevistelse likställas ofta med balkongvistelse men de har inget emot det.</p> <p>Begreppet egentid var inte känt hos de boende. De upplever inte att personalen hinner erbjuda egentid med en timme i veckan.</p> <p>Ung omsorg besöker verksamhetens samtliga avdelningar varje lördag. Det finns planer på att utöka det så att de kommer även på söndagar.</p> <p>För att underlätta för medarbetarna att erbjuda aktiviteter under helger har enkla spel, musiklistor, aktivitetslåda samt förslag på ämnen som man kan prata kring tagits fram.</p> <p>Enligt ledningen får ca 70 % av de boende egentid en genomsnittsvecka. Medarbetarna signerar när de har erbjudit egentid och gruppcheferna samtalar med de boende om det.</p> <p>Aktivitetsansvarig fångar upp de boende som inte är med på aktiviteter och håller t.ex. enskilda samtal.</p> <p>Enligt anbud ska det föras statistik och aktiviteter med lågt deltagande bytas ut eller ändras. Boende med stora fysiska och kognitiva funktionsvariationer stimuleras genom musik, taktill beröring, reminiscens, fotografier, dofter mm. Dessa har inte erbjudits under 2021.</p> <p>Vidare kan den boende påminnas om aktiviteter via SAFI F-appen. 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>På äldreboendet genomförs enkät 1 gång/år för att utvärdera hur de boende upplever att VR och övrigt teknikstöd fungerar. VR har inte använts under 2021 och utvärdering av andra teknikstöd har inte gjorts.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Hot och våld</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för hot och våld.</p>
<p>Larm</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Larmens kvalitet kontrolleras dagligen. Signeringslista finns.</p> <p>Verksamhetschefen gör systematisk egenkontroll av larmsvar (d.v.s. den tid som den enskilde väntar på att få hjälp från då hen har larmat) och detta sker en gång i månaden. Egenkontroller har hittills varit utan anmärkning.</p>

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtroga med innebörden av tystnadsplikt och sekretess. Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten. Gruppcheferna fångar upp eventuella avsteg från förbindelsen och samtalar med de berörda.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Oskarsro</b> Rating 83																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>Oskarsro</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Organisationsnummer:</b></td> <td><b>556573-6450</b></td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga Äldreomsorg AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>dec-21</td> <td>18 086 136,00</td> </tr> <tr> <td>nov-21</td> <td>17 938 511,00</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>17 684 076,00</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Oskarsro</b>		<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556573-6450</b>	Namn:	Vardaga Äldreomsorg AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		dec-21	18 086 136,00	nov-21	17 938 511,00	okt-21	17 684 076,00
<b>Oskarsro</b>																					
<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556573-6450</b>																				
Namn:	Vardaga Äldreomsorg AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																					
dec-21	18 086 136,00																				
nov-21	17 938 511,00																				
okt-21	17 684 076,00																				

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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<sup>1</sup>.

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Polhemsgården
- Samtal med personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 30 november 2021. Verksamhetschef och enhetschef samt sex medarbetare intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 1 mars 2022.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har på grund av rådande pandemi arbetat delvis med att uppfylla avtalskraven samt anbudsutfästelserna under 2021.

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

Under 2021 har de mötesföremål där boendes och anhörigas synpunkter kan tillvaratas inte kunnat upprätthållas.

## 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

<sup>1</sup> På grund av lägre efterfrågan på permanenta platser har under 2020-2021 färre platser varit belagda.

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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
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	◆ 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.

## 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 nyanställdas introduktion.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska fortsätta med att fortbilda ombuden i sina respektive ansvarsområde.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 är ännu inte bedömd.	Anbud: Plan för genomförande av kompetenstrappa 0-18 behöver presenteras.
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för att implementera evidensbaserade arbetssätt på Polhemsgården och andra verksamheter i Solna
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att nattinsatser är individanpassade samt följer SKR:s rekommendation "Sätt ljus på natten".

## 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.	Överrapporteringarna behöver struktureras. Vem som har ansvar för överrapporteringen och hur överrapporteringen ska ske behöver förtydligas och implementeras hos medarbetarna.
⚪ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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: 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 pågår enligt plan.	Händelse av vikt ska dokumenteras och vid behov följas upp och utvärderas.
⚪ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att innehållet i genomförandeplanen är känt och efterlevs av samtliga medarbetare.
⚪ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Den enskildes eller företrädarens delaktighet vid upprättande av genomförandeplan behöver säkerställas. Vidare ska det framgå av dokumentationen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet.

## 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.	Anbud: Verksamheten behöver anpassa kommunikationen och informationen efter den enskildes kognitiva förmåga exempelvis genom bildstöd, digitala appar, AKK.

## 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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att omsorgsmåltid tillämpas av all personal.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta skapa förutsättningar för att måltidssituationen ska upplevas som en trevlig stund på dagen.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 är ännu inte bedömd.	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.	Vidta åtgärder 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 trivsamt samvaro på kvällarna.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att egentid erbjuds.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamhet ska säkerställa att utevistelse erbjuds.

## 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.	Egenkontroll av larmsvaren ska göras systematiskt och inte endast i samband med utredning av avvikelser och klagomål.

## Ekonomisk kontroll




### ● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	<p>Verksamhetschef leder ledningsmötet varje vecka. En gång i månaden finns ett förlängt ledningsgruppsmöte där det finns utrymme för fördjupning i olika områden. Enhetschef håller i HSL-möten varje vecka för legitimerad personal. Verksamhetschef håller APT varje månad där alla yrkeskategorier deltar. Gruppchef håller våningsmöten för omvårdnadspersonal på sin våning månadsvis där även omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar. Varje månad finns det olika rådsmöten där ombud för rådet deltar. Exempel på rådsmöten är kvalitetsråd och kostråd. På kvalitetsråd som verksamhetschefen håller, i deltar kvalitetsombud från varje avdelning, legitimerad personal samt gruppchefer. På de mötena går man igenom synpunkter, uppföljningsresultat och följer trenderna över tid. Protokoll skrivs. Under varje möte bestäms vad ska tas vidare, hur och när och en ansvarig för genomförandet utses. Förbättringsåtgärd dokumenteras och följs upp i Qualimax. Generella åtgärder tas upp på nästkommande APT. Kostråd hålls månadsvis där kostombud, kostansvarig och en av gruppcheferna deltar. Förutom att framföra synpunkter på maten och måltidssituationen arbetar man med olika teman. Exempel på teman är hållbarhet, dukning och måltidsmiljö. APT 10 gånger per år. En representant från varje avdelning samt en eller flera från natten deltar. Protokoll skrivs och är tillgängligt för samtliga medarbetare. Våningsmöten sker avdelningsvis där man tar upp frågor som är specifika för just den avdelningen. Mötet är för samtlig personal på den våningen och legitimerad personal. Gruppchef håller i mötet. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska håller veckovis i teammöte där tjänstgörande personal på våningen, arbetsterapeut, fysioterapeut och demensteam deltar. Möte med nattpersonalen sker en gång per termin. Tanken är att de medarbetarna ska delta i de övriga mötena. Flera förslag har diskuterats för att inkludera medarbetarna som arbetar nattetid i de möten som verksamheten har. Verksamheten under de senaste 12 månaderna utvärderat mötesstrukturen och ändrat mötesdag och tid för att effektivisera mötena.</p>
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	<p>Ledningen består av en verksamhetschef, fyra gruppchefer och enhetschef. Gruppchef har ansvar för omvårdnadspersonal och enhetschefen ansvarar för hälso- och sjukvårdspersonal. Måndag till fredag finns verksamhetschef och enhetschef på plats. Verksamhetschef och enhetschef täcker upp för varandra under semester och vid behov finns verksamhetschef på Ametisten eller annan verksamhet som stöd. Gruppchefen ansvarar för den dagliga arbetsledningen dagtid, måndag till söndag tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Under kvällar, helger och nätter finns det en sjuksköterska som är ansvarig arbetsledare. Gruppcheferna arbetar var sin helg enligt schema. Främsta uppgiften är då att säkerställa bemanningen, se till att det är trivsamt under helgen samt ta emot anhöriga och ung omsorg. Förutom de sedvanliga arbetsuppgifterna har varje gruppchef ett särskilt ansvarsområde t.ex. ansvar för att ta emot praktikanter och studerande, beställning av förbrukningsmaterial och nattbemanning. Gruppchef på varje avdelning har ansvar för nattmedarbetarna som arbetar på den våningen. Gruppcheferna har deltagit i Ambeas chefsutbildning och deltar i Solna stads ledarskapsutbildning för nyckelpersoner.</p>
IVO-tillstånd  3. Godkänd	<p>Verksamheten har erforderliga tillstånd för att driva särskilt boende inklusive dagverksamhet och korttidsboende. Verksamhetschef är godkänd av IVO.</p>

## Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten gör delvis en systematisk uppföljning av introduktionen. Närmaste chefen ansvarar för introduktion samt uppföljning av den. Uppföljningar har i vissa fall skett muntligt och inte dokumenterats. Den goda dagen, Basala hygienrutiner Livsmedelshygien, Social dokumentation, Jobba säkert med läkemedel – delegering (2 tim), Ambeas arbetsmiljöutbildning, GDPR, IT-säkerhetsutbildning, Grundläggande brandkunskap samt Vård i livets sista tid.</p> <p>Det har inte varit aktuellt med nyanställning av omsorgspersonal i verksamheten under större delen av 2021.</p>
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>92 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Samtliga medarbetare har en individuell utvecklingsplan. I samband med samtalen diskuteras medarbetarens kunskapsnivå när det gäller dokumentation och digital kompetens.</p> <p>Verksamheten har gått igenom ombudens kunskap inom sitt särskilda ansvarsområde, och om de är lämpade eller intresserade för uppdraget. En del har därför bytt ansvarsområde och i nästa steg ska de utbildas för att klara av sitt uppdrag.</p> <p>Verksamheten har infört digital läkemedelssignering. Övergång till digital signering har fungerat väl och mottagits positivt av medarbetarna. Det finns också möjlighet att föra socialdokumentation direkt i en applikation i mobilen.</p> <p>Verksamheten har tagit ett omtag kring demensombuden. Demensombuden är i enlighet med anbudet extra resurser två timmar per dag och avdelning, som har i uppgift att stötta sina kollegor dagligen. Demensombuden har fått utbildning, tydliga arbetsuppgifter och bär ombudsskylten när de arbetar som extra resurs. De säkerställer att bemötandepåren följs och fångar upp förbättringsområden som de sedan diskuterar med övriga i demensteamet.</p> <p>Verksamheten strävar efter att vid nyrekrytering anställa personal med specialistutbildning inom demens. Två omvårdnadspersonal som har tillsvidareanställts under året har specialistundersköterskekompetens inom demens.</p> <p>Demensteamet består av en sjuksköterska och en undersköterska med specialistutbildning inom demens. De handleder personalen, deltar i omvårdnadsarbete i syfte att skapa en personcentrerad vård och deltar i teammöten.</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 för att sprida kunskapen till andra verksamheter i Solna.</p> <p>Polhemsgården har samverkat med Ametisten och Oskarsro och låtit medarbetarna göra studiebesök hos varandra. En del studiebesök utanför Solna hann genomföras och en del planerade besök har ställts in pga pandemin.</p> <p>Verksamheten kommer att ta fram en plan för hur de arbetar för att leva upp till anbudet.</p> <p>Vidare har i anbudet angetts att en kompetenstrappa 0-18 månader ska implementeras. Ledningen har lagt in utbildningarna i årshjulet, en del är avklarade och en del som inte har genomförts pga pandemin planeras att genomföras under 2022.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	<p>Bemanning och eventuellt behov av fördelning eller förstärkning av resurs tas upp dagligen eller på ledningsgruppens möten. Verksamheten har gjort en schemaändring som föregicks av observation av vårdtyngd på olika tider på dygnet under en tid samt dialog med medarbetarna.</p> <p>Optiska sensorer är installerade men de används inte så mycket eftersom det finns dörrlarm i varje lägenhet som signalerar när boende har lämnat rummet. I samtal med nattmedarbetarna kom det fram att de gör tillsyn tre gånger per natt oavsett om behov föreligger eller inte. Verksamheten behöver beakta SKR:s rekommendationer för en personcentrerad och kvalitetssäkrad nattinsats.</p> <p>100% av de som arbetar har en tillsvidareanställning och det finns ingen schemarad som täcks återkommande med vikarier. Vikarietillgången är god och hittills har det inte varit större problem att täcka för sjukfrånvaro eller semester. Verksamheten har plan för driften i händelse av hög personalfrånvaro. Verksamheten lever upp till bemanningstätheten enligt anbud.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Bedömning av språknivå görs i samband med intervju genom dialog. 4 tillsvidareanställda avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Verksamheten har haft avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till att medarbetaren har valt att avsluta sin anställning. Rekrytering av nya vikarier inför jul- och sommarperioden påbörjas i god tid innan. Verksamheten har god tillgång till vikarier.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har tagit emot 32 undersköterskeelever och fem sjuksköterskestuderande under 2021 samt ett flertal praktikanter via arbetsförmedlingen. De som tar hand om elever har handledarutbildning. Flera aktiviteter har gjorts för att utöka samarbete med Silviahemmet, Lära, och Solna stads anhörig- och demensteam. Studiebesök på dagverksamheten på Silviahemmet har gjorts. Företagets demensansvarig har hållit i utbildning i "jag-stödande-förhållningssätt" för medarbetarna samt utbildning för anhöriga. Det finns rutin för extern samverkan. Samverkan behöver kompletteras med hur och när samverkan med Solna stads demensteam, Demensakademin, Silviahemmet och andra instanser, som man har lovat i avtalet, sker.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Överrapporteringen sker på ett strukturerat sätt. Till stöd finns checklista och rutin för överrapportering. Under överrapporteringen loggar en medarbetare, läser anteckningar och andra lyssnar. På det sättet blir överrapportering även ett tillfälle för lärande och reflektion. Tid för överrapportering finns i schemat. Varje dag sker en snabb avstämning för att checka av vad som har gjorts och hur man ligger till med planerade insatser samt om något avviker från planeringen. Tjänstgörande omvårdnadspersonal och minst en legitimerad personal deltar. Intern samverkan sker på teammöten och samtliga rådsmöten som anordnas enligt plan. Enligt anbud ska nattmedarbetarna delta på teammöte en gång i månaden för att återkoppla på nattinsatser i boendes genomförandeplan, val av ev. inkontinensmedel och hur natten fungerar. Medarbetare som arbetar natt deltar inte ofta i rådsmötena. Nattens delaktighet och vilka faktorer som kan underlätta för dem att delta i mötena dagtid har diskuterats med medarbetarna. Bland förslagen finns att natten arbetar kvällspass för att få helhetsbilden eller delta i möten digitalt.



## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor där verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal samt särskilt utsedd kvalitetsansvarig deltar. Nattmedarbetarna bjuds in till utbildningar och möten som hålls på dagarna. En representant från natten deltar i kvalitetsrådet. Var sjätte vecka genomförs en medarbetarundersökning. Verksamheten har arbetat aktivt för att öka delaktigheten i svarsfrekvensen. Barometern visar en ökad trend gällande delaktighet. Resultatet diskuteras med medarbetarna och förslag på förbättring tas fram och följs upp. Två gånger per år genomförs egenkontroller i en rad olika områden och resultatet följs upp av Vardagas kvalitetsavdelning. För att öka medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling fördelas ansvar för egenkontrollerna mellan dem. Resultat från tillsyner och granskningar kommuniceras till samtliga medarbetare på arbetsplatsträffar, HSL-möten och kvalitetsråd och de erbjuds att vara delaktiga i att ta fram förbättringsförslag. Rutiner går igenom med medarbetarna. Vissa rutiner behövs omarbetas och utvecklas efter input från medarbetarna. Viktiga rutiner tas upp vid lämpligt forum och reflekteras över genom att fråga vad av det här görs idag och vad är det vi inte gör och varför.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. För att öka personalens kunskap om vikten av att rapportera klagomål och avvikelser har detta diskuterats och lyfts upp under kvalitetsråd och APT. Information och uppmuntran ges även på planeringsdagar och i samband med introduktion.



Delområde	Kommentar
	<p>Utöver dessa har workshops har hållits, lathundar har tagits fram och man har fått öva på att skriva avvikelser. Åtgärderna har resulterat i ökad andel rapporter samt olika typer av avvikelser. Även antal registrerade klagomål och synpunkter har ökat vilket leder till att synpunkterna hanteras på ett mer systematiskt sätt. Återkoppling sker beroende på avvikelsernas karaktär på APT, de olika råden, våningsmöten, i den dagliga arbetsledningen eller individuellt. Samtliga medarbetare, eller i de fall då rapporten är sekretessbelagd då det bara är den som har skrivit rapporten, kan följa processen i Q-maxit.</p> <p>Avvikelseklassas 1-4 där 4 står för allvarliga händelser som har/kan ha lett till annans död. Denna klassifikation har skapat frågor i medarbetargruppen särskilt i de fall ledningen har ändrat allvarlighetsgraden till lägre nivå. Verksamheten behöver reda ut klassifikationerna för att undvika missförstånd.</p> <p>Medarbetarna som deltog i samtal upplever att de ibland inte hinner med att utföra vissa uppgifter. Någon avvikelse rapport med anledning av detta inte har skrivits. Generellt önskar medarbetarna att deras kunskap om vad som är avvikelse ska förbättras.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamhetens rutiner finns tillgängliga för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt i pärm och på intranätet. Regelbunden genomgång av nya samt viktiga rutiner sker under APT/våningsmöten/avstämningar. Speciellt om det uppmärksammas brist i följsamhet.</p> <p>Fokus har även legat på dokumentation inom HSL och SOL. Mål i verksamheten har varit att tydliggöra vikten med strukturerad kontakt med närstående och genomförandet/utnyttjandet av egentid samt arbete med BPSD-registreringar med åtgärder.</p> <p>Det har gjorts dokumentationsgranskningar både inom Sol och HSL, speciellt inom områden där det har funnits brister tidigare. Brister har sedan återkopplats för åtgärd. Uppföljningar att det finns dokumenterat kontakt med närstående och utnyttjat egentid. Uppföljning av antal genomförda BPSD-registreringar efter inflyttning.</p> <p>Omfattande egenkontroll inom en rad olika områden genomförs två gånger per år. Det är ca 220 frågor som ska besvaras. Exempel på områden som omfattas är: systematiskt arbetsmiljöarbete, avvikelseprocessen, rapporteringsskyldighet, synpunkter och klagomål, systematiskt brandskyddsarbete, dokumentation, en meningsfull dag, basala hygienrutiner, delegeringar, läkemedelshandling, medicintekniska produkter, introduktion, inkontinensvård, vård i livets sista tid, mat och måltider, miljö, mötesforum, rekrytering, risker gällande den enskilde och värdegrundsarbete. Om svar på en fråga är nej eller delvis skapas det automatiskt ett förbättringsområde i Q-maxit. Handlingsplan tas fram som sedan följs upp och utvärderas. Verksamhetschef gör en prioritering av åtgärder och utser en ansvarig för varje område och fastställer datum för när åtgärderna ska vara genomförda och hur uppföljning ska ske.</p> <p>Uppdatering av Riskanalyser har gjorts på brand, It, Telefoni, larmsystem, elförsörjning, leveranser, väderpåverkan, förändringar i organisation, bemanning, hot och våld och nyckelhantering. Risk för smitta, risk för underbemanning Covid-19 samt risk för brist på skyddsmaterial och förbrukningsmaterial. Riskbedömning i samband av öppnande av dagverksamhet.</p> <p>Verksamheten har infört digital läkemedelssigenering samt mobilt arbetssätt under 2021.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>IBIC, som dokumentationsmodell, implementerades under 2019.</p> <p>Som ett led att skriva heltäckande genomförandeplaner har ansvaret för upprättandet tilldelats demensteamet eller gruppchefer. Kontaktmannen är inte alltid delaktig när planen skrivs. Kontaktmannen ansvarar för att informera kollegor om förändringar i genomförandeplanen och att man ska läsa det som är uppdaterat i Safe-Doc.</p> <p>Eftersom kontaktmännen inte alltid deltar vid upprättande av genomförandeplanerna behöver verksamheten säkerställa att upprättad plan är känd och efterlevs av medarbetarna.</p> <p>Den boende deltar oftast inte när genomförandeplanen upprättas eller uppdateras.</p> <p>I samband med uppföljningen granskades fem genomförandeplaner. Delaktighet och på vilket sätt den enskilde har varit delaktig framgick av samtliga planer. Den enskildes kommunikativa förmåga och behov av hörapparat och hjälp</p>

Delområde	Kommentar
	<p>i samband med användningen framgick av samtliga planer. Behov av nattinsatser framgick av planerna men fortfarande görs tillsyn tre gånger per natt oavsett hjälpbehov.</p> <p>Rutin finns för hur information om förändringar i genomförandeplaner/bemötande planer rapporteras till övriga i arbetsteamet. BPSD-skattning görs på alla vid inflyttning.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Information om att genomförandeplaner är uppdaterade fanns inte dokumenterat, vilket ska göras enligt rutin.</p> <p>Det dokumenteras övervägande information av ringa betydelse i journalerna. Det förekom anteckningar om händelse av vikt men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa saknades. Det fanns en del anteckningar av hälso- och sjukvårdskaraktär utan någon koppling till den dagliga aktiviteten. Det förekom vissa värderingsord i journalerna.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Fyra gånger per år gör verksamhetschefen en strukturerad egenkontroll av den sociala dokumentationen. I samband med egenkontroll av dokumentationen granskas det vilka som har varit medverkande vid upprättande/revidering av genomförandeplanen.</p> <p>Verksamheten har genom uppföljning och information/utbildning/handledning bidragit till förbättring av den sociala dokumentationen.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	<p>I de fall den enskilde inte kan uttrycka sig verbalt säkerställs delaktighet i upprättande/uppdatering av genomförandeplanen genom levnadsberättelser som anhöriga fyller i samt personalens observationer av boendes kroppsspråk, känslomässiga och fysiska reaktioner.</p> <p>Det finns möjlighet att använda digitala verktyg. Verksamheten har provat enklare bildstödsmaterial och Google translate i de fall den enskilde talar annat språk än svenska. Verksamheten har som mål att fortsätta anpassa kommunikationen efter den enskildes kommutativa förmåga i enlighet med anbudet. Som ett led i detta kommer behov av olika kommunikationsstöd att synliggöras i genomförandeplanerna.</p> <p>Verksamheten arbetar aktivt för att begränsningsåtgärder inte förekommer. Förutom återkommande information på olika möten har man vidtagit tekniska åtgärder för att exempelvis hindra att personal kan dra upp sänggrinden när ordination saknas. På teammöten går man igenom skyddsåtgärder och följer upp dessa.</p> <p>För att förbättra kommunikationen och som ett led att minska den besvärande ensamheten har flertal medarbetare deltagit i hörselutbildning, som Solna stad har erbjudit. Det finns flera hörselombud i verksamheten som har deltagit i nätverksträffar som förvaltningen har anordnat. Ansvarsbeskrivning för ombuden kommer att tas fram.</p> <p>Enligt anbud ska kontaktmannen ha veckoavstämning med den enskilde för att höra hur veckan har varit. För att möjliggöra detta behöver metod för hur avstämningar ska ske anpassas efter den enskildes kognitiva förmåga. Vidare ska vid inflyttning säkerställas att hjälpmedel fungerar, t ex den boendes glasögon och hörapparat, i syfte att ge rätt förutsättningar för den boende att kunna vara delaktig. Dessa sker delvis idag.</p> <p>Uppföljning av inflyttningsprocessen sker i stort sett fyra veckor efter inflyttning mellan verksamhetschef och boende. Gruppchef har regelbundna uppföljningsmöten med boende/anhöriga om hur kontaktmannaskapet och delaktigheten upplevs.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Kontaktman genomgår årligen en webbaserad utbildning i den goda dagen där uppdraget beskrivs. Det finns en skriftlig uppdragsbeskrivning som medarbetare årligen skriver under. Kontaktmannen (KM) går kontaktmannautbildning som avslutas med prov för att få certifikat i kontaktmannaskap. Uppdraget följs upp och utvärderas i samband med målsamtal.</p> <p>Samtliga boende har en utsedd kontaktman nattetid som ansvarar för att beskriva den enskildes behov av nattinsatser.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration går hand i hand med Vardags koncept för Den goda dagen vilket verksamheten arbetar aktivt med. De boende och närstående får deklARATIONEN vid inflytt.</p>



Delområde	Kommentar
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	<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>Information om tillfälliga förändringar är en egenkontrollfråga som besvaras av medarbetare två gånger om året. Om svaret blir nej eller delvis skapas ett förbättringsområde. Frågor såsom: vid vilka tillfällen information missas och hur man ska göra för att förbättra har diskuterats och åtgärder har vidtagits för att förbättra informationen.</p> <p>Verksamheten använder sig av SKR:s checklista för framgångsfaktorer för god och säker natt. Bland annat följs konceptet "Den goda natten".</p> <p>För att tillgängliggöra miljön har flera åtgärder vidtagits. Möbler har införskaffats för att få ett mer harmoniskt intryck. I vissa fall har markering med starka färger gjorts i den boendes rum och skyltar har satts upp för att underlätta att kunna hitta. Flera åtgärder har vidtagits för att förbättra ljussättningen och för att dämpa ljudet på våningarna.</p> <p>Informationsbrev skrivs månatligen och skickas till anhöriga. Viktig information sätts upp på anslagstavlan och i hissarna.</p>

## Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	<p>Reflektionsträffar har erbjudits i enlighet med certifieringskrav avdelningsvis. Samtliga medarbetare genomför en webbaserad utbildning i "Vår värld" som är Vardagas värdegrund. Värdegrund lyfts under planeringsdagar samt återkommande på APT. Under fredagsfika lyfts frågeställningar som diskuteras utifrån värdegrunden. T.ex. förs diskussioner om det som sägs eller görs är i linje med ett självbestämmande eller faktum att det är den enskildes boende vi arbetar inom. Värdegrunden är en del av medarbetarsamtalet. Frågorna sammanställs och delges till natten.</p> <p>I anbudet beskrivs att om resultatet i brukarundersökningen är lägre än lovat ska extra insatser i form av utbildning av högskoleutbildad värdegrundsspecialist och/eller ärendehandledning till arbetsgrupp av extern handledare erbjudas. Polhemsgårdens resultat för 2020 var lägre än vad som hade lovat och verksamheten har arbetat för att förbättra resultatet.</p> <p>Enkät för närstående har gjorts under hösten 2021 och beställaren kommer att ta del av resultatet samt planerade åtgärder i januari 2022.</p>
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	<p>Det finns en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Skriftlig information skickas ut månatligen. Anhöriga bjuds in till ankomstsamtal, erbjuds stödsamtal och utbildning. Efterlevnadsamtal erbjuds och upplevelsen i samband med vård i livets slutskede följs upp.</p>

## Mat och måltider




Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	<p>Menigo säkerställer att kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.</p> <p>Matens temperatur kontrolleras dagligen och signeras.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Kontaktmannen inhämtar synpunkter och önskemål från boende och framför det till kostombudet som lyfter det i kostråd, samt genom måltidsobservationer. Kostombuden återkopplar även vilka maträtter som de boende gillat och inte gillat. Verksamhetschefen följer upp med "stickprov" hur maten/måltiden upplevs i nära anslutning efter de avslutat detta då de flesta kan återberätta sin upplevelse</p> <p>Polhemsgården har haft som mål att förbättra måltidsmiljön. Måltidsobservationer har gjorts och har filmat resan för att visualisera utvecklingen.</p> <p>Måltidssituation har gjorts av medarbetare från en annan våning med stöd av en checklista. Utifrån resultatet har man nu sett över serveringen och börjat tillämpa karottservering samt inkludera de boende i förberedelserna.</p> <p>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.</p> <p>I samband med besöket observerade måltidssituation på en avdelning. Maten tillagas i mittenavdelningen och flera boende hjälper till med matlagningen och de äter sedan tillsammans.</p> <p>Åtta boende åt vid två olika bord. Flera dryckesalternativ erbjöds. Vid ena bordet</p>

Delområde	Kommentar
	tillämpades karottservering och vid det andra bordet fick de boende hjälp med att lägga upp maten på tallriken. Två medarbetare arbetade varav den ena serverade maten och den andra hjälpte dem som behövde stöd. Maten både visades och presenterades för de boende. Personalen arbetade sansat och måltidssituationen upplevdes lugn. Personalen hjälpte till när det behövdes utan att ta över. Bland förbättringsområden kan det nämnas att det tog 20 minuter från att alla satte sig till bords till att maten var klar för servering. Omsorgsmåltid tillämpades inte eftersom personal behövde ha munskydd och kunde därmed inte äta tillsammans med de boende.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>För att påminna medarbetarna att erbjuda egentid har tiden schemalagts för att betona vikten av det. Gruppchef planerar varje vecka egentid samt följer upp detta. Enligt ledningen får majoriteten av de boende egentid under en genomsnittsvecka. Enligt medarbetarna kan den schemalagda tiden vara förlagd mellan klockan 19-20 på kvällen vilket inte är optimalt. Verksamheten är medveten om det och kommer framöver att överlåta ansvaret till medarbetarna att planera och erbjuda egentid och därmed fokusera mer på att följa upp att insatsen blir genomförd.</p> <p>Verksamheten har ett arbetssätt för att identifiera och minska den besvärande ensamheten. Identifierat problem diskuteras på teammöten där även förslag på åtgärder tas fram. Verksamheten har arbetat i enlighet med Solna stads anvisning för att systematisera arbetet. Tio enkäter har använts och skickats in.</p> <p>Cykeltaxin, som verksamheten har tillgång till, har använts sporadiskt. Vardaga har anlagt ett hönshus på tomten som har varit välbesökt av de boende under sommaren.</p> <p>Aktiviteter planeras både lördag och söndag. Ung omsorg besöker verksamheten under helger. Gruppchefen som tjänstgör under helgen hjälper till med olika aktiviteter.</p> <p>Under 2021 har det inkommit flera klagomål från anhöriga som har handlat om brist på aktiviteter och utevistelse. Verksamheten har vidtagit en rad åtgärder för att öka möjlighet till en social samvaro på kvällen. Bland annat har man sett över bemanningen kvällstid samt ändrat tiden då middagen serveras för att spendera längre tid tillsammans med boende. Verksamheten har under 2021 deltagit i projektet "Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" med särskilt fokus på måltidssituationen. Projektet är slutfört och verksamheten behöver planera för hur de goda resultaten kan bibehållas.</p> <p>Verksamheten har undersökt möjligheten att anlägga ett utegym i enlighet med anbudet.</p> <p>Under 2021 har Vardaga pga. pandemin inte anordnat nätverksträffar för aktivitetsansvariga. Tanken med träffarna är att genom föreläsningar och studiebesök sprida kunskap om aktiviteter inom organisationen.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	Verksamheten har lokala rutiner för hot och våld som omfattar åtgärder vid hot eller våld mellan boende, våld från personal mot boende samt våld i nära relation.
Larm  2. Delvis godkänd	<p>Få boende använder trygghetslarm för att påkalla hjälp. Däremot används rörelselarm eller dörrlarm för att uppmärksamma personalen på eventuella hjälpbehov. I verksamheten finns optiska sensorer som används under nattetid på allmänna utrymmen.</p> <p>Larmens kvalitet ska enligt rutin kontrolleras dagligen i samband med att man påbörjar sitt pass. Följsamheten kan förbättras, enligt ledningen.</p> <p>Egenkontroll av larmsvaren görs inte systematiskt utan endast i samband med utredning av avvikelser och klagomål.</p>
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	All personal har tagit del av information om tystnadsplikt i samband med nyanställning. Informationen upprepas vid medarbetarsamtal samt en gång per på APT. Gruppchefer på varje avdelning ansvarar för att utan dröjsmål samtala med medarbetarna om sekretessförbindelserna åsidosätts.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Polhemsgården</b> Rating 83						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p><b>Polhemsgården</b></p> <hr/> <p><b>Organisationsnummer:</b> <b>556573-6450</b></p> <p>Namn: Vardaga Äldreomsorg AB</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</p> <table> <tr> <td>dec-21</td> <td>18 086 136,00</td> </tr> <tr> <td>nov-21</td> <td>17 938 511,00</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>17 684 076,00</td> </tr> </table>	dec-21	18 086 136,00	nov-21	17 938 511,00	okt-21	17 684 076,00
dec-21	18 086 136,00						
nov-21	17 938 511,00						
okt-21	17 684 076,00						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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<sup>1</sup>.

År 2021 gjordes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring de ovanbeskrivna kriterierna.

För att rapporten ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har uppföljningen dessutom innefattat följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Skoga
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 27 september 2021. Ledningsgruppen, tre medarbetare samt två boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 17 januari 2022.

## Sammanfattande bedömning

Under 2021 har verksamhetsledningen haft stort fokus på att minska smittoriskerna med anledning av pågående pandemi.

På grund av restriktioner har kvalitetsråd, boråd samt anhörigräffar inte kunnat upprätthållas. Arbete med att höja medarbetarnas digitala kompetens har fortgått, språkbud har utbildats och flertal medarbetare har påbörjat specialistutbildningar.

Verksamheten behöver utveckla det systematiska kvalitetsarbetet och utföra egenkontroller i större utsträckning.

## 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

<sup>1</sup> Under 2020-2021 var antalet belagda platser färre och en särskild avdelning för vård av Covid-19 sjuka inrättades.

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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	◆ 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

◆ 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.	Nuvarande verksamhetschef ska anmälas till IVO.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

## 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.	Verksamheten behöver främja samverkan mellan dag- och nattpersonal för att skapa en individanpassad vård och omsorg.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att rutin för hantering av informationsflöde mellan anhörig och personal och personal emellan är väl förankrad hos samtliga



Status	Utvecklingsområden
	medarbetare.

## 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 pågår enligt plan.	Säkerställa att all personal är väl förtrogen med bestämmelser om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Säkerställa att boende kontinuerligt får återkoppling på hur deras synpunkter och klagomål hanteras.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna känner till vad som kan betraktas som SOL-avvikelse och att rapportering sker.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver ta fram en skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras.

## 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.	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 är ännu inte bedömd.	Information om vad och i vilka moment den enskilde är självständig behöver förtydligas i genomförandeplanen.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Det ska förtydligas i genomförandeplanerna hur den enskilde har varit delaktig i upprättande eller vid uppdatering.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Den enskildes behov av hjälp nattetid behöver förtydligas i genomförandeplanen.

## 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.	Ledningen behöver säkerställa att information om viktiga händelser delges boende och anhöriga
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver utveckla ett arbetssätt för att ta reda på vilken information den enskilde efterfrågar och därefter informera den enskilde på ett anpassat sätt. Arbetssätt ska implementeras hos medarbetarna och följas upp.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Innehållet i kvalitetsdeklarationen ska vara känd av medarbetare och de boende.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska återupprätta lämpliga forum för att ta reda på de boendes synpunkter i frågor som berör dem. Återkoppling av vidtagna åtgärder ska ske kontinuerligt.

## 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 förutsättning för 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 med avvikelse.	Verksamheten behöver tillämpa arbetssätt för att uppmärksamma och åtgärda den besvärande ensamheten
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver se över aktivitetsutbudet och tillgodose den enskildes önskemål i större utsträckning.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att egentid erbjuds.

## 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	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.  Verksamheten har utbildat några medarbetare till språkbud som bl.a. kommer att ha i uppdrag att gå igenom rutinerna utifrån språkaspekten för att underlätta för kollegorna att förstå innehållet i rutinerna.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har det övergripande ansvaret på Skoga. Fyra enhetschefer ansvarar för leda och fördela arbetet på sina respektive våningar. Sjuksköterska finns dygnet och är arbetsledare på kvällar, nätter och helger. Vid behov kan trygghetsjouren kontaktas.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Då Skoga drivs i kommunal regi krävs inget IVO-tillstånd för driften av verksamheten. Nuvarande verksamhetschef var inte anmäld som föreståndare hos IVO.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Ansvarig enhetschef ansvarar för uppföljning av introduktionen. Enhetschefen tillser en handledare som ansvarar för introduktion av den nyanställda medarbetaren. Verksamheten behöver sträva efter att de som tar emot praktikanter eller ansvarar för introduktion har gått handledarutbildning. Demens ABC, Basala hygienrutiner och säker läkemedelshantering ingår i grundläggande utbildningar under introduktion. Deltagande i webbutbildningar har i vissa fall fördröjts pga. tekniska svårigheter.  Medarbetare som deltog i samtal berättade att de har tydliga rutiner och checklistor för introduktionen. Den som introducerar får möjlighet att avsätta tid för genomgång med eleven eller den nyanställda. Vid behov kan introduktionstiden förlängas. Enhetschef tar emot checklistan och kollar av att alla punkter är genomgångna. Uppföljning av den nyanställdes kunskapsnivå sker i samtal med medarbetarna eller genom observation men ska förtydligas skriftligt i rutinen.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	97 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. 90% av tillsvidareanställda har kompetensutvecklingsplan per 1 oktober. Som ett led i att arbeta strategiskt med kompetensutveckling kommer verksamheten att inkludera inlärnings- och utlärningsmetoder, språknivå samt digital kompetensnivå i planen. Två undersköterskor har specialistundersköterskekompetens inom demens. Under hösten 2021 kommer ytterligare fyra medarbetare, varav en sjuksköterska och tre undersköterskor, att påbörja specialistutbildning inom exempelvis Psykiatri och Äldres hälsa. Verksamheten Silviaomcertifierades 2020. På vissa avdelningar har man fortsatt under 2021 att tillämpa reflektion som inlärningsmetod i samband med överrapporteringstillfällen. Enligt medarbetarna som arbetar på dessa avdelningar, sker detta strukturerat och vid varje rapporteringstillfälle. Ledningen har för avsikt att återuppta reflektionstiden på samtliga avdelningar. Med tanke på pandemin har mycket fokus legat på utbildningar i basala hygienrutiner. Medarbetarna önskar utbildning i bland annat bemötande och kommunikation.



Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	För att förbättra kontinuiteten har verksamheten sett över scheman i syfte att minska andel vakanta rader och därmed minska andel timanställda. De medarbetare som har önskat höja sysselsättningsgraden har fått möjlighet att boka upp sig på de pass som inte är tillsatta av fast personal. 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.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Två tillsvidareanställda sjuksköterskor avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Verksamheten erbjuder avslutningssamtal i syfte att ta reda på orsaken till avslut. Främsta orsaken har i dessa fall varit missnöje med lönen. Verksamheten arbetar strategiskt för att locka nya medarbetare och behålla de befintliga genom att erbjuda möjlighet till vidareutbildning och trygga anställningsförhållanden såsom möjlighet till heltidsarbete samt 37 timmars arbetsvecka.

## Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har under våren 2021 tagit emot 30 elever och studerande. Verksamheten har rutin för samverkan med externa parter. Av rutinen framgår varför och hur samverkan sker, vem som är ansvarig för att detta ska ske. Rutinen omfattar korttidsboende och dagverksamhet.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Rapportering enligt Triagemodell säkerställer att omvårdnadspersonal tar del av rapport om viktiga händelser i samband med skiftbyte på morgon, eftermiddag och kväll/natt. Enhetschefer deltar vid morgonrapporten flera gånger i veckan. Medarbetarna känner sig trygga med modellen och upplever att den hjälper dem att skapa en strukturerad överrapportering. Samverkan mellan dag- och nattpersonal sker idag i samband med överrapportering. Nattmedarbetarna är välkomna att delta vid APT samt nattmöte en gång per termin. Nattmedarbetarna antecknar de boendes behov av nattinsatser i genomförandeplan. Dag/natt och natt/dag ska ha löpande dialog kring boende både muntligt och i journal för att den boende ska få individanpassad vård och omsorg. Det har under 2021 inkommit flera rapporter som har handlat om bristande kommunikation mellan anhörig och personal, medarbetarna emellan, bristfällig dokumentation samt sen återkoppling.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Alla medarbetare erbjuds möjlighet till delaktiga i kvalitetsarbetet. Medarbetare som arbetar natt deltar inte fysiskt på mötena men har tillgång till minnesanteckningar. Verksamheten har två kvalitetsansvariga per våning. 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 överrapporteringstillfälle. Representant från natt deltar inte i kvalitetsrådet. Kvalitetsansvariga har schemalagd tid (fyra timmar/vecka) för att arbeta med kvalitetsutveckling. Kvalitetsansvarigas uppdragsbeskrivning behöver förtydligas. Bland aktiviteter som verksamheten har genomfört för att öka medarbetarnas möjlighet att delta i verksamhetens kvalitetsarbete kan digital kompetenssatsning, heltidsresa, utbilda språkbud samt kvalitetsansvarig nämnas. Enhetschefer är representerade i alla mötesfora. Inför kvalitetsrådsmöten får alla deltagare dagordning med innehåll och möjlighet att påverka dagordningen. Frågor gällande kvalitet tas upp på APT och uppföljningssamtal/medarbetarsamtal. Närmaste chef följer upp att all personal arbetar utifrån Skogas rutiner. Kvalitetsråd har inte kunnat upprätthållas under pandemin men kommer att återupptas under hösten.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Avvikelse skrivs på särskilda blanketter. För att underlätta för medarbetarna att skriva avvikelserapporter har verksamheten förenklat blanketten. Ledningen anser att antal rapporterade avvikelser är fortsatt få trots denna ändring. Information om vikten av att rapportera klagomål och avvikelser delges på APT.</p> <p>I samtal med medarbetarna kommer det fram att kunskap om vad som betraktas som avvikelser behöver förbättras. De medger att vissa avvikelser hanteras direkt mellan kollegorna och framförs därmed inte vidare till enhetschefen.</p> <p>Verksamheten saknar skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras.</p> <p>Rapporterade avvikelser samlas i en pärm. De sammanställs och effekt av vidtagna åtgärder utvärderas. Ledningen är medveten om att avvikelshanteringsprocessen behöver förtydligas och utvecklas.</p> <p>Förbättringsarbete pågår i verksamheten.</p> <p>Under 2021 har en händelse rapporterats enligt Lex Sarah. Utredning pågår fortfarande.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<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, läkemedelsutbildning.</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>



## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Information om förändringar i genomförandeplaner/bemötandeplaner rapporteras till övriga i arbetsteamet via daglig överrapportering och på teammöte. Enligt rutin ska genomförandeplaner uppdateras två gånger per år.</p> <p>Digital kompetensledare samt superanvändarna stöttar medarbetarna med dokumentationen. Medarbetarna uppmanas att ta del av webbaserad utbildning i dokumentation. Enhetscheferna följer upp detta inför medarbetarsamtal.</p> <p>Vid uppföljningstillfället granskades fem genomförandeplaner.</p> <p>I fyra av fem planer var datum för uppdatering äldre än 6 månader.</p> <p>Information om den enskildes kommunikativa förmåga, hörapparat, glasögon samt munhälsa saknades i samtliga planer. Det fanns delvis information om vad den enskilde klarar av på egen hand.</p> <p>Det framgick inte av planerna på vilket sätt den enskilde var delaktig i upprättande av genomförandeplanen.</p> <p>Den enskildes behov av hjälp nattetid framgick tydligt endast i en av de granskade planerna.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>De flesta anteckningar handlade om händelse av vikt. Uppföljning av vidtagna åtgärder dokumenterades delvis. I vissa fall framkom viktig information i löpande anteckningar som inte fanns med i genomförandeplanen.</p> <p>Få anteckningar från nattetid fanns att läsa.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Inför medarbetarsamtal och vid behov utför verksamheten en strukturerad egenkontroll av den sociala dokumentationen.</p> <p>Enligt ledningen har det skett en markant förbättring men dokumentation avseende händelser av vikt och avvikelse från genomförandeplanen behöver utvecklas.</p> <p>Resultat av egenkontroller delges medarbetarna på APT och genom samtal med de berörda. Digital kompetensledare och superanvändarna är också behjälpliga med individuella samtal och stöd till medarbetare som behöver det.</p>



## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Den enskildes samtycke gällande skyddsåtgärder inhämtas alltid innan åtgärder ordinerar. Uppföljning av skyddsåtgärder sker på teammöten enligt triagemodellen.</p> <p>Facetime används i vissa fall för att underlätta kommunikationen mellan den enskilde och anhöriga.</p> <p>Under pandemin har boråd inte kunnat upprätthållas. Boende som deltog i samtal saknade de gemensamma aktiviteterna över våningsgränsen. En boende uttryckte önskemål om att få tid för samtal med personal. Personal frågade om synpunkter men återkoppling om vilka åtgärder man eventuellt har vidtagit sker inte, enligt de boende.</p> <p>Verksamheten bedömer att kvalitetsdeklaration är känd hos de flesta medarbetare men behöver ta ett omtag för att säkerställa att alla medarbetare och boende känner till vad innehållet står för.</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.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har delvis arbetssätt för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga men saknar skriftlig rutin för detta.</p> <p>Informationsbrev till boende och anhöriga skrivs inte regelbundet utan endast vid behov.</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>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska ges.</p>

## Mat och måltider




Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  2. Delvis godkänd	<p>Vid kontroll saknades temperaturmätning för augusti och september.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	<p>Synpunkter på måltiden fångas upp och hanteras i stunden, vid måltiden. Synpunkter som framförs av flera tas upp med köket. Ledningen upplever att det är svårt att få gehör från matleverantören när synpunkter framförs. I enstaka fall har kocken haft samtal med de boende som har varit missnöjda med maten.</p> <p>Menyn bestäms centralt och enligt ledningen finns det inte så stor påverkansmöjlighet.</p> <p>Avvikelse kring maten ska skrivas digitalt i leverantörens avvikelshanteringsportal vilken enligt ledning inte är så användarvänlig. Detta kan i sin tur medföra att avvikelser inte skickas till leverantören.</p> <p>Medarbetarna har ansvar för måltidsobservation på andra avdelningar än sina egna. Det har varit ett uppskattat och lärorikt sätt att utveckla måltidssituationen. Observationer har inte kunnat genomföras pga. pandemin men planeras att återupptas under hösten.</p> <p>De boende som deltog i samtal var inte nöjda med matens smak som delvis var relaterad till borttappat lukt- och smaksinne efter Covid-19.</p> <p>Verksamheten har ställt frågan om det kött som serveras på Skoga kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte och enligt leverantören lever de upp det till kravet.</p> <p>Vid uppföljningstillfället observerades måltidssituationen på en demensavdelning. Två medarbetare hjälpte fyra boende som åt i matsalen samt två boende som hade valt att äta på sina rum.</p> <p>Det fanns två maträtter att välja mellan och maten visades för de boende. En boende behövde initialt ha hjälp för att klara av att äta på egen hand. Personal</p>

Delområde	Kommentar
	kände till hur detta skulle göras och tog inte över utan fanns där som stöd. Samtal för att skapa en trivsamt måltidssituation förekom inte i någon större utsträckning och personal kunde inte ta i pedagogiskt syfte då de använde munskydd.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  2. Delvis godkänd	<p>Verksamhetens arbete med att uppmärksamma och avhjälpa den besvärade ensamheten har inte löpt på enligt plan. Endast en enkät har använts mellan mars 2020 och september 2021. Rutiner som verksamheten har haft för avsikt att införa under våren 2021 hade inte hunnit implementeras fram till september 2021. Verksamheten planerar att under hösten införa en ny rutin i syfte att uppmärksamma ensamhet redan vid inflytt. Kontaktmannen ansvarar för att utifrån en enkät fånga upp eventuella tecken på besvärade ensamhet. Enkäten kommer även att användas för korttids-/växelvårds- och dagverksamhetsgäster.</p> <p>Det finns en grundplan för aktiviteter som man utgår ifrån. Aktiviteter planeras dagligen utifrån grundplanen tillsammans med de boende. De boendes möjlighet att påverka grundplanen varit begränsade under pandemin. Gröna knappar ska användas för att tydliggöra vem som ansvarar för aktiviteter men detta görs inte alltid. Verksamheten har deltagit i projektet "meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" under hösten 2021.</p> <p>Kulturcafé har startat i liten skala under våren. Under våren 2021 har tre större kulturaktiviteter genomförts våningsvis. Promenader och utevistelse erbjuds efter den enskildes eget önskemål. Aktiviteter erbjuds såväl under vardagar som helger. Enhetschef har uppföljningssamtal med sina medarbetare en gång/vecka där egentid tas upp. Egentid planeras i dagplaneringen och erbjuds i samråd med den enskilde. Ledningen uppskattar att alla boende får egentid med sin kontaktman en genomsnittsvecka. Detta har inte verifierats med hjälp av signeringslista eller liknande.</p> <p>De boende som deltog i samtal upplevde att personal frågade om de ville gå ut på promenad eller så kunde de själva framföra önskemål om detta. En boende berättade att aktiviteter som erbjuds är enahanda vilket gör att antal deltagare sjunker. Den aktivitet som hon var intresserad av erbjöds inte så ofta.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för våld och hot som innefattar: hot och våld mellan brukare, från utomstående, i nära relation och där personal är inblandade.
Larm  3. Godkänd	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.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtrogna med innebörden av tystnadsplikt och sekretess vid nyanställning, på APT samt vid behov. Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2021

---

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.

År 2021 gjordes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av tio kriterier; ledning och organisation, personal, samverkan, kvalitetsutveckling, ledningssystem, social dokumentation, självbestämmande, integritet, bemötande, aktiviteter och fritidsintressen samt säkerhet. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring de ovanbeskrivna kriterierna.

För att uppföljningen ska återge en så heltäckande bild som möjligt av verksamheten har enkätsvaren kompletterats med följande:

- Uppföljning av utvecklingsplan för 2020
- Observation av måltidssituationen
- Samtal med ledningen på Tryggheten
- Samtal med boende och personal
- Granskning av socialdokumentation med fokus på avböjda insatser samt det som avviker från genomförandeplan
- Uppföljning av anbudsutfästelser

Uppföljningsbesöket var förannmält och genomfördes den 11 november 2021. Tf. verksamhetschef, kvalitetschef, regionchef, fem medarbetare samt sex boende intervjuades under uppföljningsdagen.

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

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning. Utvecklingsplanen ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda senast den 20 januari 2022.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft ett chefsbyte under 2021. Nuvarande verksamhetschef är tillförordnad och rekrytering av ny chef pågår. Detta i kombination med rådande pandemin kan ha bidragit till att utvecklingsarbetet till viss del har tappat fart.

Verksamheten har delvis arbetat med utvecklingsplanen. Arbeta med att leva upp till anbudsutfästelser har delvis drivits.

De boende uppger att de är nöjda med personalens bemötande och känner sig trygga med sitt 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
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2020	Resultat 2021
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 anhängighet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	◆ 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

◆ 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 återskapa nödvändiga möten för att främja verksamhetsutvecklingen.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att nattmedarbetare kan delta i möten som behövs för att främja deras delaktighet i utvecklingsfrågor.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Nuvarande föreståndare behöver anmälas hos IVO.

## 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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver göra riskanalys och uppmana medarbetarna till att rapportera avvikelser när schemalagd tid ändras.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ta fram en generell plan för att uppmuntra medarbetarna till vidareutbildning.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Enligt anbud ska det finnas Kvalitetshandledare med särskilt ansvar för handledning i verksamheten.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan på hur anbudslöften gällande

Status	Utvecklingsområden
bedömd.	kompetensutveckling kan genomföras. t.ex. diplomering av kontaktman, tillgång till kvalitetshandledare samt införande av kompetenstrappan

## 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.	Verksamheten behöver öka samverkan mellan dag- och nattpersonalen i syfte att skapa mer individanpassad vård och omsorg för den enskilde.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska arbeta aktivt med att erbjuda APL i större utsträckning.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver ha arbetssätt för att förankra rutinerna i verksamheten.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att ombuden har tillräckligt med kunskap för sitt uppdrag samt ges möjlighet att kunna delta i verksamhetsutvecklingen.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att varje medarbetare har god kännedom om vad SoL-avvikelse är och hur det 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 med avvikelse.	Den enskildes delaktighet och på vilket sätt ska förtydligas i genomförandeplanen.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation om händelse av vikt behöver utvecklas, följas upp och utvärderas.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver förbättra medarbetarnas kunskap om varför och hur dokumentation ska ske.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Vad den enskilde klarar av och hur den enskildes hjälpbehov ser ut och hur detta ska tillgodoses behöver förtydligas i genomförandeplanerna.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Dokumentation enligt IBIC ska införas.

## 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 ta fram en rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten behöver förtydliga de processer som leder till ökad delaktighet för de äldre. (delaktighetsgaranti enligt anbud)
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: kontaktmannens ansvar och kompetens försäkras genom att diplomera kontaktmän steg 1 & 2.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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

### ◆ 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 medarbetarna har förutsättning för att skapa en trevlig måltidssituation.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Kostråd med boende ska hållas en gång i månaden där dietist, kock och måltidsansvariga deltar
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Konceptet Matglädje ska implementeras i verksamheten.

## 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 aktivitetsutbudet och ta större hänsyn till den enskildes önskemål i val av aktiviteter.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska erbjuda egentid och aktiviteter för att skapa en meningsfull tillvaro för de boende på såväl vardagar som helger
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förbättra dokumentationen avseende den enskildes önskemål om egentid och utevistelse
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Verksamheten ska i enlighet med anbudet se till att det finns ungdomar på helgerna som kan hjälpa till med aktiviteter.

## 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.	Verksamhetens ska säkerställa att egenkontroll av larmsvar görs systematiskt.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur. Anteckningar från möten skrivs och är tillgängliga på intranätet. Nattmedarbetarna har under 2021 inte haft separata möten men däremot bjuds de in till APT och kvalitetsmöten. Hittills har ingen medarbetare från natten deltagit i dessa möten. I schemat finns tid avsatt för möten på torsdagar så att så många som möjligt kan delta. Ombudsmöten har hållits för vissa ansvarsområden. I samtal med medarbetare framkom det att det inte har hållits kvalitetsråd i verksamheten under 2021. Medarbetarna som var utsedda till ombud upplevde att de inte hade tydlig ansvarsbeskrivning och i vissa fall inte heller den kunskapsnivå som behövdes för att kunna stötta sina kollegor. Ombudsmöten har inte skett regelbundet under 2021. Informationsblad med information som rör verksamheten skrivs veckovis och görs tillgänglig för medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ledningsgruppen består av tillförordnad verksamhetschef, samordnare, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Rekrytering av verksamhetschef påbörjades våren 2021 och är fortfarande inte slutförd. Tf verksamhetschef har delvis kravställd/relevant utbildning. Tf verksamhetschef och sjuksköterskor ansvarar för arbetsledning i det dagliga arbetet. Ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna i ledningen är tydligt och skriftligt nedtecknat. Samordnare på 50% ansvarar för att bemanna, göra beställningar samt felanmälningar. Kvällar, nätter och helger är sjuksköterska arbetsledare. Bergas verksamhetschef täcker upp vid chefens frånvaro. Det finns chefsjour i företaget som medarbetarna kan kontakta vid oförutsedda händelser.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, IVO att driva verksamheten. Nuvarande verksamhetschef är inte anmäld hos IVO.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en checklista som används vid introduktion av nya medarbetare. Introduktionen anpassas efter den nya medarbetarens kunskap och erfarenhet. Minst två halvdagar avsätts för introduktion. Rutin för uppföljning av introduktion finns. Enligt rutin ansvarar verksamhetschef och/eller sjuksköterska för att uppföljning sker. Under 2021 har det inte varit aktuellt med anställning av nya medarbetare.  Utbildning i Basala hygienrutiner, kontaktmannaskap, SoL, lex Sarah, lex Maria, Demens ABC, nollvision och värdegrund ingår i introduktionen. Medarbetarna som deltog i samtal var vana vid att introducera nya kollegor eller handleda elever och praktikanter. Ingen av dem hade gått på handledarutbildning. Enligt anbud ska det finnas Kvalitetshandledare med särskilt ansvar för handledning i verksamheten. Kvalitetshandledare finns inte idag i verksamheten.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	100 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning men ingen har i dagsläget specialistundersköterskekompetens. Verksamheten planerar att under 2022 möjliggöra så att hälso- och sjukvårdspersonal kan handleda omsorgspersonalen i det dagliga arbetet. Studiebesök på andra enheter ska planeras i syfte att främja lärandet och synliggöra de goda exemplen. Ombuden ska få fördjupad kompetens i respektive område.



Delområde	Kommentar
	Medarbetarna som deltog i samtal upplever att de dagligen lär sig nya saker. De arbetar på båda avdelningarna och ser det som en del av det kollegiala ärandet. De önskar bl.a. utbildning i taktill massage. Enligt anbud ska det finnas specialistutbildad sjuksköterska i verksamheten, all personal ska vara diplomerad kontaktman samt utbildning erbjudas inom olika nivåer; kunna, driva och leda. Dessa löften har hittills inte infriats.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten säkerställer att bemanningen är anpassad efter vårdbehovet genom dagplanering och riskbedömningar. 100 % av schemalagd omvårdnadspersonal är tillsvidareanställd i verksamheten. Ingen har avslutat sin anställning under 2021. Verksamheten har god tillgång till vikarier som kan tas in vid kortare frånvaro. Verksamheten har plan för driften i händelse av hög personalfrånvaro. Enligt medarbetarna händer det att arbetstid minskas i de fall vikarie sätts in vilket kan leda till att vissa planerade arbetsuppgifter inte kan genomföras. Avvikelse med anledning av uteblivna insatser skrivs inte. Verksamheten har redovisat täthetsschemat för en hel vecka. Tätheten håller kravet enligt anbudet.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Vid rekrytering och om behov föreligger görs ett språktest. Ingen avslutade sin anställning under perioden 1 januari 2021 t.o.m. 1 oktober 2021. Verksamheten tar emot elever som ett led i kompetensförsörjningsprocessen.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har tagit emot fyra elever/studerande hittills under 2021. Sex medarbetare har gått handledarutbildning. De som tar hand om praktikanter har inte alltid handledarutbildning och de som har utbildning upplever att det är dags för en fortbildning. Rutin för extern samverkan finns. Rutinen omfattar samverkan med överförmyndarenheten och biståndsenheten.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Överrapportering mellan olika yrkeskategorier vid skiftbyte sker enligt rutin. Enligt medarbetarna finns tid för överrapportering i schemat. Vid vikarietillsättning händer det att arbetstiden för den timanställda minskas vilket leder till att överrapportering inte hinns med. I dessa fall kan överrapportering ske på obetald arbetstid dvs. innan arbetstid har börjat eller efter att man har slutat. Implementering av SBAR som strukturerat verktyg vid överrapportering finns med i utbildningsplanen för 2022. Verksamheten behöver också se till att samverkan mellan dag- och nattpersonal förstärks.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Mötenas struktur och frekvens samt områden där egenkontroll ska ske finns beskrivna i verksamhetens årshjul. Årshjulet är uppsatt på anslagstavlan i personalrummet. Verksamheten har utsett ett flertal ombud som tillsammans med ledningen ska ansvara för utveckling av verksamheten. Ombuden finns i områden såsom kost, miljö, brand, inkontinens, palliativ vård och hygien. Medarbetarna som deltog i samtal hade en eller flera ombudsroller. De upplever att de inte har haft förutsättning att fullgöra sitt ansvar då det dels inte finns utrymme för att stötta sina kollegor och dels saknar de fördjupad kunskap i områden som de ansvarar för. I vissa fall saknas även en tydlig ansvarsbeskrivning. Enligt den medarbetarundersökning som gjordes 2021 upplever 75 % av medarbetarna att de är delaktiga i verksamhetsfrågor. Verksamheten saknar kvalitetshandledare i enligheten med anbudet.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Vikten av att rapportera klagomål och avvikelser belyses på APT och medarbetarsamtal. Några andra åtgärder för att öka medarbetarnas kunskap kring avvikelser har inte vidtagits.




Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten har rapporterat månadsvis en sammanställning över klagomål och avvikelser till förvaltningen. Sammanlagt har sju klagomål som handlar om bl.a. städning, temperatur i rummen samt maten inkommit. Under 2021 har inga SoL avvikelser rapporterats.</p> <p>Enligt medarbetare behöver kunskapen kring vad som är SoL avvikelse förbättras. De saknade också återkoppling från ledningen på de avvikelser som har skrivits och därför upplevs det inte som meningsfullt att rapportera avvikelser.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Tf verksamhetschef har delvis arbetat med 2020 års utvecklingsplan. Det finns planer att samla samtliga dokument och förbättringsarbeten i Stratsys fr.o.m. 2022 vilket skapar bättre förutsättning för arbete med utvecklingsområden som har identifierats genom olika tillsyner.</p> <p>Verksamhetens egna mål för 2021 har varit mat och måltider, aktiviteter, dokumentation och genomförandeplaner. För att nå målen har det vidtagits åtgärder såsom deltagande i projektet "Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" samt fokus på mat och måltidssituationen som dietisten håller i.</p> <p>Egenkontroller har genomförts inom bl.a. hygien, läkemedel, narkotika, journaler, egentid, livsmedelskontroll, larm, loggkontroller och journalgranskning. Riskanalyser med anledning av värmebölja och inför sommarbemanning har genomförts.</p> <p>En brukarundersökning i form av intervju gjordes 2020. Uppföljningsenkät har gjorts och sammanställning av svaren pågår och lämnas för kännedom till beställaren när den är klar.</p> <p>Information om nya rutiner förmedlas via veckobrev till medarbetarna. Verksamheten har inget särskilt arbetssätt för att förankra lokala rutiner hos medarbetarna.</p> <p>Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Hälso- och sjukvårdspersonal, verksamhetschef, samordnare och en medarbetare från varje avdelning deltar. På dessa råd diskuteras rapporterade avvikelser, både positiva och negativa händelser, nya riktlinjer, rutiner och resultat från diverse undersökningar.</p>

## Social dokumentation



Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Information om förändringar i genomförandeplaner/bemötandeplaner rapporteras till övriga i arbetsteamet genom diskussion på teammöten.</p> <p>Vid uppföljningstillfället granskades fem sociala journaler och genomförandeplaner. Dokumentation sker ännu inte enligt IBIC.</p> <p>Samtliga genomförandeplaner var uppdaterade. Information om de olika livsområdena fanns men var knapphändig. T.ex. stod det att den boende hade hjälpmedel men det framgick inte huruvida denne klarade av att hantera det själv eller behövde hjälp med hantering av detta. 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. Den enskildes behov av insatser nattetid framgick tydligt av genomförandeplanerna.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Det förekom anteckningar om händelser av vikt men vidtagna åtgärder samt uppföljning av dessa saknades. Inga anteckningar från natten fanns att läsa. Det dokumenteras övervägande information av ringa betydelse i journalerna.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamhetschefen gör egenkontroll av den sociala dokumentationen två gånger per år och vid behov. Kontroll görs även av att genomförandeplan är upprättad för nya boende. Egenkontrollerna visar att kunskap om dokumentation behöver generellt bli bättre.</p> <p>Flertal medarbetare har gått webbaserad utbildning i dokumentation. I verksamheten finns en dokumentationsstödare som granskar journalen samt stödjer sina kollegor vid behov.</p> <p>Enligt anbud ska kollegial granskning användas som metod för granskning av dokumentationen. Detta sker inte idag.</p>

## Självbestämmande och integritet



Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation	Boenderåd hålls varje månad. De boendes synpunkter uppmärksammas, dokumenteras och följs upp.

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	<p>De boende framför också synpunkter och klagomål direkt till personal, ledningen eller hälso- och sjukvårdspersonalen. De boende som deltog i samtal upplevde att de har möjlighet att framföra sina synpunkter så gott som dagligen.</p> <p>Utbildning i 0-vision finns med i utbildningsplan men har under 2021 inte genomförts. Begränsningsåtgärder tas upp på kvalitetsråd.</p> <p>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.</p> <p>Vidare ska verksamheten med stöd av digitaliseringens möjligheter kvalitetssäkra insatserna för de boende nattetid via sensorer, nattkameror och olika typer av mobila enheter. Strategin är att integrera de digitala lösningarna i ett och samma system. Dessa har inte påbörjats.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Samtliga medarbetare går årligen på utbildning i kontaktmannaskap och skriver under ett kontaktmannaskapskontrakt.</p> <p>Den boende får information om möjligheten att kunna byta kontaktman.</p> <p>De boende som deltog i samtal var mycket nöjda med personalens bemötande.</p> <p>Enligt anbud ska kontaktmannens ansvar och kompetens försäkras genom att diplomera kontaktmän steg 1 &amp; 2. Detta har inte genomförts.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten informerar delvis den boende om kontaktman inte kan tjänstgöra, t.ex. vid sjukdom eller semester.</p> <p>Verksamheten saknar skriftlig rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga.</p> <p>Enligt anbud ska flera åtgärder vidtas för ökad tillgänglighet och trygghet. Exempelvis ska det erbjudas elektronisk kalender med markerad dag och natt, andra assisterande eller kompensande tekniska hjälpmedel vid nedsatt syn. Dessa finns inte i verksamheten idag.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Solnas kvalitetsdeklaration är känd av medarbetarna.</p> <p>Aktiviteter har genomförts för att värdegrunden ska genomsyra det dagliga arbetet. Värdegrund finns som punkt på APT och kurator har haft handledning utifrån etiska dilemman som kan uppstå i vardagen. Handledningen kommer återupptas igen.</p> <p>De boende var mycket nöjda med personalens bemötande.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Det finns en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Det finns en kurator i verksamheten som erbjuder samtal vid behov.</p>

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	<p>Checklista för kontroll av matens temperatur var ifyllt enligt rutin. Kostombuden ansvarar för egenkontroll av att livsmedelshygienrutiner följs.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har boenderåd varje månad där aktivitetscoach och verksamhetschef deltar och vid behov bjuds andra professioner in.</p> <p>Det finns dietist i verksamheten som ansvarar för att förbättra måltidssituationen. Det finns utsedda kostombud på varje avdelning. Kostombuden har inte fått fördjupad kunskap i ämnet och det var oklart vilket ansvar rollen som ombud innefattar.</p> <p>Synpunkter på maten framförs på rådet eller direkt i anslutning till måltiden.</p> <p>I samband med avtalsuppföljningen observerades måltidssituationen på en avdelning.</p> <p>Nio boende åt vid tre olika bord. Maten presenterades för de boende. Meny fanns på bordet. Personalen hade gott bemötande och hjälpte de som behövde hjälp med maten utan att ta över.</p> <p>Personalen använde inte förkläde vid serveringen. Omsorgsmål tid (pedagogisk måltid) tillämpades inte då personal använde munskydd. De boendes uppfattning av maten och om synpunkterna leder till någon konkret förbättring gick isär. De flesta tyckte att maten var god och hade blivit bättre de senaste månaderna. Enligt</p>

Delområde	Kommentar
	<p>de boende har kocken varit med en gång på borådet.</p> <p>Just den dagen serverades soppa som inte föll alla i smaken på grund av konsistensen. Flera lämnade kvar större delen av portionen. De boende som bad om ostmacka fick det. Något annat alternativ erbjöds inte.</p> <p>Enligt de boende erbjuds alternativ om man i god tid innan meddelar personalen om det.</p> <p>Måltidsobservation görs var tredje månad. Företagets kökschef har varit på Tryggheten och gjort måltidsobservation. Bland utvecklingsområden som har fångats upp vid senaste egenkontrollen kan för tidig bortplockning av disk nämnas. Verksamheten har också sett att det behövs nya dukar och porslin för att skapa en trevligare måltidsmiljö och har införskaffat dessa.</p> <p>Enligt anbud ska konceptet Matglädje implementeras i verksamheten. Personal ska utbildas och kostråd ska hållas en gång per månad då boende, dietist/kock, måltidsansvariga samt verksamhetschef deltar. Detta sker inte i den omfattningen och kocken har hittills deltagit en gång på kostrådet. Dietist ska i december 2021 hålla i utbildning samt reflektioner för kostombuden för att förbättra/utveckla måltidssituationen för de boende.</p>

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Arbetsätt för hur besvärande ensamhet uppmärksammas och avhjälpas tas upp på APT. Kurator har samtal vid inflytt och vid behov och arbetar aktivt för att uppmärksamma och avhjälpa den besvärande ensamheten.</p> <p>Verksamheten har under 2020 intervjuat de boende för att ta reda på bakomliggande faktorer till ensamheten. I vissa fall har kurator kopplats in för individuella samtal och aktiviteter.</p> <p>Kontaktman med stöd av hälsocoach och aktivitetscoach tillsammans med den boende gör en kartläggning över vad den boende mår bra av att göra.</p> <p>Verksamheten har kartlagt de boendes önskemål om aktiviteter genom en enkätundersökning. Boendes önskemål om utflyktsmål och aktiviteter har genomförts och en del populära aktiviteter är återkommande på schemat. Aktivitetsschemat upprättas i samverkan med de boende. Planerade veckoaktiviteter aviseras på anslagstavlan.</p> <p>Enligt verksamhetschef är det osäkert om alla medarbetare erbjuder aktiviteter alla helger. Egenkontroll för att säkerställa detta har inte genomförts. Det har införskaffats material för att underlätta spontana aktiviteter under helger.</p> <p>Verksamheten har delvis egenkontroll av i vilken mån de boende får egen tid. Cirka hälften av de boende får egen tid en genomsnittsvecka. Detta beror bl.a. på att boende tackar nej till erbjudandet, eller inte vet vad de vill göra på sin egentid eller att den genomförda egentiden inte dokumenteras.</p> <p>De boende som inte deltar i gemensamma aktiviteter erbjuds enskilda samtal, promenad eller utflykter till specifika mål som boende har önskat sig.</p> <p>Verksamheten har deltagit i projektet "Meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" under våren 2021.</p> <p>Cykeltaxi har använts sporadiskt under 2021.</p> <p>I anbudet har Temabo beskrivit att ungdomar och helgseniorer ska finnas i verksamheten för att hjälpa till med aktiviteter. Dessa finns idag inte i verksamheten. Vidare ska två profilledare med särskilt kompetens arbeta i verksamheten. Minst en av temacoacherna på Tryggheten ska ha utbildning som djurskötare/djurvårdare och minst en ska ha utbildning inom naturvård. En profilledare arbetar heltid och en är tjänstledig för studier. Profilledaransvaret har fördelats då mellan kurator, dietist och en undersköterska.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Hot och våld</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har skriftlig rutin för hur hot och våld i nära relation ska hanteras.</p>
<p>Larm</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Det görs en individuell bedömning av den enskildes behov av trygghetslarm. Larmansvarig utför veckovis egenkontroll av kvalitet och funktionalitet av trygghetslarmet.</p> <p>Det finns rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att fungera. Verksamhetschef och larmansvarig genomför egenkontroll av larmsvaren.</p>

Delområde	Kommentar
	Egenkontroll av larmsvaren görs inte systematiskt utan endast i samband med utredning av avvikelser och klagomål. Sjuksköterska administrerar vid behov larmen kvällar och helger.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har vid behov egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boende.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om sekretessbestämmelserna delges alla nyanställda och tas upp i olika forum.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	<b>Tryggheten</b> Rating 80																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>Tryggheten</b></th> </tr> <tr> <th><b>Organisationsnummer:</b></th> <th><b>556733-9147</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>A&amp;O Temabo AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>dec-21</td> <td>4 730 943,00</td> </tr> <tr> <td>nov-21</td> <td>4 693 658,00</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>4 601 015,00</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Tryggheten</b>		<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556733-9147</b>	Namn:	A&O Temabo AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		dec-21	4 730 943,00	nov-21	4 693 658,00	okt-21	4 601 015,00
<b>Tryggheten</b>																					
<b>Organisationsnummer:</b>	<b>556733-9147</b>																				
Namn:	A&O Temabo AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																					
dec-21	4 730 943,00																				
nov-21	4 693 658,00																				
okt-21	4 601 015,00																				